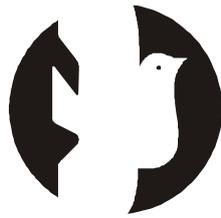


MONICA SILVIA BORINE



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

**ANSIEDADE, NEUROTICISMO E SUPORTE FAMILIAR: EVIDÊNCIA DE
VALIDADE DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)**

ITATIBA

2011

MONICA SILVIA BORINE

**ANSIEDADE, NEUROTICISMO E SUPORTE FAMILIAR: EVIDÊNCIA DE
VALIDADE DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO ESTADO (IDATE)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
Strictu Sensu em Psicologia da Universidade São
Francisco para a obtenção do título de Doutor

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão

ITATIBA

2011

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

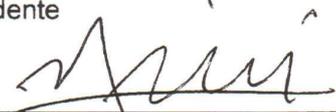
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM PSICOLOGIA
DOUTORADOANSIEDADE, NEUROTICISMO E SUPORTE FAMILIAR: EVIDÊNCIA DE
VALIDADE DO INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

Este exemplar corresponde à redação final da tese de doutorado, defendida por Monica Silvia Borine, sob orientação do Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão aprovada pela comissão examinadora em Itatiba, 19 de Setembro de 2011

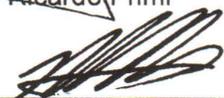
COMISSÃO EXAMINADORA



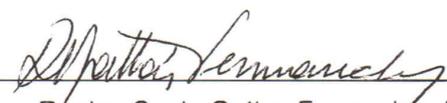
Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão
Presidente



Prof. Dr. Ricardo Primi



Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista



Profa. Dra. Régina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento



Profa. Dra. Selma de Cássia Martinelli

ITATIBA

2011

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	1
2. INTRODUÇÃO.....	4
3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.....	16
4. O IDATE COMO INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE.....	23
4. 1. Histórico.....	27
5. NEUROTICISMO.....	45
6. SUPORTE FAMILIAR.....	51
7. OBJETIVOS.....	54
7.1 Geral.....	54
7.2 Específicos.....	54
8. MÉTODO.....	55
8.1 Participantes.....	55
8.2 Instrumentos.....	55
8.2.1 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	55
8.2.2 Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN).....	57
8.2.3 Inventário de Percepção e Suporte Familiar (IPSF).....	59
8.2.4 Questionário de Identificação.....	62
8.3 Procedimento.....	62
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
9. 1 Caracterização da amostra.....	64
9. 2 Média dos Instrumentos.....	69
9. 3 Correlação entre os Instrumentos.....	75
9. 4 Relacionamento do IDATE com os itens da EFN (N3).....	84
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
11. REFERÊNCIAS.....	89
12. ANEXOS.....	100

Borine, Monica Silvia. 2011. *Ansiedade, neuroticismo e suporte familiar: Evidência de validade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

RESUMO

Aspectos e estados psíquicos decorrentes da personalidade são fundamentais em psicologia da saúde. A ansiedade pode estar presente em diversos distúrbios psicológicos e dependendo da sua intensidade poderá ser considerado um transtorno mental. A presente pesquisa teve como objetivo a realização de um estudo de correlação com Inventário de Ansiedade Traço-Estado que, avalia a ansiedade, buscando evidências de validade convergente entre o Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala de Fatorial de Neuroticismo. A amostra foi composta por 120 universitários do curso de psicologia, 50% do interior do estado de Rondônia e os demais do interior do estado de São Paulo com idade entre 17 a 58 anos. Estudo entre gênero, idade e estado foram realizadas, assim como correlação entre os itens do Inventário de Ansiedade Traço-Estado e a Escala Fatorial de Neuroticismo na sua dimensão N3. Os resultados apontaram para uma correlação significativa moderada positiva de 0,388 com nível de significância 0,01 e Alfa de *Crombach* acima de 0,7. O construto percepção de suporte familiar foi estudado e os resultados demonstraram que níveis mais baixos de percepção do suporte familiar estão relacionados com níveis mais altos de ansiedade. Em relação à faixa etária não houve diferença em relação à idade dos participantes. Em relação ao gênero os dados obtidos foram significativos apresentando maior ansiedade A-T e A-E nas mulheres do que nos homens, corroborando com pesquisas anteriores na área.

Palavras chave: avaliação psicológica, saúde mental, correlação, IDATE.

Borine, Monica Silvia. 2011. *Anxiety, neuroticism and family support: Evidence of validity of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Doctoral Dissertation, Psychological Graduation Program, São Francisco University, Itatiba.

ABSTRACT

Aspects and psychic states arising from personality are fundamental in health psychology. Anxiety may be present in various psychological disorders and depending on its intensity may be considered a mental disorder. This study aimed to conduct a study of correlation with Anxiety Inventory State-Trait, which assesses anxiety with psychological assessment instruments, looking for evidence of convergent validity between the Scale factorial neuroticism. The sample consisted of 120 graduate students in psychology, 50% of the state of Rondônia and the other in the state of São Paulo aged 17 to 58 years. Study of gender, age and condition were performed, as well as correlation between the items of the Inventory of State-Trait Anxiety and the Neuroticism Factorial dimension N3. Results showed a significant positive moderate correlation 0.388 with significance level 0.01 and Cronbach's alpha above 0.7. The construct perceived family support showed that lower levels of perceived family support are related to higher levels of anxiety. Regarding age there was no difference in the age of the participants, but in relation to gender data were significant with higher anxiety in women A-T and A-E than men, corroborating earlier theoretical and research in the area.

Keywords: psychological assessment, mental health, correlation, STAI.

Borine, Monica Silvia. 2011. *La ansiedad, neuroticismo, apoyo a la familia: evidencia de la validez de Inventário de ansiedade Estado-Rasgo (STAI)*. Tesis de Doctorado, Postgrado en Psicología de la Universidad San Francisco, Itatiba.

RESUMÉN

Aspectos y estados psíquicos derivados de la personalidad son fundamentales en la psicología de la salud. La ansiedad puede estar presente en diversos trastornos psicológicos y en función de su intensidad puede ser considerada un trastorno mental. Este estudio tuvo como objetivo realizar un estudio de correlación con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, que evalúa la ansiedad con instrumentos de evaluación psicológica, en busca de evidencia de validez convergente entre el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado Escala Factorial neuroticismo. La muestra consistió en 120 estudiantes de postgrado en psicología, el 50% del estado de Rondônia y el otro en el estado de São Paulo de 17 a 58 años. Estudio de género, edad y condición se llevaron a cabo, así como la correlación entre los elementos del Inventario de la Escala de Ansiedad Rasgo-Estado y la dimensión Neuroticismo N3 factorial. Los resultados mostraron una significativa correlación moderada positiva 0,388 con un nivel de significación 0,01 y el alfa de Cronbach superiores a 0,7. La construcción del apoyo percibido de la familia mostró que los niveles más bajos de apoyo familiar percibido están relacionados con mayores niveles de ansiedad. Respecto a la edad no se observaron diferencias en la edad de los participantes, pero en relación a los datos de género son significativas con una mayor ansiedad en las mujeres A-T en la A-E que en los hombres, lo que corrobora anteriores teóricos y de investigación en el área.

Palabras clave: evaluación psicológica, salud mental, correlación, IDARE.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Distribuição dos estudos que utilizaram o IDATE e suas respectivas porcentagens desde 1991 a 2010.....	33
<i>Figura 2.</i> Distribuição dos participantes por faixas etárias.....	65
<i>Figura 3.</i> Participantes por gênero e estado da amostra.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos participantes por gênero.....	64
Tabela 2. Distribuição dos participantes por estado.....	64
Tabela 3. Distribuição das faixas etárias dos participantes por estado.....	65
Tabela 4. Média da idade dos participantes por gênero.....	66
Tabela 5. Média da idade dos participantes por estado.....	66
Tabela 6. Teste-t para igualdade de médias da idade dos participantes entre os estados.....	67
Tabela 7. Distribuição dos participantes por gênero e estado.....	67
Tabela 8. Teste qui-quadrado de independência para o cruzamento entre gênero e estado dos participantes.....	68
Tabela 9. Médias dos escores dos participantes por instrumento.....	69
Tabela 10. Média dos instrumentos por gênero.....	71
Tabela 11. Teste t para igualdade de médias dos escores dos participantes entre os gêneros.....	72
Tabela 12. Médias dos instrumentos por estado.....	73
Tabela 13. Teste t para igualdade de médias dos escores dos participantes entre os Estados.....	74
Tabela 14. Correlações de Pearson entre as escalas e a idade dos participantes.....	74
Tabela 15. Correlações de Pearson entre os Instrumentos com todos os participantes da amostra.....	77
Tabela 16. Alpha de <i>Cronbach</i> dos instrumentos.....	78
Tabela 17. Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes masculinos.....	79
Tabela 18. Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes femininos.....	81
Tabela 19. Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes do estado de São Paulo.....	82

Tabela 20. Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes do estado de Rondônia.....	83
Tabela 21. Correlações de Pearson entre os itens do IDATE com os itens da EFN (N3).....	84

ANEXOS

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
2. Tabelas 22, 23, 24, 25, 26, 27, referentes aos estudos encontrados utilizando o IDATE no período de 1980 a 2010	102

1. APRESENTAÇÃO

A saúde é considerada como sendo um estado multidimensional, envolvendo diversos aspectos sendo compreendida pela Organização Mundial de Saúde como bem-estar físico, psicossocial e espiritual (OMS, 1995). A saúde como um todo não é apenas a ausência de doenças, pois envolve hábitos relacionados ao comportamento, ao estilo de vida e ao modo de encarar os desafios. No que diz respeito ao aspecto psicológico, a saúde psicológica envolve a capacidade de pensar de forma clara e objetiva, o desenvolvimento de uma autoestima adequada, cognição, consciência de bem-estar, criatividade, habilidades intelectuais, estabilidade emocional, abertura às inovações e uma estrutura e funcionamento estável da personalidade (OMS, 1995).

Pode-se dizer que gozar de uma boa saúde significa também ter uma boa interação social, implicando habilidades interpessoais, bons relacionamentos com a família, amigos e participação em atividades socioculturais. Em relação à dimensão espiritual, a pessoa tem sua ligação interior, sua fé e suas próprias crenças. Sob essa perspectiva, a psicologia na saúde possui como campo de pesquisa e intervenção na interface desses domínios, considerando como objetivo o estado completo de bem-estar, constituindo-se como uma forma de compreender o adoecimento e a maneira pela qual o homem pode manter-se saudável (Capitão, Scortenagna & Baptista, 2005).

Para a psicologia da saúde, os aspectos e estados psíquicos decorrentes da personalidade têm grande importância, buscando sempre maneiras de eliminar o sofrimento psicológico. Straub (2005) ressalta que o termo correto a ser utilizado é “psicologia na saúde” pelo fato de não haver duas psicologias: uma da saúde e outra da doença. A psicologia da saúde engloba a vivência da pessoa e seu processo de adoecimento,

envolvendo aspectos psicológicos, estilo de vida, hábitos, cultura e aspectos familiares. Para este estudo foi escolhido um estado da personalidade denominado ansiedade, que será explorado buscando uma maior compreensão desse construto por meio de instrumentos de avaliação psicológica. Nas páginas seguintes abordam-se definições sobre os construtos ansiedade, neuroticismo e suporte familiar. A seguir, apresenta-se o método com os instrumentos e procedimentos utilizados nesta pesquisa, complementados pela discussão, considerações finais e referências consultadas. Este estudo tem o objetivo de possibilitar maior credibilidade aos instrumentos e testes utilizados e para o referido construto.

Múltiplos são os fatores que determinam a compreensão da saúde ou enfermidade como os genéticos, bioquímicos, comportamentais, psicodinâmicos e socioambientais. Esses fatores podem interagir de modo complexo e sua compreensão requer um entendimento sofisticado, não apenas especializado das relações entre esses fatores. Dessa maneira justificam-se estudos de validade convergentes e a construção, validação e aplicação de instrumentos psicológicos que possam aprimorar a avaliação psicológica no contexto da saúde (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Considerando que a ansiedade pode ser um traço da personalidade, mas segundo Biaggio(1989) dependendo de sua intensidade e duração poderá ser considerada também um transtorno mental, escolheu-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) como referência para esta pesquisa.

O IDATE, no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), consta na sua relação, mas ainda necessitando de mais estudos de validade para possibilitar maior credibilidade em relação ao instrumento. O SATEPSI em sua legislação define e regulamenta a elaboração, utilização e comercialização dos testes psicológicos no Brasil, estipulando os requisitos mínimos para a avaliação dos instrumentos, tais como:

apresentação da fundamentação teórica e de evidências empíricas de validade e orientações sobre a aplicação, correção e interpretação dos resultados. Este presente estudo realizará a validade convergente dos testes escolhidos utilizados de maneira a estabelecer um processo de equivalência para nortear a sua utilização. Estudar instrumentos que avaliam o mesmo construto é fundamental para sua validade.

Neste estudo o construto ansiedade do Inventário de Ansiedade Traço Estado foi correlacionado com a Escala Fatorial de Neuroticismo (Nunes, Nunes, Muniz, Miguel, Couto & Primi, 2007). Estes instrumentos foram construído com teorias referentes a ansiedade sendo o construto principal nesse estudo por ser um aspecto psicológico muito importante em saúde mental estando presente em diversos transtornos. Outro motivo é a ansiedade ter inspirado a criação e o desenvolvimento do IDATE, instrumento de avaliação desse estudo, tanto na sua modalidade traço quanto na de estado momentâneo da personalidade. Completando esta preocupação em relação à saúde e, considerando a importância de fatores que possam contribuir para um aumento ou diminuição dela, esse estudo também se preocupou com a interação social e familiar, como agentes facilitadores ou inibidores da ansiedade. Portanto, foi também realizado um estudo de correlação com o Inventário de Percepção e Suporte Social (IPSF), instrumento desenvolvido por Baptista (2007) buscando evidências para conhecer se uma boa percepção do suporte familiar ajuda na diminuição da ansiedade. Trata-se de um estudo complementar que possibilita por meio de seus resultados uma atenção especial aos aspectos sociais e principalmente familiares ao qual uma pessoa está inserida, sugerindo maior atenção ao contexto onde a pessoa que tem o transtorno vive.

2. INTRODUÇÃO

Etimologicamente, a palavra ansiedade provém do termo grego *Anshein*, que significa “estrangular, sufocar, oprimir”. A palavra correlata angústia origina-se do latim, em que *angor* significa “opressão” ou “falta de ar”, e *angere*, que significa “causar pânico”. Tais palavras latinas derivam da raiz indo-germânica *Angh*, indicando estreitamento ou constrição, palavras que se referem metaforicamente à experiência subjetiva característica da ansiedade. Há distinções entre ansiedade e angústia relatadas por vários autores, porém não há consenso a respeito do assunto (Graeff & Brandão, 1999).

Platão, Hipócrates, Pascal e Spinoza estudaram tanto o medo quanto a ansiedade exaustivamente; e sob o enfoque biológico Darwin no século XIX. Bonica & Loeser (2001), no século XX a ansiedade passou a fazer parte do contexto cotidiano das pessoas. Freud (1936/2009) criando conceitos sobre a neurose de angústia possibilitou a ansiedade fazer parte da nomenclatura psicológica e psiquiátrica no séc. XIX e XX.

No período de 1895 a 1900, Freud formula a Teoria Econômica das Pulsões, sendo a angústia considerada por ele como energia sexual não elaborada, isto é, libido que não encontra representações para se conectar. Entre 1920 a 1923, Freud formula a Teoria Estrutural da Mente, em que a angústia era vista como preparação para o perigo e o ego era considerado como sede da angústia. Em sua primeira tópica, geradora dos conceitos de consciente e inconsciente, a ansiedade era considerada como a libido que não se fixou adequadamente sendo basicamente pulsional, vinda do organismo físico. Freud (1932/2009) define ansiedade como um estado afetivo onde a primeira ansiedade do indivíduo se dá no momento do nascimento o que ele denominou de ansiedade tóxica, que ocorre em consequência da estimulação instintiva excessiva fazendo com que o organismo

não tenha a capacidade de se controlar. O autor distingue três tipos de ansiedade a primeira a ansiedade é a ansiedade realística sendo o ego e a personalidade; a segunda a ansiedade neurótica, o ego e o id; a ansiedade moral, o ego e o superego. Segundo o autor, a ansiedade realística é considerada como uma reação normal e compreensível frente a um perigo externo, que provoca no indivíduo um estado de tensão motora cujo aumento da tensão poderá gerar duas reações diferentes: ou o indivíduo adapta-se à situação de perigo fugindo, se defendendo, ou o estado de tensão da pessoa aumentado predomina, causando mais ansiedade e, paralisando as ações da pessoa, apresentando então, a ansiedade neurótica.

Freud (1932/2009) menciona em seus estudos que a pessoa procura obter o prazer e evitar o desprazer. Em sua primeira teoria sobre a ansiedade, o acúmulo normal de libido no interior da psique fosse ele resultado de barreiras externas, ou internas, não teria muita importância, pois o resultado sempre seria o acúmulo de libido não liberada, este acúmulo poderia se transformar no estado emocional chamado ansiedade. Para Freud, a ansiedade era o acúmulo inadequado de energia sexual (libido) não liberada, ou seja, sem uma gratificação sexual esperada e desejada. Freud (1932-1936/2009) preocupou-se na sua teoria em mostrar a natureza, ou a origem da ansiedade, e também sua importância na psicodinâmica da pessoa. Para o autor a ansiedade está relacionada com situações de perigo ou traumáticas, na qual a psique recebe uma afluência muito grande de estímulos e não pode descarregar ou dominar esses estímulos, então, automaticamente ela desenvolve a ansiedade.

Em 1926, Freud (1926/2009) em seu texto Inibições, sintomas e angústia, publicou novos conceitos sobre a teoria da ansiedade, na qual ele afirmava que a ansiedade era o problema central das neuroses. Dessa maneira abordava uma nova teoria sobre a ansiedade com bases na hipótese estrutural em sua nova teoria da Estrutura do Aparelho Psíquico.

Com esta nova teoria, Freud descartou totalmente sua primeira versão de que a libido não descarregada se transformava em ansiedade. Freud acreditava que a ansiedade tinha uma base biológica herdada, tanto nos homens como nos animais; pois segundo ele nenhuma criança, sem a proteção dos pais, sobreviveria mostrando assim a importância da ansiedade na vida psíquica do indivíduo.

Freud (1926/2009), com o trabalho denominado Inibição, Sintoma e Ansiedade, apresentou o “id” como uma instância que não forma juízo sobre uma situação de perigo, sendo a ansiedade percebida e controlada pelo ego (o sintoma é o representante pulsional de uma satisfação que não foi reprimida pelo ego). Para Freud, a tendência de reação a estímulos excessivos, ou seja, o desenvolvimento da ansiedade persiste por toda a vida e não somente na infância da pessoa, afetando mais algumas pessoas que outras; nos casos em que ele denominou neuroses de angústia. A neurose de angústia é um tipo de doença que Freud definiu como sendo uma neurose atual, caracterizada por um acúmulo de excitação sexual transformada em sintoma sem mediação alguma psíquica. A neurose atual é aquela que resulta diretamente da ausência ou inadequação da satisfação sexual, diferindo das psiconeuroses cuja origem deve ser procurada nos conflitos infantis. No caso da neurose de angústia há uma tensão íntima, de caráter geral, manifestada sob a forma de uma angústia constante e oscilante, ou de uma produtividade da ansiedade. Freud menciona as etiologias em que os aspectos mais comuns são a acumulação de tensão sexual e elaboração psíquica da excitação sexual ausente ou insuficiente, representada pela dominação desta, derivando no plano somático sob a forma de angústia. Freud denominou esta síndrome de “neurose de angústia”, pois todos os seus componentes mantêm com a ansiedade uma relação definida, sendo este, um sintoma principal. Nessa doença há um predomínio da angústia, sem objeto privilegiado (Freud, 1932/2009).

O quadro clínico da neurose de angústia, segundo Freud (1932/2009), compreende vários sintomas, como a irritabilidade geral que quando intensificada torna-se incontrolável, ao qual denominou de hiperestesia auditiva, revelada frequentemente como causa de angústia. A expectativa ansiosa que se dá na ansiedade normal de forma imperceptível, tendo o doente uma visão pessimista, reconhecendo esta como uma espécie de compulsão. O ataque de ansiedade pode irromper à consciência com associações de idéias ou não. Esta ansiedade pode estar relacionada a distúrbios de funções corporais, (respiração, atividade cardíaca, inervação vasomotora e atividade glandular). Segundo o autor, o paciente se queixa de espasmos no coração, dificuldade respiratória, inundações de suor, fome devoradora e coisas como estas; e, em sua descrição, o sentimento de ansiedade frequentemente se recolhe ao fundo ou é referido de modo bastante irreconhecível, tal como sentir-se mal, não estar à vontade, e assim por diante (Freud, 1932/2009).

Num ataque de ansiedade as proporções dos sintomas variam e, segundo o autor, quase todo sintoma pode constituir por si só um ataque de ansiedade. Freud (1932/2009) listou algumas formas de ataque de ansiedade por ele conhecidas como os Ataques de ansiedade acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca tais como palpitação, ou com arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa, que podem findar num enfraquecimento sério do coração, não facilmente diferenciável da afecção cardíaca orgânica; e ainda a pseudo-angina do peito considerada um diagnóstico delicado; ataques de ansiedade acompanhados por distúrbios respiratórios, várias formas de dispnéia nervosa, ataques semelhantes aos de asma e equivalentes; ataques de suor geralmente à noite; ataques de tremores e calafrios, que são confundidos muito facilmente com ataques histéricos; ataques de fome devoradora, freqüentemente acompanhada de vertigem; diarréia sobrevindo em forma de ataques; ataques de vertigem locomotora; ataques de congestões,

incluindo praticamente tudo que tem sido denominado neurastenia vasomotora; ataques de parestesias, que ocorrem com a ansiedade ou um sentimento semelhante de desconforto; acordar com medo à noite combinado com ansiedade, dispnéia, suores, etc., sendo uma variante do ataque de ansiedade considerado uma segunda forma de insônia na neurose de angústia. Este pavor pode ocorrer com a reprodução de um sonho, podendo também emergir de uma forma pura, sem sonho ou alucinação decorrente; a ansiedade crônica associadas a ataques de ansiedade e vertigem desenvolvem dois grupos de fobias; uma relacionada a riscos fisiológicos gerais, como por exemplo, medo de cobra, tempestade, escuridão, assim por diante; e outra relacionada à locomoção (agorafobia); atividades digestivas alteradas, inclinação ao vômito, náusea e sintoma de fome devoradora. Na expectativa ansiosa há uma disposição à diarreia; parestesias acompanhada de ataque de vertigem ou ansiedade ocorrendo uma espécie de conversão em sensações corporais. Segundo o autor alguns destes sintomas podem aparecer de forma crônica dificultando o diagnóstico da neurose. É importante o esclarecimento que Freud não foi radical em definir uma única etiologia da neurose de angústia (origem sexual); ele também deu importância à disposição e à soma de elementos etiológicos.

Para a psicanálise a função da ansiedade é possibilitar ao ego o controle ou domínio dos desejos dos impulsos instintivos que lhe pareçam perigosos. Essa função é muito importante e necessária à vida psíquica e ao desenvolvimento normal do indivíduo a ansiedade funciona como um alerta das ameaças contra o ego. De acordo com a teoria de Freud (1932/2009), o ego desenvolve um sistema de proteção o que o autor denominou de mecanismos de defesa, estes mecanismos são comportamentos que representam as negações inconscientes ou distorções da realidade, mas que são adotados para proteger o ego contra a ansiedade. Quando estes mecanismos defensivos da psique são ameaçados a

ansiedade se estabelece fazendo com que a pessoa busque meios de diminuir o incomodo. Os mecanismos de defesa consistem nas negações inconscientes ou distorções da realidade. Quando surge o sintoma, a ansiedade diminui em sua intensidade ou desaparece totalmente, e, quando o sintoma é impedido de se manifestar, surgem segundo ele estados de ansiedade (A. Freud 1946-2006). Alguns mecanismos são:

1. Negação: que é a negação da existência de uma ameaça externa ou de um acontecimento traumático;
2. Deslocamento: é a transferência dos impulsos do id de uma ameaça ou de um objeto não-disponível para um objeto disponível;
3. Projeção: transferir, ou seja, a atribuição de um critério perturbador a outra pessoa;
4. Racionalização: uma reinterpretação do comportamento para torná-lo mais aceitável e menos ameaçador;
5. Formação de reação: que é uma expressão de um impulso do “id”, o oposto do que impulsiona a pessoa;
6. Regressão: um retorno a um período anterior, menos frustrante da vida, acompanhado da exibição de um comportamento dependente e infantil característico desse período mais seguro;
7. Repressão: a negação da existência de um fator provocador da ansiedade, ou seja, a eliminação involuntária de algumas lembranças ou percepções da consciência que provoquem desconforto;
8. Sublimação: a alteração ou o deslocamento dos impulsos do id desviando a energia instintiva para os comportamentos socialmente aceitáveis. Para Nunberg (1989), seguindo o pensamento psicanalítico, assinala que nos casos das fobias, a ansiedade interna é projetada em um objeto externo como forma de defesa, formando o sintoma fóbico.

Procurando compreender a ansiedade nas suas dimensões física e psíquica dando continuando dentro do pensamento psicanalítico Reich (1927/1998) aluno e assistente de Freud, criou a orgonomia, uma ciência natural cujo embasamento está no conhecimento na homeostase da energia sexual. O autor deu sequência aos estudos de Freud seu interesse na

relação mente/corpo principalmente nos aspectos psicossomáticos nortearam suas pesquisas. O autor definiu que o caráter de uma pessoa se forma como uma defesa contra a ansiedade criada pelos intensos sentimentos sexuais da criança e conseqüentemente pelo medo da punição. A primeira defesa contra esse medo é um mecanismo de defesa do ego conhecido como repressão, que segura os sentimentos sexuais por um tempo para diminuir a tensão interna do organismo. Segundo o autor à medida que as defesas do ego se tornam cronicamente ativas e automáticas elas evoluem para traços, o que ele denominou de “Couraça caracteriológica”. Reich distingue a ansiedade como um produto de sinal do ego, daquele diferentemente que é somente fruto da estase da energia, que sugere que o medo do ego depende exclusivamente da estase libidinal. Num círculo vicioso, o conflito estabelecido impede satisfação orgástica plena, surgindo fantasias de castração causadora da repressão da libido genital e conseqüentemente uma ansiedade resultado dessa repressão. Somente via excitação somática uma idéia pode causar um afeto, sendo que para Reich toda a neurose de caráter tem um núcleo atual neurótico que ativa as fantasias patogênicas. Por sua vez, essa estase se expressa diretamente em ansiedade se manifestando como sintoma somático de pressão alta, vaso-constricção, pupilas dilatadas, tontura, boca seca, suor frio, etc., ocorrendo quando o equilíbrio neurótico se encontra ameaçado, isto acontece quando falha a função de defesa do caráter, isto é, da couraça caracteriológica (Reich, 1927/1998).

Continuando a ênfase nos estudos referente à ansiedade, o neuropsicanalista LêDoux (1998) afirma que a saúde mental depende da higiene emocional e, na grande maioria, os problemas mentais refletem o colapso da organização emocional. Para o autor as emoções podem ter conseqüências tanto úteis quanto patológicas, sendo as emoções funções biológicas do sistema nervoso o autor afirma que saber como as emoções são representadas neurologicamente pode ajudar na compreensão da relação do sintoma na

mente e corpo. LêDoux (1998) elucida que via de regra, as reações emocionais são produzidas de maneira inconsciente e que para ele Freud foi assertivo ao descrever a consciência como o ponto de partida da mente inconsciente. Na concepção de LêDoux o medo é uma emoção muitas vezes inconsciente ao qual precisamos conhecer não tanto o estado consciente de medo e ansiedade ou reações decorrentes, mas sim o sistema que detecta o perigo em primeiro lugar. O autor alerta que a emoção pode se voltar contra nós quando o medo se transforma em ansiedade, o desejo dá lugar à ganância, uma contrariedade converte-se em raiva e a raiva em ira, a amizade dá lugar à inveja e o amor à obsessão, ou o prazer se torna um vício. LêDoux (1998) elucida que a ansiedade, medo e ódio estão intimamente relacionados, ambos constituem reações diante de uma situação afetiva ou potencialmente afetiva. De modo geral, a ansiedade se diferencia do medo pela ausência de um estímulo externo que produz a reação porque a ansiedade provém do íntimo da subjetividade; o medo, de estímulos do mundo externo. O medo, segundo essa concepção, relaciona-se com reações comportamentais de fuga ou evitação de situações ameaçadoras e, quando essas reações são sufocadas, o medo se transforma em ansiedade. É importante enfatizar que tanto o medo quanto a ansiedade são situações normais diante do perigo (real ou imaginário) e não são por si sós problemas patológicos. Quando o medo e ansiedade são mais constantes e persistentes do que seria o razoável, quando eles se intensificam de maneira a dificultar o cotidiano da pessoa, quando há uma ampliação, uma intensidade que impede a pessoa de viver natural e saudavelmente pode-se considerar um distúrbio de ansiedade, um transtorno mental.

LêDoux (1998) observou que o estudo das emoções a partir da compreensão do funcionamento do cérebro enfatiza a existência de um inconsciente emocional em que os impulsos eletroquímicos e o papel da amígdala é peça fundamental do sistema

cerebral/emocional, nas reações de medo e ansiedade. O autor pesquisou o funcionamento cerebral e observou que o cérebro consegue detectar o perigo antes mesmo que uma situação concreta de ameaça aconteça à pessoa. Noutras palavras, para ele a reação bioquímica precede a emoção. LêDoux (1998) sugere que há um complexo sistema emocional neurológico desenvolvido no organismo humano para tornar a pessoa apta à sobrevivência e as reações psicológicas de ansiedade. Ele se refere à dificuldade que existe do paciente controlar os sintomas quando se trata de um transtorno mental, no caso um distúrbio de ansiedade e, da dificuldade existente quanto ao controle das emoções primárias como o medo, a raiva, a ansiedade, mesmo porque para o autor, o corpo físico reage antes mesmo que a emoção chegue à consciência.

Compreendendo os conceitos de ansiedade e seus primeiros estudos advindos de Freud e da psicanálise, revendo o posicionamento de alguns neopsicanalistas para esse nesse estudo também foi considerada a teoria de ansiedade adotada por Spielberger (1972) importante porque foi utilizada como parâmetro para a construção do IDATE, instrumento ora em estudo. Para o autor o conceito de ansiedade pressupõe a indução de uma sequência temporal de eventos, iniciada por estímulos internos e externos que são percebidos como perigosos ou ameaçadores. Exemplos de estressores externos é o perigo iminente de risco de morte e ameaça à autoestima. Da mesma maneira, qualquer estímulo interno que faça com que a pessoa pense e antecipe uma situação perigosa ou assustadora pode resultar em altos níveis de ansiedade estado (Spielberger, 1972). Para o autor quando a ansiedade é diagnosticada como transtorno mental, ela consiste de sensações de tensão, apreensão, nervosismo, preocupação e aumento de atividade do sistema nervoso autônomo simpático. Geralmente a ansiedade leva a uma ação com o objetivo de reduzir ou extinguir uma ameaça e pode ser construtiva, ajudando a evitar danos e alertando a pessoa para a

execução de atos que eliminem o perigo real. No entanto, a ansiedade pode ser patológica em virtude de sua intensidade, duração e conseqüências como uma resposta inadequada a determinado estímulo (Spielberger, 1972).

A ansiedade é possuidora de uma grande variedade de sintomas fisiológicos e de sintomas psicológicos; diversas teorias surgiram para explicá-la, tanto teorias que dão ênfase à mente, as que se associam à psicossomática, quanto àquelas que enfatizam o sistema biológico. Na Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1993), a ansiedade generalizada está relacionada a transtornos fóbicos ansiosos, que é um grupo de transtornos no qual uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentem atualmente nenhum perigo real. Segundo Barlow (2000), a ansiedade patológica pode ser um sintoma de transtorno de ansiedade orgânico ou transtorno de ajustamento com humor ansioso, sendo situações angustiantes que geralmente são evitadas ou suportadas com temor.

No DSM-IV (APA, 2003), é descrito que a ansiedade poderá estar presente na maioria das atividades na maior parte do dia da pessoa, por um período não inferior a três meses. Ele estabelece uma lista de critérios diagnósticos de ansiedade patológica, em que ela é, pelo menos, acompanhada de três dos sintomas adicionais entre eles: inquietação, fadiga fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e/ou distúrbios do sono. Segundo a APA (2003) a ansiedade é classificada como transtorno em diversas categorias:

Transtorno de pânico sem agorafobia, caracterizado por ataques de pânico inesperado e recorrente acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado; transtorno de pânico com agorafobia caracteriza-se por ataques de pânico e agorafobia; agorafobia sem história de transtorno de pânico define-se pela presença de agorafobia e

sintomas tipo pânico sem uma história de ataques de pânico inesperados; fobia específica apresenta ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a um objeto ou situação específica e temidos, frequentemente levando ao comportamento de esquiva; fobia social que se caracteriza por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, levando também ao comportamento de esquiva; transtorno obsessivo-compulsivo que é definido por obsessões que causam acentuada ansiedade ou sofrimento e/ou compulsões, que servem para neutralizar a ansiedade; transtorno de estresse pós-traumático que se apresenta pela revivência de um evento extremamente traumático, acompanhado por sintomas de excitação aumentada e esquiva de estímulos associados com o trauma; transtorno de estresse agudo que se caracteriza por sintomas similares àqueles do transtorno de estresse pós-traumático, ocorrendo logo após um evento extremamente traumático; transtorno de ansiedade generalizada é diagnosticado com a presença de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes por, no mínimo, seis meses; transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral apresenta sintomas proeminentes de ansiedade considerados como consequências fisiológicas diretas de uma condição médica geral; transtorno de ansiedade induzido por substância é representado por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como consequência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento ou exposição a uma toxina; transtorno de ansiedade sem outra especificação é incluído para a codificação de transtornos com ansiedade proeminente ou esquiva fóbica, que não satisfazem os critérios para qualquer um dos transtornos de ansiedade específicos definidos, ou sintomas de ansiedade acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias; ataque de pânico é representado por um período distinto no qual há o início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, associados com sentimentos de catástrofe

iminente, apresentando sintomas como falta de ar, palpitações, dor ou desconforto torácico, sensação de sufocamento e medo de “ficar louco”, ou de perder o controle; agorafobia é a ansiedade ou esquivar-se a locais ou situações das quais pode ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou o auxílio pode não estar disponível, no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas tipo pânico. Os ataques de pânico e agorafobia ocorrem no contexto de diversos outros transtornos, por isso os conjuntos de critérios para ataque de pânico e para agorafobia podem ser diferenciados.

3. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Considerando que este estudo está inserido no contexto da avaliação psicológica na saúde mental, conhecer seus conceitos e definições é de relevante importância para a compreensão dos instrumentos que serão utilizados nesta pesquisa. Portanto, a avaliação psicológica é uma das áreas da psicologia definida como um processo de análise e interpretações de dados relativos a amostras de comportamento e traços psicológicos (AERA, APA & NCME, 1999). A avaliação psicológica também se refere ao modo de conhecer fenômenos e processos psicológicos por meio de diagnóstico e prognóstico, criando condições de aferição ou dimensionamento dos fenômenos e processos psicológicos, surgindo de uma série de situações práticas de explicações referentes aos problemas humanos (Alchieri & Cruz, 2003).

A avaliação psicológica é uma atividade considerada exclusiva do psicólogo e o seu objetivo é possibilitar, por meio de diversas técnicas reconhecidas e de uma terminologia específica, a melhor compreensão possível dos aspectos relevantes de um indivíduo (Anastasi & Urbina, 2000, Noronha (2002). Baptista, Morais, Rodrigues e Silva, (2006) e Tavares (2004) consideram que a função da avaliação psicológica pelos profissionais não se resume a oferecer um simples rótulo, mas sim, por meio de técnicas e de linguagem específica e adequada, uma abrangente compreensão de alguns aspectos da vida de uma pessoa, ou de um grupo.

Para Anastasi e Urbina (2000) e Urbina (2007), os instrumentos psicológicos são indispensáveis para a obtenção de qualquer tipo de amostra de comportamento, são relevantes para o entendimento do funcionamento cognitivo ou afetivo do ser humano e proporcionam algum tipo de escore que podem ser interpretados. Os instrumentos de

avaliação são fundamentais para o estudo de aspectos da personalidade porque mensuram características emocionais, motivacionais, interpessoais e de atitudes. A avaliação psicológica, como processo, pode ou não incluir testes padronizados como um recurso para atingir seus objetivos no processo avaliativo; envolve a coleta das informações, os instrumentos e as diversas formas de medidas para que se possa chegar a uma conclusão, ou seja, a avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medidas, identificação das dimensões específicas do sujeito, do ambiente e da relação entre eles (Noronha, 1999).

Em 2001, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a Resolução nº 025/2001, que regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização dos testes psicológicos. Esse documento teve a intenção de enfatizar o aprimoramento dos instrumentos e procedimentos técnicos dos psicólogos, garantindo assim a qualidade e a ética em relação à atuação do psicólogo. A Resolução enfatiza alguns aspectos como os requisitos, a fundamentação teórica com a definição dos construtos, apresentação dos dados empíricos da validade e precisão da interpretação dos escores dos testes. Todos os testes devem conter critérios de aplicação; segundo o CFP, a cada 10 anos o teste deve ser submetido a uma revisão, que poderá acarretar um comprometimento ético se os instrumentos e testes de avaliação psicológica não estiverem de acordo com os requisitos determinados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2001).

A avaliação psicológica também pode ser considerada um processo técnico-científico de coleta de dados favorecendo as interpretações de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, os quais são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas como métodos, técnicas e instrumentos. Os resultados das avaliações devem considerar os condicionamentos

históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servir como base para atuar não somente sobre o indivíduo, mas também na modificação do meio em que está inserido (CFP, 2003). Para se alcançar uma estratégia diagnóstica que mantenha um compromisso ético e humanitário, faz-se necessário compreender as técnicas utilizadas, suas funções, vantagens e limitações, respeitando a complexidade de cada técnica do processo de avaliação da pessoa submetida a essas técnicas (Tavares, 2004).

Anastasi e Urbina (2000) argumentam que para a credibilidade de um instrumento a validade é um aspecto fundamental na construção do instrumento ou teste psicológico; que é definida como “aquilo que o teste mede e quão bom ele faz isso” (p. 107). Ainda segundo os autores, a validade deve comprovar os objetivos do teste e, nesse contexto, a validade estabelece alguns princípios básicos como a orientação teórica sustentável e a ligação entre a teoria psicológica e a sua averiguação por meio de testagem de hipóteses empíricas experimentais. A validade é constituída por um conjunto de fontes de evidências que possa assegurar as interpretações dos testes e é classificado em evidência de validade com base no conteúdo, no processo de resposta, na estrutura interna, na relação com outras variáveis e na consequência da testagem.

A evidência de validade baseada no conteúdo levanta os dados sobre a representatividade dos itens do teste investigado e estes consistem em amostras abrangentes do domínio daquilo que se pretende avaliar do instrumento. No que se refere à evidência baseada no processo de resposta, a validade pode favorecer informações detalhadas do desempenho ou da resposta emitida pelo examinando e, ainda, se o processo tem relação com o construto que o teste propõe a medir (AERA, APA & NCME, 1999). O Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) foi criado no período de março de 2003 a maio de 2004, sendo avaliados 106 testes psicológicos. Todas as evidências de validade

ajudam para acumular credibilidade às interpretações de um determinado teste, então, quanto maior o número de evidências de validade, maior a confiança sobre aquilo que o teste mensura. É fundamental que a contínua busca de evidências de validade no processo de avaliação seja transformada em um banco de dados. Nesse contexto, o SATEPSI é de grande utilidade para a análise dos testes, desde a recepção do instrumento até a avaliação final, conforme artigo 9º da Resolução (CFP, 2002/2003).

De acordo com Urbina (2007), o estudo da avaliação psicológica tem três tipos de validade: 1. Validação e descrição do conteúdo, que é o exame sistemático do conteúdo de um instrumento ou teste para saber se ele abrange uma amostra representativa ou um domínio de comportamento a ser medido; 2. Validação concorrente e preditiva do critério, que indica a efetividade de um instrumento ou teste para predizer o desempenho de um indivíduo em atividades específicas; 3. Validação de construto, que é a extensão em que se pode dizer que o teste mede um construto teórico ou um traço.

A precisão é o nível de confiabilidade do resultado dos testes a partir da verificação da sua consistência interna e estabilidade. A precisão é caracterizada como estratégia para minimizar o erro de mensuração; sendo assim, uma escala com uma precisão considerada alta pressupõe os erros que podem ocorrer em uma testagem psicológica. Por outro lado, a precisão baixa de um instrumento caracteriza que este não está conseguindo estimar os erros com eficácia. Além disso, referem-se à consistência dos escores obtidos pelos mesmos sujeitos quando eles são novamente examinados com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes e/ou sob outras condições variáveis de exame (Anastasi & Urbina, 2000; Urbina, 2007).

A relação com outras variáveis está relacionada com a importância da análise da relação dos escores de um instrumento com outras variáveis externas. Essas medidas

externas devem incluir medidas de alguns critérios que o instrumento se propõe a medir, podendo ser outros instrumentos que meçam construtos relacionados ou diferentes. Nesse sentido, as evidências encontradas dentre esses construtos indicariam quanto essa relação é consistente com o construto que se deseja estudar nas interpretações do instrumento base (AERA, APA & NCME, 1999).

Noronha, Baldo, Barbin e Freitas, (2003) apresentaram uma pesquisa de levantamento bibliográfico de 1990 a 2003 sobre os estudos feitos em avaliação psicológica. A partir dos resultados, os autores apontaram que há algumas necessidades como modificações nos currículos de avaliação psicológica, currículo mínimo para a formação, priorização da qualidade de ensino da técnica em detrimento da quantidade de testes estudados e maior aprofundamento teórico, no sentido de estabelecer uma relação entre a teoria e a prática.

Um estudo realizado por Noronha, Primi e Alchieri (2004) objetivou identificar as principais informações psicométricas a respeito dos instrumentos psicológicos presentes nos seus manuais, tais como editora, data de publicação, variável medida, padronização, validade e precisão, em que foram consultados 146 instrumentos de avaliação comercializados no Brasil, por onze editoras. Os resultados indicaram que somente 28,8% desses instrumentos relataram estudos de precisão, validade e padronização. Isso demonstra a importância do aprimoramento quanto aos estudos e pesquisas de instrumentos confiáveis para avaliação psicológica.

Padilha, Noronha e Fagan (2007) realizaram um estudo que teve como objetivo investigar o uso de instrumentos de avaliação psicológica por psicólogos que atuam em cidade do interior do Estado de Santa Catarina. Participaram do estudo 85 psicólogos. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário. A aplicação foi realizada

de forma coletiva. Os resultados revelaram que a maior parte dos profissionais respondentes não utiliza instrumentos de avaliação psicológica em sua prática profissional. Em relação aos instrumentos mais utilizados, constatou-se que são os testes de avaliação da personalidade.

A avaliação psicológica vem recebendo nos últimos anos bastante atenção dos cursos de pós-graduação, bem como nos de graduação, havendo, dessa maneira, grande abertura para o estudo mais aprofundado dentro da diversidade do conhecimento em Psicologia, e, dadas as exigências cada vez maiores de aplicações efetivas dentro da área, foi necessário um maior aprimoramento (Gomes, 2004). O ensino de testes foi um dos pontos de partida para a discussão da atividade profissional nos currículos de muitos cursos no Brasil. Desde a Lei nº 4.119 (1962) referente à criação dos cursos de Psicologia, a questão dos testes já estava contemplada nas disciplinas de Técnicas de Exame Psicológico, as TEPs como eram denominadas, que era disciplina obrigatória nas instituições e estavam divididas ao longo de um vasto currículo nos cursos do país (Noronha & Alchieri, 2004). Essa cultura dos testes lecionados caracterizava-se como “[...] uma prática a ser aprendida e reproduzida, perpetuava-se mecanicamente no ensino das universidades que multiplicavam a Psicologia pelo país” (Alchieri & Bandeira, 2002, p. 3).

No sentido de aprimorar a avaliação psicológica no Brasil, é necessário que exista uma boa relação entre o uso dos instrumentos e a formação profissional de modo que haja um bom desenvolvimento deste na área em que se deseja avaliar. De acordo com Anastasi e Urbina (2000), tal formação exige um período relativamente longo de treinamento intensivo e de experiência supervisionada para o uso adequado dos testes. O treinamento evita inadequações e falta de conhecimento por esquecimento de conteúdo ou até mesmo por defasagem na atuação do psicólogo. A preparação na área de avaliação se dá por meio de

disciplinas que abordam prioritariamente a técnica de aplicação, correção e interpretação dos instrumentos com base em seu conteúdo e, mais especificamente, em suas características psicométricas.

Primi (2005) considera a avaliação psicológica como um benefício às pessoas envolvidas, possibilitando melhores possibilidades de avaliar a saúde e o desenvolvimento psíquico. Existe uma complexidade na avaliação psicológica, pois esta implica certos procedimentos e dimensões como os testes psicológicos, muito utilizados na avaliação. O teste é um procedimento para obtenção de amostras de comportamentos referentes e importantes para o conhecimento do funcionamento cognitivo e afetivo da pessoa. Para Urbina (2007), os testes psicológicos são úteis quando utilizados de forma apropriada, mas também poderão funcionar de modo errado quando mal aplicados e avaliados incorretamente, anulando e limitando o seu objetivo e utilidade, causando, muitas vezes, consequências que poderão prejudicar os resultados e as possíveis interpretações decorrentes do teste do examinado. Quando os instrumentos de avaliação (no caso os testes) são utilizados de maneira adequada apresentam um alto grau de confiabilidade para a aquisição de inferências a respeito das amostras, grupos e pacientes, auxiliando no diagnóstico (Urbina, 2007).

Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP), os testes psicológicos são instrumentos de uso exclusivo dos psicólogos, conforme a Lei: 4119, publicada na resolução nº: 2002/2003, dizendo: “os Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou técnica de uso privativo do psicólogo, em decorrência do que dispõe o inciso primeiro do Art. 13 da Lei nº 4.119/02/03.

4. O IDATE COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

Pavlov (1927/1971) deu início às pesquisas sobre a ansiedade, e os estudos da neurose experimental estimularam inúmeras pesquisas sobre medo e ansiedade em animais. No início do século XX foram poucas as pesquisas sobre ansiedade em seres humanos e a dificuldade para a realização desses estudos, segundo o autor poderia estar relacionada com a escassez de instrumentos de avaliação para avaliar o construto. Na atualidade as dificuldades diminuíram pelo aprimoramento de estudos com instrumentos de avaliação e por regulamentações éticas adequadas às pesquisas possibilitando ao pesquisador condições apropriadas de investigação nas diversas áreas da saúde. No passado, as questões éticas das experimentações foram um impedimento e obstáculo para as pesquisas, pois conduzir e produzir estados ansiosos em seres humanos em laboratórios eram experimentos não autorizados. Na atualidade com o aumento do interesse de estudar o construto, a perspectiva aumentou possibilitando desenvolvimento dos primeiros instrumentos de avaliação como o: *PANAS-X Positive and Negative Affect Schedule-expanded Form* (Watson & Clark, 1994), *MASK-mod and Anxiety Symptom Questionnaire* (Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Straus & McCormick (1995), *DASS-Depression Anxiety Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995) e *EMMAS-Endler Multidimensional Anxiety Scales* (Endler, Edwards & Vitelli, 1991).

Com o surgimento desses instrumentos, seguiu-se uma proposta de realizar avaliações psicométricas da ansiedade com intenção de separá-la da depressão. Watson e Clark (1991) iniciaram seus estudos com as seguintes escalas comparando suas propriedades psicométricas: *Beck Anxiety Inventory* (BAI), *Symptom Checklist-90* (SCL-90), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), *Taylor Manifest Anxiety Scale*,

Self-raeing Anxiety Scale (SAS), *Costello-Comrey Anxiety, Scale (CC-A)* e *State-trait Anxiety Inventory (STAI)*. Os instrumentos existentes na época para avaliar a ansiedade foram a Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), Escala de Ansiedade de Beck (BAI), Escala Clínica de Ansiedade (CAS), Escala Breve de Ansiedade (BAS), e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS). Keedwell e Snaith (1996) citado por Kaipper (2008) identificaram os seguintes instrumentos de autoavaliação:

1. Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE);
2. Escala de Ansiedade de Zung;
3. Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor;
4. Subescala de Ansiedade do Sinton Checklist (SCL-90);
5. Perfil de Estados de Humor (POMS).

Para Keedwell e Snaith (1996), o IDATE é citado como um dos instrumentos mais utilizados para avaliar ansiedade. Andreatini e Leite (1994), Kaipper (2008) enfatizam que ele é um dos instrumentos mais utilizados no Brasil para avaliar a ansiedade em estudos clínicos. Não podemos fazer esta mesma afirmação na atualidade, pois não foi encontrado nenhum estudo comparativo com os instrumentos de avaliação da ansiedade existentes para afirmar que o IDATE continua sendo o instrumento atualmente mais utilizado para avaliar a ansiedade tanto no Brasil quanto no exterior.

Esse estudo escolheu o Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE) como referência para estudar o construto ansiedade e encontrar evidências de validade na correlação com outros instrumentos. A definição teórica utilizada neste estudo é a de Spielberger (1966), citado por Pessotti, (1978) e utilizada no IDATE. De acordo com o autor, os estados de ansiedade são caracterizados por sentimentos subjetivos de apreensão e tensão, percebidos de forma consciente, acompanhados por ou associados à ativação do sistema nervoso autônomo como uma resposta psicológica à ameaça ao autoconceito, caracterizada por um sentimento objetivo, percebido pela consciência, e correspondendo a

uma grande atividade do Sistema Nervoso Central (SNC). Para o autor, quando um tensor é percebido pelo indivíduo ocorrem mudanças medidas pelo hipotálamo, que resultam a elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca e sensação de peso sobre o peito. Spielberger (1966), citado por Pessotti, (1978) separou a avaliação chamada ansiedade-traço, representando a disposição da personalidade de modo quase permanente (portanto, estável), e a outra, ansiedade-estado, mostrando as reações do indivíduo a situações ou tensões temporárias. A ansiedade-estado deve variar com as fases pelas quais o sujeito passa durante a vida, enquanto que a ansiedade-traço se mantém invariável.

Spielberger, Biaggio e Natalício (1979) consideram os aspectos psicológicos, isto é, aspectos advindos a ameaças ao ego (autoconceito), a consciência (e suas implicações aos estados emocionais e sua interface o inconsciente), os psicossomáticos porque envolve a relação mente e corpo e o biológico porque considera as reações do Sistema Nervoso Central (SNC), promotor de sintomas físicos advindos dos sistemas neurobioquímico.

O IDATE foi desenvolvido por Spielberger e colaboradores (1970) na Universidade de Vanderbilt, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (1979). O instrumento é uma escala de autorrelato que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade assim como de características de sua personalidade. Os escores na ansiedade estado podem variar de intensidade com o decorrer do tempo, é limitado num momento ou situação particular, sendo que os indivíduos com ansiedade estado tendem a ficar ansiosos apenas em situações particulares (Holmes, 1997). É caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, percebidos conscientemente, sendo que eles podem variar em intensidade, de acordo com o perigo percebido pela pessoa e a alteração no tempo (Andrade & Gorenstein, 2001).

A ansiedade traço se refere às diferenças individuais relativamente estáveis na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Ela tem característica duradoura na pessoa porque o traço de personalidade é menos sensível a mudanças ambientais e por permanecerem relativamente constantes no tempo (Andrade & Gorenstein, 2001; Holmes, 1997).

Neste estudo, para facilitar a leitura será utilizada a sigla A-T para ansiedade traço e A-E para ansiedade estado, como também para maior compreensão dos resultados deste estudo, IDATE-T e IDATE-E ou I-T e I-E. A distinção referente aos conceitos entre A-T e A-E inicialmente foi introduzida por Cattell e Scheier (1961) citado por Silva (2009) e utilizadas por Spielberger para desenvolver o *STAI (State-Trait Anxiety Inventory)*, um instrumento caracterizado por avaliar estado e traço de ansiedade em construtos separados.

Em 1970, Spielberger e colaboradores, para a validação das escalas, selecionaram os itens com as melhores propriedades psicométricas para medir estado de ansiedade (20 itens) e outros e diferentes itens para medir traço de ansiedade (20 itens). A validação do primeiro formato foi elaborada com mais de 6.000 estudantes norte-americanos, aproximadamente 600 pacientes psiquiátricos e cirúrgicos e 200 prisioneiros. Desde então, o instrumento vem sendo utilizado para medir níveis de ansiedade traço e estado na pesquisa científica e na clínica (Spielberger & colaboradores, 1970).

O instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil por Spielberger, Biaggio e Natalício (1979) composto de duas escalas de auto-relato, para medir dois conceitos de ansiedade: estado (A-E) e traço (A-T), sendo uma escala de autorrelato que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade assim como os de traços, isto é, de características de sua personalidade. A escala pode ser usada como instrumento de pesquisa para selecionar indivíduos que variam quanto à tendência

para reagir à pressão psicológica com diferentes graus de intensidade de A-T. Pesquisadores podem usar a escala para determinar níveis reais de intensidade de estados de ansiedade, induzidos por manipulações experimentais. Os escores na escala A-E aumentam em resposta a vários tipos de pressão e decrescem como resultado de relaxamento.

A escala A-T fornece bons recursos para selecionar pessoas com propensão à ansiedade e para avaliar o grau em que pessoas que procuram serviços de aconselhamento e orientação são perturbadas por problemas neuróticos de ansiedade. As correlações entre a escala original e a brasileira variaram de 0,06 a 0,58 com uma média de 0,34 para A-E e de 0,24 a 0,92 com uma média de 0,51 para A-T e a sua fidedignidade no teste-reteste foi de 0,74 para A-E e 0,83 para A-T. A consistência interna Alfa *Crombach* A-E masculino obteve o valor de 0,93 e feminino de 0,88, enquanto que o A-T masculino obteve o valor de 0,93 e feminino de 0,87 (Spielberger, Biaggio & Natalício, 1979).

Kaipper (2008) faz referência à escala da A-E como um indicador sensível do nível de ansiedade transitória experimentada por pacientes em aconselhamento, psicoterapia e terapia de comportamento ou sob cuidados psiquiátricos. O instrumento é também utilizado para avaliar mudanças na intensidade da A-E que ocorrem nessas situações.

4. 1. Histórico

Foi iniciada em 1964 a construção do IDATE com o objetivo de desenvolver uma escala única que fornecesse medidas objetivas de autorrelato tanto do estado como do traço de ansiedade. No desenvolvimento do instrumento itens seriam mais úteis num inventário previsto para medir tanto o estado como para o traço de ansiedade já que a maioria das escalas de ansiedade existente avaliava apenas traço de ansiedade (Spielberger, 1966)

citado por Kaipper (2008), um grande número de itens envolvendo conteúdos de relação comprovada com as escalas de A-T mais largamente usadas foi reescrito de modo que fosse possível cada item ser usado como medida tanto de A-T como de A-E. Os estudos resultaram numa escala única, IDATE, que podia ser administrada com diferentes instruções para medir A-E ou A-T.

Fatores distintos de estado e de traço de ansiedade foram encontrados em estudos dos quarenta itens da escala Barker, Barker e Wadsworth (1977), foi concluído que os itens de estado e os de traço de ansiedade derivaram dois fatores distintos aos quais foram denominados de ansiedade presente e ansiedade ausente (Spielberger, 1980).

Para Fioravanti, Santos, Maissonette, Cruz e Landeira-Fernandez (2006) de maneira geral, a estrutura fatorial do estado de ansiedade, que tem o mesmo número de itens de ansiedade presente e ausente, é mais estável e consistente. Por outro lado, os treze itens de ansiedade presentes e sete de ansiedade ausentes na escala Traço de ansiedade contribuíram para uma instabilidade na estrutura fatorial apresentada nos resultados dos estudos. O IDATE desenvolvido por Spielberger e colaboradores (1970) consta de um caderno de A-T com 20 itens que solicita para que a pessoa descreva como ela se sente geralmente, e outro caderno com 20 itens para medir o estado de ansiedade em que é solicitado para que a pessoa descreva como ela se sente naquele exato momento. Estas duas escalas são apresentadas de maneira independente. A expectativa é que os escores de A-E no momento que a pessoa esta respondendo o instrumento sinta uma situação de estresse psicológico ou perigo físico fazendo os escores aumentarem e os diminuindo em situação de relaxamento. O instrumento pode ser utilizado para adultos normais ou pessoas com transtorno mental em que a pessoa responde os itens avaliando a si mesmo em uma escala de quatro pontos. Os pontos são totalizados em um escore bruto que, por não

permitir a comparação entre os indivíduos, são convertidos para uma escala normalizada, de acordo com as normas do teste. O escore normalizado diferencia os indivíduos em uma hierarquia, ou seja, possibilita comparar o nível de ansiedade do indivíduo com a população média, isto é considerada dentro do esperado pelo Centro de Estudos de Psicologia Aplicada que publicou o Manual do IDATE traduzido por Biaggio em 2003 (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2003).

O IDATE foi traduzido para mais de trinta idiomas para pesquisas transculturais e práticas clínicas tendo os métodos de construção do teste levados a efeito, primeiramente com estudantes universitários de graduação da Universidade de Vanderbilt, por Spielberger e Gorsuch (1966) mais de 3.000 estudantes universitários foram testados. Dados normativos foram obtidos de mais de 600 pacientes neuropsiquiátricos e aproximadamente 200 jovens prisioneiros. O instrumento é versátil e útil para a medição de traço e estado de ansiedade, e sua validade de conteúdo, de critério (simultâneo) e de construto se compara favoravelmente com outros testes de ansiedade publicados (Biaggio, 2003).

Segundo Fioravanti e colaboradores (2006) existe uma grande discussão em relação à estrutura da escala Traço do IDATE. A análise da estrutura latente desse inventário pode ser feita por meio de uma análise estatística, denominada de Análise Fatorial. Segundo o autor a grande discussão está na interpretação do significado desses fatores. Alguns acreditam que os dois fatores estão relacionados com ansiedade presente e ansiedade ausente. Outros propõem que um dos fatores está relacionado com humor (depressão) e o outro com Ansiedade.

Para a nova padronização e com a finalidade de atualizar as normas e estudar as propriedades psicométricas do instrumento, um estudo realizado pelo Departamento de Estudos do Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA) foi conduzido do primeiro

semestre de 2001 a 2003, com amostras diversificadas da população do Rio de Janeiro, Niterói, Manaus e Porto Alegre. A amostra com 220 pessoas, 160 do gênero feminino e 60 do gênero masculino, de 18 a 61 anos, oscilando desde o ensino fundamental completo até pós-graduação. Os resultados encontrados apresentaram que a A-E foi maior no sexo masculino. As correlações entre os inventários (subescalas) ficaram ao nível significativo 0,01. O Qui-quadrado aproximado foi de A-E (501,8) e A-T (442,2).

Embora Brandtner e Bardagi (2009) em seu estudo não tenham utilizado o IDATE, mas sim o BAI (*Beck Anxiety Inventory*) ele contribuirá para a comparação com os resultados obtidos nesse estudo que ora se apresenta em relação ao gênero. A amostra consistiu em 200 estudantes universitários, iniciantes e finalistas dos cursos da região sul. Os participantes responderam ao BAI em aplicações coletivas em salas de aula. Os alunos foram divididos em dois grupos, um de início (primeiro e segundo semestres) (69,5%; n =139) e outro de final (penúltimo e último semestre) de curso (30,5%; n =61). Em sua maioria, os participantes eram solteiros (82,5%; n =165), residiam com os pais (63%; n =126) e tinham renda mensal entre 500 e 1000 reais (20,5%; n =41) mulheres apresentaram níveis significativamente mais altos que os homens em ansiedade ($t = -2,38$; $gl = 166$; $p < 0,02$; $t = -2,13$; $gl = 180$; $p < 0,04$, respectivamente. Os resultados principais apontaram alta ansiedade, maiores níveis de ansiedade entre as mulheres do que entre homens.

Gonçalves e Belo (2007) investigaram a A-T competitiva no que diz respeito ao gênero, faixa etária, experiência em competições e tipo de modalidade esportiva em jovens atletas. A amostra foi de 105 atletas paraibanos de diferentes modalidades esportivas, com idades variando de 11 a 20 anos e a maioria do sexo masculino. Foi utilizada a A-T competitiva (*Sport Competition Anxiety Test (SCAT)*) baseada nos estudos de Spielberger (1972) pela Teoria da Ansiedade Traço Competitiva. Com a necessidade de avaliar a

ansiedade-traço competitiva em atletas, Martens, Vealey e Burton (1990) desenvolveram o SCAT, que foi o primeiro questionário desenvolvido com base no pressuposto de que uma escala de traço de ansiedade específica do desporto seria um melhor preditor da ansiedade-estado em situações competitivas do que uma escala geral de ansiedade. Com base na análise dos dados, os resultados indicaram que as mulheres apresentaram maiores A-T competitiva do que os homens, não se encontrando diferença significativa entre as outras variáveis estudadas. A fim de verificar as médias dos grupos estudados quanto a A-T competitiva, foi realizada uma ANOVA, tendo como variável dependente a A-T competitiva e como variável independente o gênero, a faixa-etária, a experiência em competições e o tipo de modalidade esportiva (individual ou coletiva) dos atletas. Os resultados indicaram que houve diferença estatisticamente significativa da ansiedade-traço competitiva em relação ao gênero dos participantes [$F(295,08)=16,85$; $p<0,1$]. A diferença indicou que as mulheres apresentaram maior ansiedade-traço competitiva ($M=33,42$; $DP=0,87$) do que os homens ($M=28,78$; $DP=0,72$). Entretanto, em relação à faixa etária, não foi observada diferença estatisticamente significativa [$F(0,01)=0,01$; $p<0,1$].

Gama, Moura, Araújo, Teixeira-Silva (2008) estudaram a ansiedade em 498 estudantes universitários de diversos cursos de uma universidade de Aracaju, numa amostra de 231 homens e 267 mulheres. Os dados obtidos mostraram níveis mais altos de ansiedade em pessoas do sexo feminino, solteiras ou com menos de 30 anos. As mulheres tinham escores maiores de ansiedade que os escores dos homens ($F_{1,468} = 15.65$; $p = 0,1$). Comparado com os resultados de estudos obtidos em São Paulo, os estudantes universitários de Aracaju apresentaram menores escores de A-T que os estudantes universitários de São Paulo, homens apresentaram média 7,7 e mulheres 10,2 média para

sexos com o BDI, Alfa de *Crombach* 0,86; no BAI homens apresentaram 9,6 e as mulheres 13,4 com Alpha de *Crombach* 0,89.

Kaipper (2008) enfatiza que um construto com adequado poder de aferição deve transpor possíveis transferências de variáveis com gênero, idade comormidades, escolaridade, entre outros. O autor realizou uma pesquisa com o propósito de avaliar as propriedades psicométricas do IDATE, objetivando o refinamento do instrumento por meio da análise de *Rash*, com uma amostra de 900 pacientes perioperatório de cirurgias eletivas, com idades entre 18 e 60 anos. Analisaram-se padrões de resposta em relação ao gênero e também foi proposta uma nova estrutura para o instrumento. Os resultados da A-T foram analisados separadamente pelo modelo de *Rash*. A análise demonstrou invariância no nível de A-T e A-E no formato original de ambas as escalas, apresentando instabilidade no desempenho dos itens. Após reteste em duas amostras randomizadas de 300 pessoas cada, foram confirmados os resultados. O desempenho foi adequado, mostrou uma unidimensionalidade, independência local e adequado índice de consistência interna. A aplicação do modelo de *Rash* conduziu a um refinamento das escalas do IDATE clássico sugerindo que a versão sucinta apresenta desempenho psicométrico mais adequado e livre de desordens no limiar de resposta e DIF.

Com o objetivo de conhecer a utilização do IDATE no Brasil, o presente estudo realizou uma revisão de literatura de estudos e seus referidos artigos que utilizaram o IDATE como instrumento de avaliação aplicado sozinho ou em conjunto na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde/Psicologia (BVSpsy) eletrônica, sem limitar a data de início até os dias atuais. Essa busca encontrou 56 artigos, nas bases de dados da PEPSIC, SCIELO, BVSSaúde, Revistas Técnico Científicas, FAPESP e LILACS, sendo o primeiro artigo encontrado publicado em 1982 e o último artigo em 2010. A busca se deu utilizando os descritores “ansiedade e IDATE”. Esses

artigos encontra-se em formato de tabelas divididas de 5 em 5 anos para melhor visualização, todos os estudos com respectivos título, autores, objetivos, instrumentos utilizados e amostra constam no anexo 2.

O gráfico abaixo apresenta a quantidade de estudos encontrados nos períodos de busca divididos de 5 em 5 anos que utilizaram o IDATE em conjunto ou separadamente.

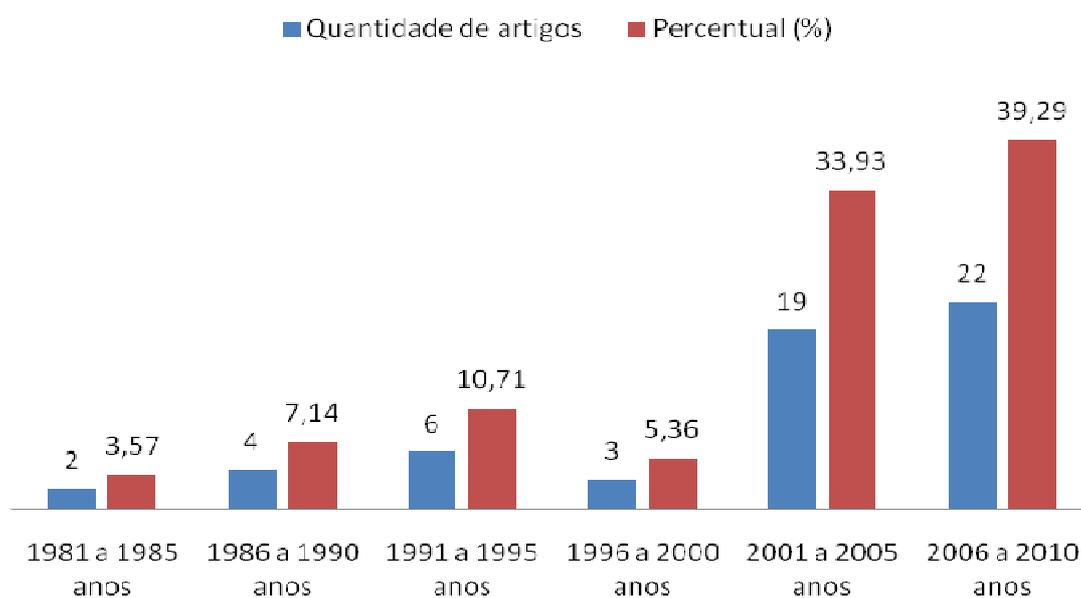


Figura 1. Distribuição dos estudos que utilizaram o IDATE e suas respectivas porcentagens desde 1981 a 2010, considerando que o primeiro artigo publicado foi o de Schmitz (1982)

Na revisão de literatura realizada nessa pesquisa a porcentagem de artigos encontrados entre 1981 a 1985 foi de 3,57%. Nesse período temos os estudos de Schmitz, (1982), Andreatini e Leite, (1994), Grinberg, Quadros, Zaccarelli, Lamosa e Pileggi (1985), sendo que neste período houve somente dois artigos cujas propostas avaliaram ansiedade na

área médica. Schmitz (1982) desenvolveu um instrumento para a determinação da ansiedade de mães de crianças hospitalizadas a escala para a determinação da ansiedade da mãe da criança hospitalizada (EAMCH). No estudo estabeleceu as validades aparente, de conteúdo e concorrente, bem como a confiabilidade pelo método de consistência interna. A (EAMCH) foi aplicada a uma população amostral de 175 mães de crianças hospitalizadas para testagem dos itens. O instrumento com 35 itens foi aplicada nas mães por três entrevistadoras da população amostral e o IDATE A-E foi utilizado para determinação de validade concorrente com a (EAMCH). Os resultados obtidos demonstraram que o coeficiente alfa de *Crombach* foi satisfatório; a maioria dos itens do instrumento obteve coeficientes de correlação item-total satisfatórios; e a correlação obtida entre os escores da EAMCH e IDATE-T e IDATE-E foi moderada.

Grinberg, Quadros, Zaccarelli, Lamosa e Pileggi (1985) estudaram 20 portadores de prolapso da valva mitral, sintomáticos. A idade da amostra variou de 17 a 63 (média 37 anos) e 15 (75%) eram do sexo feminino. As variáveis pesquisadas foram a A-T e A-E através da aplicação do IDATE e ataque de pânico e agorafobia de acordo com os critérios do DSM-III. Níveis elevados de A-T foram identificados em 13 (65%) casos e de A-E em 11 (55%). Ataque de pânico foi reconhecido em 8 (40%) pacientes, correspondendo a (47%) das mulheres e a 20% dos homens, todos com níveis elevados de A-T e A-E. Agorafobia teve seus critérios preenchidos em 7 (35%) pacientes, em 6 dos quais havia ataque de pânico, caracterizando uma incidência de (30%) da tríade prolapso da valva mitral, ataque de pânico e agorafobia. Segundo os autores os resultados obtidos colaboraram com a linha de pensamento que procura associar a neurose de ansiedade ao prolapso da valva mitral.

No período de 1986 a 1990 a porcentagem de estudos encontrados foi de 7,14%. Nesse período foram encontrados os estudos de Vaz (1987), Job, Araujo, Furuno, Arrai, Boccuto, Braga e Bronberg (1998), Vaz (1990), Campos e Nascimento (1990). Nesse período foram encontrados três artigos que analisaram personalidade, um artigo na área da avaliação psicológica e um na área médica. Vaz (1987), examinou 9 sujeitos masculinos e femininos, normotensos e catorze hipertensos por meio do Método de *Rorschach* e do IDATE, sem antecedentes de baixa hospitalar psiquiátrica e com instrução do primeiro, segundo e terceiro Graus. O exame foi realizado em procedimento duplo cego por parte do aplicador. Como resultado constatou-se que o tempo de reação às lâminas acromáticas foi mais elevado nos hipertensos, tanto a A-T quanto a A-E. O autor concluiu que A-T elevada é uma característica de personalidade do hipertenso e que o tempo de reação acelerado nas lâminas acromáticas do *Rorschach*, mais elevado nos hipertensos, constitui-se variável indicadora de ansiedade situacional.

Vaz (1990) examinou 21 sujeitos hipertensos e 15 normotensos com o Método de *Rorschach* e com o IDATE, sendo que ambos os grupos não tinham antecedentes de distúrbios mentais nem de personalidade, tinham nível de instrução de primeiro, segundo ou terceiro Graus e eram considerados de nível sócioeconômico de A a C. O exame foi realizado em ambulatório hospitalar de cardiologia, acompanhado por médicos cardiologistas e todo o trabalho do psicólogo pesquisador até ao final da classificação e tabulação individual dos dados foi feita em procedimento duplo cego (com o desconhecimento de quem era e quem não era hipertenso). Foi feito estudo de diferença de media dos dados coletados nos dois grupos e de correlação entre algumas variáveis do *Rorschach* com o IDATE, tomando-se como nível de significância ($p=0.05$). Como

resultado constatou-se que a A-T e a A-E, assim também como a exigência e severidade se apresentam significativamente mais elevado nos hipertensos do que nos normotensos.

Campos e Nascimento (1990) realizaram um estudo de identificação de traços psicológicos e características emocionais comuns aos pacientes que foram, pela primeira vez, submetidos à angioplastia transluminal coronária (ATC), no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Foram analisados 84 pacientes, de ambos os sexos, com idade média de 55 anos. Foram realizadas, pela equipe de psicólogos, duas entrevistas semidirigidas, durante cada uma das quais foram aplicados o IDATE e a Escala de Hamilton. Essas entrevistas foram realizadas imediatamente anteriores à ATC e um dia após o procedimento, na alta dos pacientes. A correlação entre estresse e A-T foi acima da média nos pacientes. Onde o estresse constitucional somado ao (A-T=63,0%); estresse ambiental somado ao (A-T=87,0%) e estresse particular somado ao (A-T=48,2%), todos aumentados. Os níveis de ansiedade A-T e A-E foi acima da média, onde (A-T=64%) e (A-E= 48,8%) pré ATC e (25,0%) pós ACT. Os resultados permitiram concluir que a grande maioria apresentou padrão comportamental tipo A, próprio do coronariano, alto estresse constitucional e ambiental e A-T acima da média.

Nos anos de 1991 a 1995 o percentual foi de 10,71%. Os estudos foram os de Stela (1991), Hermann (1992), Albuquerque e Campos (1993), Andreatini e Leite (1994), Pasquali, Pinelli- Junior e Solha (1994), Heidrich e Campos (1994). Nesse período foram encontrados três artigos relacionados à psicometria e os demais avaliando a ansiedade. Pasquali, Pinelli e Solha (1994) realizaram um estudo com a intenção de validação e normatização do instrumento, investigaram o fortalecimento dos parâmetros psicométricos, no Brasil, da escala A-T do IDATE. Aplicou-se a escala A-T em 3449 sujeitos, com idade média de 27 anos e 8 meses, participantes de um processo seletivo realizado em Brasília-

DF. Pasquali e colaboradores (1994) avaliaram a estrutura interna da escala e elaboraram normas a partir dos dados coletados. Por meio da análise fatorial, verificou-se que a escala de A-T do IDATE é formada por dois fatores: fator 1, composto por 13 itens apresentando Alfa de *Cronbach*=0,77, e o fator 2, composto por 7 itens apresentando estabilidade emocional Alfa de *Cronbach*=0,63. No final do estudo foram apresentadas normas para esses dois fatores bem como para escala total (fator único, com 20 itens e Alfa de *Cronbach*=0,79 e distintas para ambos os sexos, masculino e feminino).

Andreatini e Leite (1994) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar a validade concorrente de uma versão do IDATE-T com período de tempo definido de sete dias, tendo como sujeitos 19 pacientes com distúrbios de ansiedade e 10 voluntários normais. O IDATE-T apresentou uma correlação significativa com a Escala de Ansiedade de Hamilton ($r = 0,74$), principalmente com os itens psíquicos ($r = 0,75$), mas também com os itens somáticos ($r = 0,60$; todas $p < 0,05$). O IDATE-T também mostrou-se sensível à redução da ansiedade de pacientes com distúrbios ansiosos após duas a nove semanas de tratamento ($p < 0,05$), bem como indicou um nível de ansiedade maior destes pacientes antes do tratamento em comparação com voluntários normais pareados por sexo e idade ($p < 0,05$). Portanto, o IDATE-T mostrou-se uma escala de autoavaliação útil para monitorização da ansiedade durante estudos farmacoclínicos.

Os estudos encontrados entre o período de 1996 a 2000 foram os de Novaes, Romano e Lage (1996), Biaggio (1998), Paula (1998). Nesse período foi encontrado um estudo relacionado à revisão da literatura específica sobre Spielberger e os demais avaliando ansiedade. Biaggio (1998) revisou estudos realizados pelo grupo de pesquisa que coordena o Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, utilizando o IDATE e o Inventário de

expressão de raiva estado-traco (STAXI) de Spielberger (1998). São descritos estudos sobre a ansiedade de pais e filhos, a ansiedade de pais e adaptação da criança na pré-escola, ansiedade e raiva em pacientes odontológicos com bruxismo, e ansiedade, raiva e obesidade.

Novaes, Romano e Lage (1996) tinham como objetivo avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cardiológica geral, durante cinco primeiros dias e verificar sua relação com diferentes variáveis. A amostra foi de 47 pacientes que foram submetidos a aplicação do IDATE para avaliar o grau de ansiedade. Os escores encontrados foram relacionados com as variáveis: diagnóstico médico, idade, procedência do paciente, número de internações anteriores. Os resultados apontaram para uma diminuição significativa dos escores de ansiedade do primeiro para o último dia. Não foram encontradas correlações positivas entre idade, número de internações anteriores, diagnóstico médico e escores de ansiedade e depressão. Em relação a procedência, foi observada correlação positiva entre ansiedade e depressão para o grupo proveniente do Pronto Socorro (PS). A conclusão do estudo foi que a ansiedade desce nos primeiros cinco dias de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e as relações emocionais não são influenciadas pelo diagnóstico médico, idade e número de internações anteriores, porém, a procedência do (PS) altera emocionalmente o paciente, nos primeiros dias de internação na (UTI).

Paula (1998) estudou o traço de Ansiedade de mães dos pacientes psiquiátricos acometidos de Esquizofrenia. A partir do acompanhamento médico de um grupo de 50 pacientes psicóticos esquizofrênicos e suas respectivas famílias, foi aplicado o IDATE-T. Os resultados apresentaram uma não diferença significativa na avaliação do dito fator, tanto no grupo pesquisado, quanto no grupo de controle, constituído por mães de estrutura

neurótica. O estudo colaborou para a compreensão da interação do psicótico com a mãe, que é um fator indispensável na proposta de um tratamento ao psicótico.

No período de 2001 a 2005 o percentual de estudos encontrados foi de 33,93%. Foram encontrados os estudos de Duprat, Custódio e Matinez (2001); Andrade, Vieira Filho, Tung, Gorenstein, Artes (2001); Valim (2001); Medeiros e Nunes (2001); Kozasa (2002); Boizonave e Barros (2003); Gagliazze e Friedlander (2003); Almondes e Araujo (2003); Montes e Vaz (2003); Antunes, Rico e Gouveia-Jr. (2004); Martins, Lopes-Jr e Assumpção (2004); Oliveira e Duarte (2004); Chaves e Cadê (2004); Carvalho, Farah e Galdeano (2004); Grazziano e Bianchi (2004); Pagano (2004); Capitão e Tello (2004); Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira e Souza (2005); Perez, Nicolau, Romano e Laranjeira (2005). Nesses períodos a grande maioria os estudos foram de avaliação da ansiedade.

Andrade, Vieira Filho, Tung, Gorenstein, Artes (2001) pesquisaram o IDATE-T e sua relação com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) foram avaliados uma amostra de estudantes brasileiros universitários 845 do gênero feminino e 235 do gênero masculino. A análise resultou em dois fatores que foram analisados de acordo com o modelo tripartite de ansiedade e depressão. A maioria dos itens do BDI (medição afetividade positiva e sintomas inespecíficos da depressão) foram maiores no primeiro fator e quatro IDATE-T itens que medem a afetividade positiva. Os restantes dos itens do IDATE-T avaliaram afeto negativo, permaneceu no segundo fator. As conclusões do estudo sugerem que, o instrumento embora amplamente utilizado como uma escala de ansiedade, o IDATE-T avalia principalmente o efeito geral negativo. Diferenças por sexo foram encontradas, consistindo de escores mais altos nas mulheres do que nos homens. Pontuações item individual mostrou tendência de escores mais altos para as mulheres na maioria dos itens individuais, alguns deles atingindo significância estatística. Correlações item-total foram na

faixa de 0,40 e 0,60 para a maioria dos itens, não havendo diferença consistente entre homens e mulheres. A confiabilidade do questionário, avaliada pelo coeficiente Alfa de *Cronbach* e correlação item-total foi alta, indicando que os itens da versão em Português do IDATE-T são altamente homogêneos.

O estudo de Capitão e Tello (2004) sobre a obesidade e sua relação com a ansiedade utilizaram uma amostra de 20 mulheres obesas e aplicaram o IDATE para avaliar a ansiedade. Apenas 20% das mulheres apresentaram estado de ansiedade, o que é uma porcentagem reduzida. O escore médio da escala A-estado das colaboradoras foi de 41, estando um pouco abaixo da média esperada, que é de 43,64. Em relação a A-T percebeu-se que (50%) das mulheres apresentaram um nível de ansiedade normal, (40%) apresentaram estado de apatia e um número muito pequeno, apenas (10%), apresentaram ansiedade. Este resultado foi pouco significativo não permitindo afirmar que existe qualquer associação entre a ansiedade e a obesidade. A média obtida na escala A-T foi de 44,7, estando também abaixo do normal, segundo o crivo, onde a média estipulada é de 45,34 a 55,22.

Em 2006 a 2010 o percentual de estudos encontrados foi de (39,29%). Os estudos encontrados foram os de Azevedo (2006); Amaro, Yazigi e Erwenne (2006); Antunes, Andersen, Tufik e Mello (2006); Ballas, Alves e Duarte (2006); Baptista, Baptista e Torres (2006); Enumo, Ferrão e Ribeiro (2006); Fioravanti, Santos, Maissonetti, Cruz e Landeira-Fernandez (2006); Alves, Pimentel, Guaratini, Marcolino, Gozzani e Mathias (2007); Nosow e Peniche (2007); Araujo, Pacheco, Pimenta e Kac (2008); Primo e Amorim (2008); Victoria e Soares (2008); Zuade, Prota e Del-Bem (2008); Capela, Marques, Assumpção, Suer e Cavalcante (2009); Benevides-Pereira e Gonçalves (2009); Ferreira, Almondes, Braga, Mata, Lemos e Maia (2009); Modolo, Mello, Gimenez, Tufik e Antunes (2009);

Perosa, Canavez, Silveira, Padovani e Peraçoli (2009); Pinto, Padovani e Linhares (2009); Souza (2010); Lopes e Nogueira-Martins, Soares e Martins (2010).

Nesse último período houve uma preocupação em avaliar a ansiedade em diversos tipos de amostras e áreas da saúde, alguns estudos estão relacionando a depressão e outros com a preocupação em relação à qualidade de vida das pessoas. Um estudo psicométrico se destaca o de Fioravanti e colaboradores (2006) que pesquisaram as propriedades psicométricas do IDATE com o objetivo de distinguir construtos relacionados à ansiedade em uma amostra de 1.589 pessoas. O estudo teve como objetivo reavaliar a estrutura fatorial da escala a partir de três amostras brasileiras, com características distintas, sendo a amostra composta de 560 estudantes de duas universidades da cidade do Rio de Janeiro; 655 estudantes do último ano do Ensino Médio da cidade de Brasília, e 402 militares em processo de avaliação. Os resultados indicaram a existência de estruturas fatoriais distintas do A-T em função da amostra estudada. As amostras formadas por universitários e alunos do Ensino Médio apresentaram uma estrutura fatorial favorável à interpretação de um componente de ansiedade e outro de depressão; a amostra de militares favoreceu uma interpretação sugestiva da presença ou ausência de ansiedade. Por outro lado, a amostra formada por militares em processo de avaliação favoreceu uma interpretação mais específica da A-T em que os dois fatores traço e estado parecem estar associados à presença ou ausência de ansiedade. Os resultados apontaram que a ANOVA $F(2,1684) = 2919,27$; $p < 0,001$. Comparações *post hoc* indicaram que a amostra de militares congregou os sujeitos com a maior média de idade (19,2 anos), sendo esta estatisticamente diferente das duas outras amostras (ambos os $p's < 0,05$). Por outro lado, a amostra composta por alunos do Ensino Médio apresentou a menor média de idade (16,2 anos). Essa diferença também foi estatisticamente significativa em relação às demais amostras (ambos os $p's < 0,05$).

Finalmente, a amostra composta por universitários apresentou uma média de idade intermediária (18,3 anos). Esta média de idade revelou-se estatisticamente menor que a amostra de universitários ($p < 0,05$) e maior que a amostra dos alunos do Ensino Médio ($p < 0,05$).

Baptista, Baptista e Torres (2006) estudaram a depressão e ansiedade em 44 gestantes e o resultado obtido foi uma correlação positiva entre o IDATE e a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS). A pesquisa objetivou correlacionar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa com o suporte social em gestantes durante o pré-natal. Participaram 44 gestantes que se encontravam em atendimento em um Centro de Saúde do interior de São Paulo. Para a coleta de dados foram aplicados, de forma individual, um questionário de identificação, a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS), o IDATE e uma Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). Verificou-se que (29,5%) apresentaram sintomatologia depressiva, (70,5%) sintomas ansiosos controlados (estado) e (56,8%) referiram possuir alto suporte social. Houve correlação positiva entre a escala de depressão, estado e traço de ansiedade, além de correlação negativa entre as escalas de depressão e suporte social, ansiedade traço e estado com suporte social. Os dados apontam para a importância do suporte social no período gestacional.

Victoria e Soares (2008) realizaram um estudo em que o objetivo foi analisar a estabilidade temporal do Teste de Associação Implícita-Ansiedade (TAI-Ansiedade) pelo método teste-reteste, índice de fidedignidade. O teste foi administrado duas vezes em 51 estudantes de psicologia com a diferença de uma semana. Foi analisado o coeficiente de consistência interna, o Alfa de *Cronbach* do teste e do reteste, a correlação entre o teste e reteste, além da correlação do TAI-Ansiedade com duas medidas de autoavaliação, o IDATE e o BAI (Inventário de Ansiedade de Beck). Os resultados demonstraram um Alpha

Cronbach entre 0,73 e 0,87, correlação significativa entre o teste e reteste e correlação fraca, entre 0,06 e 0,11 para o TAI, IDATE e BAI. Os dados também foram submetidos à análise fatorial por meio do programa de Análise Paralela e do MAP (*Minimum Average Partial*), identificando duas dimensões: autoreferência e ansiedade. A correlação entre as medidas explícitas atendeu às pontuações encontradas em pesquisas brasileiras anteriores. O valor da correlação entre IDATE A-T e BAI foi de 0,42.

Soares e Martins (2010) realizaram um estudo sobre ansiedade de estudantes diante do vestibular com uma amostra de 124 estudantes sendo 66 do gênero feminino e 58 do gênero masculino, 69 alunos do 1º ano do ensino médio e 55 do 3º ano. Os estudantes responderam ao IDATE na suas próprias salas de aula. Foi observada uma diferença significativa quanto ao gênero ($p=0,036$) sendo que foi encontrado um maior nível de ansiedade-estado nas mulheres do 1º ano comparativamente aos rapazes do 1º ano ($p=0,004$). O mesmo resultado foi encontrado com relação a A-T: moças do 1º ano são mais ansiosas do que rapazes do 1º ano ($p=0,1$). Os resultados apresentaram uma diferença significativa em relação ao gênero em que as moças do primeiro ano do curso se mostraram mais ansiosas do que os rapazes em relação a A-T e a A-E.

É importante a constatação de que na última década houve um aumento substancial de estudos utilizando o IDATE, principalmente em relação à saúde física e mental, fato este que aumenta a importância de estudos para o instrumento em questão, justificando assim a preocupação desse estudo que ora se apresenta. A revisão de literatura nacional realizada evidenciou que o IDATE vem sendo utilizado no decorrer dos anos em diversas áreas do conhecimento como na educação, medicina, enfermagem, esportes, psiquiatria, psicologia, avaliação psicológica entre outras. Considerando que no site eletrônico do Conselho Federal de Psicologia (CFP) no Sistema de Testes Psicológicos (SATEPSI), o IDATE está

sinalizado como “desfavorável” conforme consta em sua tabela referente em 1979 e em 2002, estudos que possibilitem maior esclarecimento sobre a validade do instrumento, suas possibilidades de avaliação e como está sendo utilizado nas pesquisas científicas é de relevante importância. Alguns dos artigos da revisão de literatura estão em destaque nesta pesquisa por estarem especificamente relacionados a estudos psicométricos ou de validade, colaborando para uma maior compreensão deste estudo em avaliação psicológica.

Para viabilizar resultados de evidência de validade dentro do objetivo proposto nesse estudo que é correlacionar o IDATE com outros instrumentos escolheu-se a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) de Hutz e Nunes (2001) na sua dimensão “N3” Ansiedade, encontrado em muitos transtornos neuróticos. Esse estudo que agora se apresenta investigando a ansiedade espera encontrar correlações positivas entre os instrumentos, corroborando com o IDATE como um instrumento confiável na avaliação da ansiedade tanto na clínica quanto em outras áreas da saúde.

5. NEUROTICISMO

O estudo científico da personalidade é tema de grande interesse para a psicologia, ocupando um lugar de destaque na psicologia. O estudo da personalidade procura considerar o funcionamento psicológico do sujeito em sua totalidade, portanto, a personalidade representaria as características dos indivíduos que explicam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos, referindo-se àquilo que seria único e distinto de cada pessoa (Pervin & John, 2004).

Os desafios na área da avaliação da personalidade não se resumem, no entanto, a questões técnicas de construção de instrumentos. Um dos maiores entraves aos psicometristas refere-se especificamente à fragilidade do embasamento teórico de alguns instrumentos de avaliação psicológica, o que acaba por comprometer a qualidade do material (Pasquali, 1998). Lazarus e Folkman (1984) citado por Martins (2004) concluíram que um alto nível de neuroticismo está associado a indivíduos propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional incluindo também idéias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva, dificuldade para tolerar frustrações causadas pela não saciedade do desejo e respostas de *coping*. Um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelas pessoas com objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, presentes em situações de estresse onde, por alguma razão, encontram-se mal adaptadas.

Borine (2009) considera que os eventos de vida total e o fator geral de neuroticismo sugerem que pessoas instáveis emocionalmente e que vivenciam mais momentos de sofrimento tendem a ter mais eventos vitais em suas vidas, já para Oliveira (2002), o neuroticismo é um traço cognitivo-afetivo, uma expressão negativa da personalidade, sendo

que as perturbações neuróticas abrangem um vasto leque de sofrimento psíquico, com conotações cognitivo-afetivas de diversas não adaptações como a ansiedade, timidez, angústia, manifestações fóbicas e obsessivo-compulsivas, sensibilidade exagerada e irritabilidade, tensão e fraqueza, insegurança, tendência à depressão, amnésias, além de muitas sequelas psicossomáticas, como insônias, vertigens, transpiração, perturbações na vista e na fala, na respiração e na pele, distúrbios cardíacos e gastrointestinais, transtornos alimentares, e mesmo convulsões, como nas reações histéricas.

As pessoas dominadas por um ou vários sintomas psicológicos são frequentemente chamadas de neurastênicas, hipocondríacas, obsessivo-compulsivas, histéricas, angustiadas (neurose de angústia ou de ansiedade) ansiosas, inseguras e, em geral, os neuróticos apresentam-se socialmente escondendo o seu sofrimento, ao contrário do que acontece com os psicóticos. A ansiedade é um sintoma neurótico que pode causar sérias dificuldades para quem a tem, necessitando de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico dessa maneira, instrumentos desenvolvidos para avaliar o neuroticismo são de grande valia para essas pessoas com dificuldades (Oliveira, 2002).

Hutz e Nunes (2001) estudaram o neuroticismo, também chamado fator “N”, que para eles se refere ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional, que representa as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas vivenciam experiências de padrões emocionais associados a um desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento) e os estilos cognitivos e comportamentos decorrentes desses padrões. Nunes e Hutz, (2001) criaram a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) que surgiu em decorrência do modelo do “*Big Five*”, o seja, os Cinco Grandes Fatores da Personalidade (CGF) que ganhou espaço e se consolidou como um método objetivo e apropriado para o estudo da

personalidade em diferentes contextos e diversas culturas, utilizado em muitas áreas de avaliação psicológica como nos contextos clínicos, escolares e organizacionais.

Dando continuidade em seus estudos Nunes e Hutz (2002), estudaram os Cinco Grandes Fatores da Personalidade (CGP) e posteriormente criaram a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) para avaliar os cinco grandes fatores da personalidade (Nunes, Hutz & Nunes, 2008) denominados de 1. Neuroticismo; 2. Realização; 3. Abertura a novas experiências; 4. Socialização e 5. Extroversão.

A EFN trata-se de um instrumento que pode ser utilizado tanto no âmbito clínico como em instituições de saúde, na avaliação de grupos comunitários ou de trabalhadores, na pesquisa, no ensino e em atividades de aconselhamento; o neuroticismo, ou fator “N”, inclui itens que identificam a ansiedade, hostilidade, depressão, autoestima, impulsividade e vulnerabilidade (Hutz & Nunes, 2001). O fator “N” refere-se ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional, representando as diferenças individuais que ocorrem quando pessoas experimentam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico (aflição, angústia, ansiedade, sofrimento, entre outros). Para Nunes e colaboradores (2007) um alto nível de neuroticismo identifica indivíduos que são propensos a vivenciar mais intensamente sofrimento emocional incluindo idéias dissociadas da realidade, ansiedade excessiva e dificuldade para tolerar frustrações.

Borge e Angelotti (2002) estudaram os itens da EFN referentes à ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes classificados como portadores de fatores psicológicos que afetam as condições médicas, tendo como objetivo levantar fatores comportamentais, mais especificamente ansiedade e depressão. No estudo foram selecionados 30 internos de um hospital da cidade de São Paulo, de ambos os sexos, que se enquadravam na classificação acima. Os principais resultados foram (36,67%) dos sujeitos

acima da média, (16,67%) muito acima da média na subescala de ansiedade, e (43,33%) acima da média e (36,67%) muito acima da média na subescala de depressão. Verificou-se que o grupo de portadores obteve altos escores de ansiedade e depressão na EFN. Esses altos índices reforçaram a idéia da necessidade do trabalho de psicólogos junto a esta população, ficando evidente que os níveis de ansiedade e depressão levantados na amostra da pesquisa encontraram-se maior concentração acima da média esperada.

Ito, Gobita e Guzzo, (2007) investigaram as correlações entre temperamento, neuroticismo e autoestima. Participaram da amostra 42 universitários na faixa etária dos 19 aos 21 anos, os quais responderam a EFN, *Pavlovian Temperament Survey* e Autoestima de Rosenberg. Os resultados indicaram que a dimensão força de excitação (*Pavlovian Temperament Survey*) apresentou correlações negativas significativas com as dimensões vulnerabilidade e ansiedade da EFN em relação à força de inibição (*Pavlovian Temperament Survey*) que apresentou correlação negativa significativa com EFN e a mobilidade (*Pavlovian Temperament Survey*) se correlacionou positivamente com desajustamento psicossocial da EFN. A correlação entre a EFN e auto-estima apresentou correlações negativas significativas nas dimensões vulnerabilidade, ansiedade e depressão. Segundo os autores do estudo os resultados são importantes na elaboração e implantação de programas de prevenção e intervenção psicológica.

O estudo de Trentini, Hutz, Bandeira, Teixeira, Gonçalves e Andresa (2009) tiveram como objetivo investigar as correlações entre os fatores da Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e do Inventário Fatorial de Personalidade (IFP). A idade e sexo neste estudo também foram investigados, tendo a participação de 72 pessoas (36 homens e 36 mulheres), com idades que variaram de 18 a 59 anos. Os resultados indicaram que 11 dos 14 fatores do IFP

apresentaram correlações significativas com pelo menos um dos fatores da EFN (variando entre 0,25 e 0,61, positivas ou negativas).

Matta, Bizarro, Reppold (2009) pesquisaram as crenças irracionais (CIs) tendo como hipótese que elas poderiam estar relacionadas com o neuroticismo. A amostra foi de 157 estudantes universitários que responderam a um questionário a EFN e a Escala de satisfação de vida. Os resultados apresentaram correlações com a EFN, à vulnerabilidade e a ansiedade. O alfa de *Cronbach* foi de 0,78, mostrando boa consistência interna do instrumento. Não houve diferenças significativas entre as medias nos resultados desse instrumento quando comparados homens e mulheres ($t=-0,43$, $gl=150$, $p=0,6$). Não houve diferenças significativas entre as medias dos alunos conforme o sexo em nenhuma das subescalas (F1: $t=-0,49$, $gl=159$, $p=0,6$; F2: $t=0,8$, $gl=151$, $p=0,4$; F3: $t=-1,8$, $gl=152$, $p=0,6$; F4: $t=1,2$, $gl=148$, $p=0,9$). Em relação às escalas do EFN, as crenças irracionais (avaliadas por meio do Questionário de Crenças Irracionais) também se correlacionaram de forma significativa, positiva e fraca ($r=0,23$; $p\leq 0,02$) com a escala de Vulnerabilidade do EFN, mostrando que há uma tendência em, se aumentando Vulnerabilidade, aumentarem as crenças irracionais, ou vice-versa. O mesmo acontece com o fator Ansiedade do EFN, ($r=0,18$; $p\leq 0,01$); quanto mais crenças irracionais medidas por esse instrumento, mais ansiedade, o que foi confirmado pela Escala de Crenças. Existe uma correlação igualmente significativa, mas positiva e fraca ($r=0,3$; $p\leq 0,01$).

A ansiedade quando se torna um transtorno mental é também concebida como neuroticismo e, considerando a importância das relações humanas para uma boa saúde psicológica estudos realizados nos últimos anos chamam a atenção para os vínculos afetivos. A família poderá exercer uma influência benéfica ou não para a pessoa, dessa maneira contribuição do suporte familiar é importante. O construto suporte social vem

ganhando importância nos meios científicos relacionados a aspectos psicológicos como autoestima, autoeficácia e *copping* (Bandura, 1986). Estudos estão sendo desenvolvidos com a preocupação de desenvolver escalas eficazes para avaliar o suporte familiar. Baptista (2007) desenvolveu um instrumento de avaliação da percepção do suporte familiar (IPSF) que será utilizado neste estudo que ora se apresenta para a verificação da interferência de aspectos sociais em portadores de ansiedade.

6. SUPORTE FAMILIAR

Para Baptista (2005), o construto suporte familiar é considerado multidimensional e de difícil operacionalização, pelo fato de não se encontrar na literatura uma definição específica de suporte familiar, mas uma constituição dimensional do construto. Baptista e Oliveira (2004) conceituaram o suporte familiar como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família (características psicológicas). Nesse estudo a teoria de suporte familiar adotado será o mesmo que foi utilizado para a construção do instrumento de avaliação Inventário de Percepção de Suporte Familiar o (IPSF) utilizado por Baptista (2005) advindo dos autores Olson, Russell e Sprenkle (1983) citado por Baptista (2005), que se baseia na teoria sistêmica familiar em que apresenta um modelo circunplexo de interação da família. Esse modelo é baseado em três dimensões principais, ou seja, a coesão, adaptabilidade e comunicação. A coesão familiar é definida como uma variação entre separação e conexão dos membros da família ou o vínculo emocional que seus integrantes possuem uns com os outros, sendo compostos pelas coalizões internas entre os membros, os vínculos ou ligações, amizade, interesses em comum e recreação na família.

Para Baptista (2005) a adaptabilidade se refere à capacidade de a família ser flexível para mudanças, por meio da variação na estrutura de poder e nas regras de relacionamento em detrimento de novos obstáculos ou eventos estressantes que ocorrem no seu interior, sendo composto por assertividade, controle, disciplina, além de negociação de estilos e regras. Por último, a comunicação familiar seria composta pela empatia, escuta reflexiva, comentários com suporte e a capacidade dos membros de dividirem seus sentimentos uns

com os outros. Em contraposição, a comunicação negativa seria baseada em altos graus de criticismo, além de mensagens dúbias entre os familiares.

Um estudo realizado por Hong, Han e Liu (2000), sobre o efeito de fatores psicossociais em pacientes com hipertensão durante o tratamento hospitalar, com 124 pacientes internados onde os participantes foram divididos em grupo do tratamento eficaz (81 sujeitos, com idade média de 48,3 anos) e grupo de tratamento ineficaz (43 sujeitos, com idade média de 49,7 anos), de acordo com os resultados do tratamento farmacológico. Os instrumentos utilizados foram escala de comportamento, escala do evento de vida, escala de avaliação do suporte social e escala de ansiedade *Self Rating*. Os resultados indicaram que os sujeitos com tratamento ineficaz segundo suas percepções receberam menos suporte da família. Diante desse resultado, os autores sugeriram mais atenção aos fatores psicossociais dos pacientes nos tratamentos hospitalares.

Baptista, Baptista e Dias (2001) indicam que existem amplas evidências de que problemas relacionados à estrutura e suporte familiar estão relacionados a desordens psiquiátricas infantis. Alertam para os multifatores que afetam o transtorno depressão e ansiedade, sendo eles, biológicos, genéticos, psicológicos e sociais, que se inter-relacionam. Enfatiza que os profissionais da área de saúde devem dar mais atenção ao universo dos fatores que acompanham o transtorno. Baptista (2005), após diversas pesquisas e realizando uma revisão de literatura, concluiu que um alto nível de percepção de suporte familiar está relacionado com baixa prevalência de transtornos ansiosos e de humor, podendo influenciar positivamente nos tratamentos.

Bueno (2009), correlacionando ansiedade e percepção do suporte familiar em pessoas portadoras de hipertensão, buscou evidências de validade convergente entre as variáveis dos instrumentos, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o IDATE. O estudo

foi realizado com 70 pessoas com diagnóstico médico de hipertensão, com idades entre 27 e 65 anos. Analisando os escores do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), a média do escore total dos participantes foi de 51,74, que pode ser considerado um nível baixo de percepção do suporte familiar, de acordo com o manual, com desvio padrão de 14,54, mínimo 18 e máximo 84. A Média do fator 1 - Afetivo-Consistente foi de 22,26 com desvio padrão de 8,38, a Média do fator 2 - Adaptação Familiar foi de 17,54 com desvio padrão de 5,22, e a Média do fator 3 - Autonomia Familiar foi de 11,94, com desvio padrão de 3,03, esses dados estão na Tabela 7. Os resultados do IPSF indicaram que 38 (54,3%) dos participantes apresentaram um nível total de percepção de suporte familiar baixo, 18 (25,7%) apresentaram um nível médio-baixo, apenas 7 (10%) apresentaram um nível médio-alto e 7 (10%) apresentaram nível alto. Os resultados indicaram relação entre níveis altos de ansiedade e níveis baixos de percepção do suporte familiar.

Ross e Mirowsky (2002) assinalam que a percepção de um adequado suporte familiar está relacionada com o aumento do senso de segurança em relação à sobrevivência em indivíduos com constantes crises de saúde, podendo reforçar hábitos saudáveis. Segundo os autores, as pessoas que percebem um suporte emocional por parte da família possuem expectativa de viver mais tempo porque apresentam esperança de vida subjetiva mais elevada.

Nesse estudo que ora se apresenta buscou-se a confirmação da hipótese que quanto maior for a percepção do suporte familiar de uma pessoa menor será sua ansiedade e, quanto menor for a percepção do seu suporte familiar, maior será sua ansiedade. Foi também verificado a possível influência das variáveis idades, sexo e o estado (lugar onde os participantes da amostra vivem).

7. OBJETIVOS

7.1 Geral

Buscar evidências de validade convergente correlacionando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) na sua dimensão Ansiedade “N3” e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (EPSF).

7.2 Específicos

1. Verificar se as variáveis A-T e A-E, Neuroticismo “N3” e Percepção do Suporte familiar em universitários possuem correlações positivas.

2. Verificar se gênero e idade apresentam diferenças significativas em seus escores em relação aos instrumentos aplicados.

3. Verificar se universitários dos Estados de São Paulo e Rondônia apresentam diferenças significativas em relação a gênero e idade.

4. Verificar a A-T e A-E em universitários dos Estados de São Paulo e Rondônia.

5. Verificar se os itens do IDATE A-T e A-E se correlacionam com os itens da EFN na dimensão “N3”.

8. MÉTODO

8.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 120 universitários do curso de Psicologia com idade de 17 a 58 anos de ambos os sexos. A amostra foi composta por 24 estudantes do sexo masculino (20%) e 96 estudantes do sexo feminino (80%), sendo 50% estudantes de uma universidade do interior do estado de São Paulo e os demais 50% universitários do interior do estado de Rondônia.

8.2 Instrumentos

Nesse estudo foram utilizados o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) na sua dimensão A-T e A-E, a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) na sua dimensão Ansiedade “N3” e o Inventário de Percepção e Suporte Familiar (IPSF).

8.2.1 Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O IDATE possui duas escalas paralelas, uma para medir A-T e a outra Ansiedade-E, cada uma delas possui 20 itens impressos em um caderno separado, em que os sujeitos são instruídos a indicar como se sentem em determinado momento. (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1970; Biaggio, Natalício & Spielberger, 1977). O instrumento foi formulado em um autorrelato, tipo *Likert*, com escores para item individual variando de 1 (absolutamente

não) a 4 (muitíssimo). O escore total varia de 20 a 80 para cada escala. Exemplificação a seguir:

Exemplo 1:

IDATE-ESTADO I

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

Absolutamente não 1	Um pouco 2	Bastante 3	Muitíssimo 4
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		

Exemplo 2:

IDATE-TRAÇO II

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

Absolutamente não 1	Um pouco 2	Bastante 3	Muitíssimo 4
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		

Na aplicação do instrumento, é comunicado que as perguntas não possuem respostas certas ou erradas, e que as respostas devem estar de acordo com o que sentem. As opções apresentadas são: 4: muitíssimo; 3: bastante; 2: um pouco; 1: absolutamente não. O tempo estimado para realização é de 15 minutos para completar ambas as escalas.

Para interpretação das respostas atribui-se pontuação para cada uma das perguntas. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos onde se a resposta for 4, atribui-se valor 1; se a resposta for 3, atribui-se valor 2, se a resposta for 2 atribui-se valor 3, se a resposta for 1 atribui-se o valor 4. No IDATE-E as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18, e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. Para o IDATE-T, as perguntas negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as positivas, 1, 6, 7, 10, 16, 19.

8.2.2 Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN)

A escala é um instrumento de autorrelato com 82 itens, que pode ser utilizado tanto no âmbito clínico como também em instituições de saúde, na avaliação de grupos comunitários ou de trabalhadores, nas pesquisas, no ensino e educação e em atividades de aconselhamento. Os primeiros itens do fator Neuroticismo (N) foram elaborados a partir do estudo de levantamento dos Marcadores de Traços dos CGF no Brasil por Hutz, Nunes, Silveira, Serra, Anton e Wieczorek (1998) e seus itens foram construídos em forma de frase que descrevem atitudes, crenças e sentimentos (Hutz & Nunes, 2001).

Para Hutz e Nunes (2001), os escores superiores a 120 indicam alto nível de neuroticismo, inferiores a 80, baixo nível de neuroticismo, enquanto os escores entre 80 e 120 são esperados para a maior parte da população. A EFN desenvolvida no Brasil já demonstrou boas qualidades psicométricas (precisão e validade) com amostras de universitários (Nunes, 2000).

O instrumento é uma escala *Likert* de sete pontos (de 1, completamente inapropriado, "a afirmação não descreve nenhuma de minhas características", a 7,

perfeitamente apropriado, "a afirmação descreve-me perfeitamente bem"). Estimativas da precisão de pacientes estudados no hospital geral (Yoshida & Silva, 2007) e em universitários variaram entre 0,79 e 0,93 (Medeiros & Yoshida, 2004). Exemplificação abaixo:

Exemplo:

EFN

1. Levo muito em conta o que as pessoas dizem ao decidir o que fazer
2. Tenho dificuldade em me concentrar nas tarefas que estou fazendo
3. Tem fases em que fico dias sem dormir

GABARITO

1. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
2. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
3. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

A escala pode ser aplicada coletivamente ou individualmente e pode ser utilizado em pessoas de 16 a 50 anos com pelo menos o Ensino Médio completo e é respondido usualmente em até 30 minutos. Para a validação e normatização do instrumento diversas universidades brasileiras foram contatadas. Participaram do estudo 1.176 universitários de ambos os sexos, sendo (33,2%) do sexo masculino e, (66,8%) do sexo feminino. O número de participantes foi calculado a partir do critério "razão itens/sujeito" (Hutz & Nunes, 2001).

8.2.3 Inventário de Percepção e Suporte Familiar (IPSF)

Para a construção do instrumento foi realizada inicialmente uma pesquisa com 100 estudantes universitários de Psicologia. Para os estudantes foi perguntado de maneira aberta: “Em sua opinião o que é uma família ideal?”. Com os dados e tendo o instrumento em construção como parâmetro, realizou-se um agrupamento dos dados em dimensões preexistentes (Afiliação e Pertencimento; Afetividade Familiar; Conflito e resolução de Problemas Familiares; Papéis e Funções Familiares; Familiaridade/Funcionamento Geral; Aceitação Familiar; Apoio Familiar; Comunicação Familiar), e em seguida, transformados em perguntas (Souza & Baptista, 2007).

Baptista (2005) realizou uma pesquisa com 1.064 estudantes com idade entre 17 e 64 anos, de instituições particulares e públicas de São Paulo. As dimensões do IPSF foram analisadas para saber qual dessas análises respondia melhor ao construto em questão. Foi calculada a precisão do instrumento, fazendo uso do Alfa de *Cronbach*, observando-se que os quatro fatores já não se mostraram satisfatórios, já que 10 itens do primeiro fator (Afetividade) aglutinaram-se com seis itens da dimensão Consistência Familiar. Foi realizada uma análise com três dimensões, com cargas fatoriais acima de 0,30, *eigenvalues* acima de 1,0 para saber se essas dimensões se agrupariam novamente em uma só.

O Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) é composto por três fatores que se seguem, assim como os itens que os compõem:

Fator 1. Afetivo-Consistente: Esse fator contém 21 itens e evidencia as relações afetivas positivas intrafamiliares, desde o interesse pelo outro, até a expressão verbal e não verbal de carinho, clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a

habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. Itens: 2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 17, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 37, 41 e 42.

Fator 2. Adaptação Familiar (escala invertida): Com um total de 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas de brigas e gritos, irritação, incompreensão e, ainda, percepção de relações de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Sendo assim, os itens desse fator foram invertidos para que pudessem ser calculados com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Itens: 1, 6, 7, 8, 13, 16, 20, 21, 27, 32, 33, 36 e 39.

Fator 3. Autonomia Familiar: Composto por 8 itens, demonstra a percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família, o que denota relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família. Itens: 10, 12, 14, 18, 19, 34, 38 e 40.

Exemplificação abaixo:

Exemplo:

IPSF

Neste questionário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre a sua compreensão a respeito da percepção sobre o suporte ou assistência familiar recebido por você até o momento. É necessário, por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um X a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com sua resposta. Por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

Itens	Afirmações	Quase Nunca ou Nunca	Às vezes	Quase sempre ou Sempre
1.	Meus familiares me elogiam			
2.	Eu sinto raiva da minha família			
3.	Eu me sinto como um estranho na minha família			

Nos fatores Afetivo-consistente e Autonomia Familiar, atribuir 0 ponto para a resposta “Quase nunca ou nunca”, 1 ponto para a resposta “Às vezes” e 2 pontos para a resposta “Quase sempre ou sempre” . Como os itens do fator Adaptação Familiar estão invertidos, a pontuação para este fator também é convertida, atribuindo-se 0 ponto para a resposta “Quase sempre ou sempre”, 1 ponto para a resposta “Às vezes” e 2 pontos para a resposta “Quase nunca ou nunca”. Quanto maior o escore, melhor é a percepção do indivíduo frente ao suporte familiar recebido. O tempo estimado para realização do instrumento é de 15 minutos.

O instrumento final IPSF constou de 42 itens e três dimensões:

Fator 1. Afetivo-Consistente: contém 21 itens, evidencia as relações afetivas positivas intrafamiliares, desde o interesse pelo outro, até a expressão verbal e não verbal de carinho, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras e papéis exercidos, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas. Esse fator apresentou o valor do alfa de *Cronbach* de 0,91.

Fator 2. Adaptação Familiar: composto de 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas (brigas e gritos), irritação, incompreensão, e ainda percepção de relações de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Os itens dessa dimensão devem ser pontuados inversamente para que possam ser calculados com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,90.

Fator 3. Autonomia Familiar: representado por 8 itens, demonstra a percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família, o que denota relações de confiança,

privacidade e liberdade entre os membros da família. Para esse fator foi encontrado Alfa de *Cronbach* de 0,77.

8.2.4 Questionário de Identificação

O questionário foi elaborado e aplicado para colher dados de identificação pessoal dos participantes como nome, idade, gênero que consta em anexo.

8.3 Procedimento

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e após sua aprovação foram consultados os diretores das instituições de ensino superior em relação à possível aplicação. Após a autorização os instrumentos foram aplicados na sala de aula em data estabelecida, com aprovação do professor, observando a adequação do ambiente, assim como ausência de barulho, iluminação adequada, conhecimento de que os estudantes não haviam sido submetidos a nenhum estresse como provas ou situações que pudessem provocar ansiedade e seguindo as recomendações dos respectivos manuais dos instrumentos. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias e o preenchimento do Questionário de Identificação pessoal pelos estudantes foram sanadas as possíveis dúvidas dos participantes e realizada a aplicação dos instrumentos de maneira coletiva. O total da aplicação de 45 minutos.

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados deste estudo foram analisados por meio de um programa estatístico utilizado para estudos na área da psicologia. Primeiramente foram utilizadas técnicas descritivas para a caracterização da amostra e apresentadas estatísticas das escalas estudadas: IDATE A-T, IDATE A-E, EFN e IPSF. Posteriormente foram realizados testes paramétricos t de *Student* para amostras independentes com o objetivo de detectar se as médias de idade dos participantes dos dois estados estudados são diferentes e significativas. Para verificar se a distribuição dos gêneros da amostra é semelhante nos dois estados foi aplicado o teste de independência Qui-Quadrado.

Foram aplicados testes t de *Student* para amostras independentes entre os escores totais dos instrumentos para verificar se eles se diferenciavam significativamente entre si com relação a gênero e estado e para avaliar a consistência interna dos questionários foram extraídos os alphas de *Cronbach* de cada escala.

Ao final, foram aplicadas as correlações de *Pearson* entre os escores das escalas (com todos os participantes da amostra e também de forma separada por gênero e estado) com o objetivo de verificar a existência de relacionamento dos instrumentos. Também foram extraídas as correlações dos itens que formam a EFN na sua dimensão ansiedade com os escores totais IDATE A-E e IDATE A-T, para conhecer quais variáveis que avaliam a ansiedade se relacionam mais com as escalas A-T e A-E. O nível de significância adotado para as análises foi de (5%), ou seja, de 0,05.

9.1 Caracterizações da amostra

A caracterização da amostra foi descrita no capítulo 8.1 e está distribuída na tabela abaixo:

Tabela 1. *Distribuição dos participantes por gênero*

Sexo	Frequência	Porcentagem
Masculino	24	20,0
Feminino	96	80,0
Total	120	100,0

Tabela 2

Distribuição dos participantes por estado

Sexo	Frequência	Porcentagem
São Paulo	60	50,0
Rondônia	60	50,0
Total	120	100,0

Os participantes, em sua maioria, possuem idades entre 17 e 25 anos (63,3%). Apenas (15,9%) da amostra possuem idade igual ou superior a 38 anos. A Figura 1 apresenta os dois maiores picos nas primeiras faixas, caracterizando a predominância de jovens na amostra, o que de fato era esperado no universo em estudo. A distribuição da amostra por faixa etária e estado está apresentada dividida de 4 em 4 anos para melhor visualização da distribuição conforme a tabela 3.

Tabela 3. Distribuição das faixas etárias dos participantes por estado

Faixa Etária	Estado		Total	Porcentagem
	SP	RO		
17 a 21 anos	13	33	46	38,3
22 a 25 anos	20	10	30	25,0
26 a 29 anos	4	6	10	8,3
30 a 33 anos	7	3	10	8,3
34 a 37 anos	5	0	5	4,2
38 a 41 anos	1	5	6	5,0
42 a 45 anos	6	1	7	5,8
46 a 49 anos	2	0	2	1,7
50 a 53 anos	1	1	2	1,7
54 a 58 anos	1	1	2	1,7

A figura abaixo possibilita uma melhor visualização da distribuição da amostra.

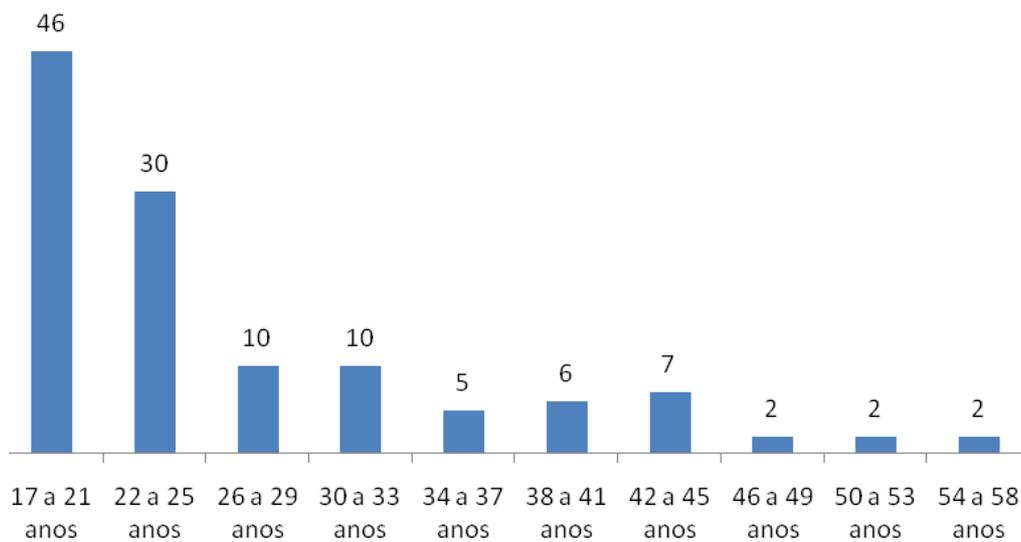


Figura 2. Distribuição dos participantes por faixas etárias de 17 a 58 anos.

A idade média da amostra foi de 26,7 anos. No grupo do sexo masculino, a média observada foi de 27,9 e no grupo do sexo feminino foi de 26,4. Considerando a amostra por

estado, o grupo de São Paulo apresenta média igual a 29,1 e a amostra de Rondônia igual a 24,3.

Em relação à faixa etária, alguns estudos como os realizados por Antunes, Tufik e Mello (2006), Gonçalves e Belo (2007), Novaes, Romano e Lage (1996) obtiveram a mesma conclusão em relação à faixa etária que foi observada nesse estudo, onde a idade dos participantes da amostra não se mostrou significativa, portanto que os escores obtidos em ansiedade não se relaciona com a faixa etária, sugerindo que a idade pode não ser uma variável relevante no que diz respeito à diferença nos escores da ansiedade.

As estatísticas das idades por gênero e por estado, estão apresentadas nas tabelas 4 e 5 respectivamente.

Tabela 4. *Média da idade dos participantes por gênero*

Sexo	Média	N	Desvio Padrão
Masculino	27,9	24	10,1
Feminino	26,4	96	9,2
Total	26,7	120	9,4

Como mostra a tabela 5, a idade média dos participantes de São Paulo é maior que a idade média dos participantes de Rondônia.

Tabela 5. *Média da idade dos participantes por estado*

Estado	Média	N	Desvio Padrão
São Paulo	29,1	60	9,5
Rondônia	24,3	60	8,7
Total	26,7	120	9,4

Para verificar se esta diferença é realmente significativa procedeu-se ao teste t de *Student*, para duas amostras independentes.

Tabela 6. *Teste t para igualdade de médias da idade dos participantes entre os estados*

Teste t para amostras independentes				
Igualdade de Variâncias		test t para Igualdade de Médias		
F	Sig.	t	gl	Sig.
1,761	0,187	2,853	118	0,005

A tabela 6 informa que, com 5% (0,05) de significância, rejeita-se a hipótese de que a idade média dos participantes dos dois estados seja igual. Assim fica demonstrado que os universitários do estado de São Paulo são significativamente mais velhos na amostra estudada.

O grupo masculino e feminino se distribui por estados e são apresentados de acordo com a tabela 7.

Tabela 7. *Distribuição dos participantes por gênero e estado*

estado	SEXO		Total
	São Paulo	Rondônia	
Masculino	14	10	24
	58,3%	41,7%	100,0%
Feminino	46	50	96
	47,9%	52,1%	100,0%
Total	60	60	120
	50,0%	50,0%	100,0%

Para analisar a existência de associação entre gênero e estado, foi realizado o teste qui-quadrado de independência. Dessa maneira, foi constatado que os gêneros dos

participantes se distribuem de forma semelhante nos dois estados (valor $p=0,494$) conforme apresentado na tabela 8:

Tabela 8. *Teste qui-quadrado de independência para o cruzamento entre gênero e estado dos participantes*

Teste qui-quadrado			
	valor	gl	sig.
Pearson Qui-Quadrado	0,833	1	0,361
Correção de continuidade	0,469	1	0,494
N	120		

De acordo com o resultado do teste qui-quadrado, a figura 3 mostra que a distribuição dos gêneros entre os estados é muito semelhante.

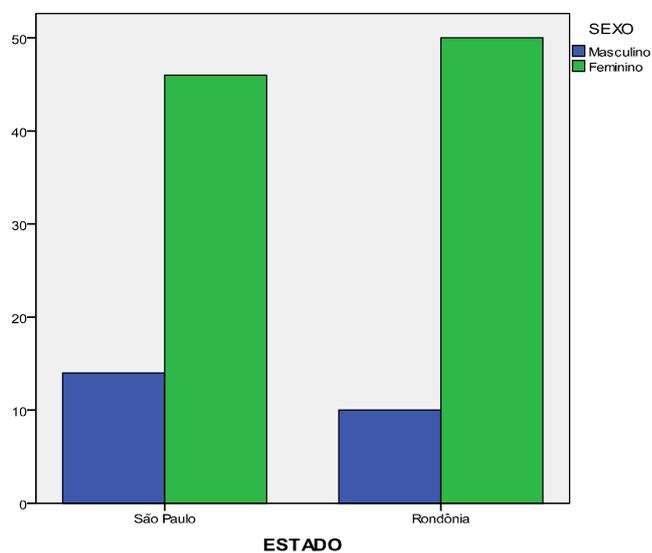


Figura 3. Participantes da amostra por gênero e estado

9.2 Médias dos instrumentos

Para a EFN, a pontuação mínima observada foi de 27 pontos, a máxima de 157 pontos e a média igual a 68,2. Esta escala é formada por 25 questões, com alternativas de 1 a 7, o que possibilita uma variação de pontuação entre 25 a 175.

Para a IPSF, a pontuação mínima observada foi de 11 pontos, a máxima de 84 pontos e a média igual a 60,8.

Nas escalas IDATE A-E e IDATE A-T, formadas por 20 questões cada uma delas, com alternativas de 1 a 4, a variação de pontuação possível está entre 20 e 80 pontos.

No IDATE-E, a pontuação mínima observada foi de 24 pontos, a máxima de 77 pontos e a média igual a 45,6.

No IDATE-T, a pontuação mínima observada foi de 21 pontos, a máxima de 76 pontos e a média igual a 46,0.

Esses resultados estão dentro do esperado, levando-se em consideração as informações dos respectivos manuais existentes dos instrumentos, portanto indicando que se trata de uma população dentro dos critérios esperados dos manuais dos instrumentos.

A tabela 9 apresenta as médias dos escores dos participantes por instrumentos deste estudo:

Tabela 9. *Médias dos escores dos participantes por Instrumento*

Escore do Instrumento	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
IDATE-E	120	24	77	45,6	8,1
IDATE-T	120	21	76	46,0	8,5
IDATE-E	120	24	77	45,6	8,1
IDATE-T	120	21	76	46,0	8,5

Para a EFN, a pontuação média observada entre os homens é igual a 60,5 enquanto que para as mulheres é igual a 70,5.

Para a IPSF, a pontuação média observada entre os homens é igual a 61,7 enquanto que para as mulheres é igual a 60,6.

No IDATE-E, a pontuação média observada entre os homens é igual a 42,6 enquanto que para as mulheres é igual a 46,4.

Já para o IDADE-T, a pontuação média observada entre os homens é igual a 42,4 enquanto que para as mulheres é igual a 47,0.

A escala que aparentemente apresentou maior diferença no escores entre os gêneros foi a EFN. Em praticamente todas as escalas as mulheres obtiveram escore médio maior que os homens, com exceção da IPSF, onde as médias entre os gêneros foram muito semelhantes. Esses resultados sugerem a possibilidade de mulheres possuírem maiores escores de A-T. É importante ressaltar que a amostra nesse estudo foi composta de 80% de mulheres e 20% de homens.

Pesquisas foram realizadas em relação a gênero e ansiedade como a de Andrade, e colaboradores (2001) com uma amostra de 845 mulheres e 235 homens em que obtiveram um maior número de ansiedade em mulheres do que em relação aos homens. Gama e colaboradores (2008) estudaram a ansiedade em universitários da cidade de Aracajú em uma amostra de 498 estudantes, em que (53,6%) eram mulheres, obtendo níveis mais altos de ansiedade em mulheres, sendo que a quantidade da amostra em relação a homens e mulheres era quase que proporcional. Brandtner e Bardagi (2009) com uma amostra de 66 mulheres e 58 homens encontraram resultados que apontam que as mulheres apresentam níveis significativamente mais altos do que os homens em ansiedade. Soares e Martins (2010) realizaram um estudo de ansiedade com estudantes diante do vestibular e foi

observada uma diferença significativa quanto aos gêneros, sendo encontrado um maior nível de A-E nas mulheres comparativamente aos homens. O mesmo resultado foi encontrado com relação a A-T, em que as mulheres obtiveram maiores escores de ansiedade do que os homens. Gonçalves e Belo (2007) estudaram uma amostra na sua grande maioria composta por homens (no estudo realizado os autores não especificaram a quantidade da amostra), os resultados indicaram que houve uma diferença significativa da A-T nas mulheres indicando que elas apresentaram maior ansiedade do que os escores dos homens. Esses estudos vêm corroborar com os resultados obtidos nesse estudo.

Como mostra a tabela 10, a pontuação média dos participantes do gênero feminino é maior para os escores EFN, IDATE-E e IDATE-T do que os participantes do gênero masculino, enquanto no escore IPSF os participantes do gênero masculino apresentaram média levemente superior a do que os do gênero feminino.

No presente estudo a escala que aparentemente apresentou maior diferença nos escores entre os gêneros foi a EFN. É importante ressaltar que em praticamente todos os resultados das escalas as mulheres obtiveram escores médio maior que os homens, com exceção da IPSF, em que as médias entre os gêneros foram muito semelhantes.

Tabela 10. *Média dos Instrumentos por gênero*

	SEXO	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
EFN	Masculino	24	60,5	28,6	5,8
	Feminino	96	70,1	23,5	2,4
IDATE-E	Masculino	24	42,6	8,2	1,7
	Feminino	96	46,4	7,9	0,8
IDATE-T	Masculino	24	42,4	10,7	2,2
	Feminino	96	47,0	7,6	0,8
IPSF	Masculino	24	61,7	11,6	2,4
	Feminino	96	60,6	14,5	1,5

Para verificar se estas diferenças são realmente significativas, procedeu-se ao teste *t-Student*, para duas amostras independentes.

Ao nível de significância de 0,05, apenas IDATE-E apresentou escore total significativamente maior no sexo feminino, como podemos observar na Tabela 11. Demais instrumentos não apresentaram escores significativamente diferentes entre os gêneros.

Para a EFN, a pontuação média observada entre os participantes de São Paulo é igual a 63,1 enquanto que para os participantes de Rondônia é igual a 73,2. Em relação ao IPSF, a pontuação média observada entre os participantes de São Paulo é igual a 57,9 enquanto que para os participantes de Rondônia é igual a 63,9. No IDATE-E, a pontuação média observada entre os participantes de São Paulo é igual a 45,0 enquanto que para os participantes de Rondônia é igual a 46,2. Já para o IDADE-T, a pontuação média observada entre os participantes de São Paulo é igual a 44,5 enquanto que para os participantes de Rondônia é igual a 47,6.

Tabela 11. *Teste t para igualdade de médias dos escores dos participantes entre os gêneros*

Teste t para amostras independentes					
Variável	Igualdade de Variâncias		test t para Igualdade de Médias		
	F	Sig.	t	gl	Sig.
EFN	2,466	0,119	-1,697	118	0,092
IDATE-E	0,313	0,577	-2,079	118	0,040
IDATE-T	6,939	0,100	-1,979	29,1	0,057
IPSF	0,634	0,427	-1,320	118	0,750

A tabela 12 apresenta as médias dos escores dos instrumentos deste estudo relacionadas ao estado dos participantes. A pontuação média dos participantes do estado de Rondônia é maior em todos os escores dos instrumentos em estudo do que os participantes do estado de São Paulo.

Tabela 12. *Médias dos Instrumentos por estado*

	Estado	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
EFN	São Paulo	60	63,1	23,2	3,0
	Rondônia	60	73,2	25,4	3,3
IDATE-E	São Paulo	60	45,0	10,9	1,4
	Rondônia	60	46,2	3,6	0,5
IDATE-T	São Paulo	60	44,5	11,1	1,4
	Rondônia	60	47,6	3,9	0,5
IPSF	São Paulo	60	57,9	16,3	2,1
	Rondônia	60	63,9	10,4	1,3

Para verificar se esta diferença é realmente significativa, procedeu-se ao teste t-*Student*, para duas amostras independentes apresentado na Tabela 13.

Os Instrumentos EFN, IDATE-T E IPSF apresentaram escore total significativamente diferente entre os estados, isto é, maior no estado de Rondônia. O IDATE-E não apresentou escores significativamente diferentes entre os estados.

Foram observados maiores escores nos instrumentos aplicados no estado de Rondônia, que possui média etária significativamente menor do que o estado de São Paulo, em relação à amostra total deste estudo.

Foi verificado que a pontuação média dos participantes do estado de Rondônia foi maior no IDATE e na EFN do que os participantes de São Paulo. O IDATE-E não apresentou escores significativamente diferentes entre os estados. Gama e colaboradores. (2008) compararam os estudantes universitários da cidade de Aracajú com os resultados dos estudantes de São Paulo. Os autores concluíram que a ansiedade foi maior no estado de São Paulo do que no estado de Sergipe.

Tabela 13. *Teste t para igualdade de médias dos escores dos participantes entre os estados*

Variável	Teste t para amostras independentes				
	Igualdade de Variâncias		test t para Igualdade de Médias		
	F	Sig.	t	gl	Sig.
EFN	0,003	0,958	-2,268	118	0,025
IDATE-E	42,658	0,000	-0,810	71,9	0,420
IDATE-T	46,931	0,000	-2,044	73,4	0,045
IPSF	7,716	0,009	-2,406	100,2	0,018

Para verificar se existe alguma associação entre os escores das escalas e a idade dos participantes, a tabela 14 traz as correlações entre estas variáveis. A variável idade dos pacientes não se correlacionou com nenhuma escala. Isto indica que não há uma relação entre o escore obtido e a idade do estudante, nesta amostra.

Tabela 14. *Correlações de Pearson entre as escalas e a idade dos participantes*

		EFN	IDATE-E	IDATE-T	IPSF
Idade	Correlação de Pearson	0	-0,048	0,082	-0,024
	Sig. (bilateral)	0,505	0,600	0,373	0,796
	N	120	120	120	120

9.3 Correlações entre os instrumentos

Para verificar se os Instrumentos correlacionam entre si, realizaram-se as correlações de *Pearson* bivariadas. Inicialmente com toda a amostra. Os resultados estão apresentados na tabela 15.

A escala EFN se mostrou significativamente correlacionada com todas as demais escalas. Com a IDATE-E, a correlação foi positiva fraca ($r=0,250$; $p=0,006$), ou seja, escores altos observados na EFN tendem a ser acompanhados por escores altos na IDATE-E. Com a IDATE-T, a correlação foi significativa moderada positiva ($r=0,388$; $p=0,000$), ou seja, escores altos observados na EFN tendem a ser acompanhados por escores altos na IDATE-T, de forma mais forte do que a relação entre EFN e IDATE-E. Já com a IPSF, a correlação foi negativa moderada ($r=-0,370$; $p=0,000$), ou seja, escores altos observados na EFN tendem a ser acompanhados por escores baixos na IPSF. A escala IDATE-E, além da correlação com a EFN, apresentou correlação significativa (a maior observada) com a escala IDATE-T ($r=0,574$; $p=0,001$). Com a IPSF a correlação não foi significativa.

Por fim, a IPSF correlacionou-se negativamente com as demais ($r=-0,370$; $p=0,001$ com EFN ($r=-0,262$; $p=0,004$) com IDATE-T. Com a escala IDATE-E essa correlação negativa não foi significativa.

Com relação às propriedades psicométricas do IDATE-T, Andreatini e Leite (1994) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a validade concorrente de uma versão do IDATE-T, com período e tempo definido de sete dias. Os resultados apontaram que o IDATE-T é uma escala de avaliação útil para monitorização da ansiedade referente a estudos farmacoclinicos. Schmitz (1982) estudou a ansiedade numa amostra de mães EAMCH sendo que os resultados obtidos demonstraram um coeficiente de alfa de

Crombach satisfatório, a maioria dos itens obteve coeficientes de correlação item-total satisfatória e a correlação obtida entre os escores da EAMCH e IDATE-T e IDATE-E foi considerada moderada dentro dos critérios estatísticos. Pascoali, Pinelli e Solha (1994) realizaram um estudo com a intenção de normatização e validação do instrumento IDATE. Investigaram o fortalecimento dos parâmetros psicométricos da escala A-T, os resultados obtidos puderam apresentar normas para esses dois fatores bem como para as escalas totais (alfa de *Crombach*=0,79) e distintas para ambos os sexos, masculino e feminino. Victoria e Soares (2008) estudaram a correlação entre medidas explícitas atendendo as pontuações encontradas em pesquisas brasileiras anteriores com a correlação entre IDATE A-T e BAI. Fioravanti e colaboradores (2006) pesquisaram as propriedades psicométricas do IDATE com o objetivo de distinguir construtos de ansiedade, tendo como objetivo reavaliar a estrutura fatorial do inventário a partir de três amostras brasileiras, os resultados indicaram a existência de estruturas fatoriais distintas do A-T em função da amostra estudada. Kaipper (2008) refinou o instrumento para análise de *Rash* obtendo um desempenho adequado do IDATE. Estes estudos psicométricos corroboram para demonstrar confiabilidade psicométrica ao IDATE e também sua funcionabilidade como um instrumento de avaliação da ansiedade (Grinberg & cols. 1985; Andreatini & Leite, 1994; Campos & Nascimento, 1990; Vaz, 1990, Paula, 1998, Campos & Nascimento, 1990).

Dessa maneira o IDATE tem se mostrado uma escala útil para monitorização da ansiedade (vide estudos encontrados nas tabelas no anexo 2).

Tabela 15. *Correlações de Pearson entre os Instrumentos com todos os participantes da amostra*

		EFN	IDATE-E	IDATE-T	IPSF
EFN	Correlação de Pearson	1	0,250**	0,388**	-0,370**
	Sig. (bilateral)		0,006	0,000	0,000
	N	120	120	120	120
IDATE-E	Correlação de Pearson	0,250**	1	0,574**	-0,063
	Sig. (bilateral)	0,006		0,000	0,496
	N	120	120	120	120
IDATE-T	Correlação de Pearson	0,388**	0,574**	1	-0,262**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000		0,004
	N	120	120	120	120
IPSF	Correlação de Pearson	-0,370**	-0,063	-0,262**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,496	0,004	
	N	120	120	120	120

*. Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

Analisando a consistência interna das escalas, todas apresentaram Alpha de *Cronbach* acima de 0,7, indicando confiabilidade dos instrumentos como apresentado na tabela 16.

Considerando a relação entre os construtos ansiedade e Percepção do suporte familiar referente a um dos objetivos específicos deste estudo de fazer uma análise correlacional entre indicadores de ansiedade (resultados IDATE e EFN) e o nível de percepção do suporte familiar (resultados do IPSF), as pontuações dos instrumentos que avaliam a ansiedade indicam que quanto maior o escore, maior é o nível de ansiedade e a pontuação do IPSF indica que quanto maior o escore melhor é a percepção do suporte familiar. No presente estudo as correlações encontradas foram negativas (evidências de validade divergentes), como era esperado, pois valores altos de ansiedade estão associados

com valores baixos de percepção do suporte familiar (Ackerman, 1986; Baptista, 2005; Campos, 2004; Hong, Han & Liu, 2000).

O estudo de Baptista, Baptista e Torres (2006) pesquisando gestantes obteve uma correlação positiva entre a escala de depressão, A-T e A-E do IDATE, além de correlações negativas entre as escalas de depressão e suporte social. Bueno (2009) correlacionou indicadores de ansiedade e de percepção do suporte familiar em pessoas portadoras de hipertensão buscando evidência de validade convergente entre variáveis do Inventário de ansiedade de Beck e IDATE e, os resultados indicaram níveis altos de ansiedade e níveis baixos de percepção de suporte familiar, as correlações encontradas entre os indicadores de ansiedade (BAI e IDATE) e IPSF foram negativas e significativas, indo ao encontro desse estudo que ora se apresenta com a EFN e IDATE negativas e significativas.

Tabela 16. Alpha de *Cronbach dos Instrumentos*

Escore dos Instrumentos	Itens	Alpha de <i>Cronbach</i>
EFN	25	0,902
IPSF	42	0,936
IDATE-E	20	0,797
IDATE-T	20	0,793

Na tabela abaixo a correlação foi novamente realizada, agora de forma separada por gênero, para verificar se os resultados anteriores se repetiram novamente neste momento. Os resultados para o sexo masculino que representa 20% da amostra são apresentados na tabela 17.

Comparando apenas os homens da amostra e seus escores nas escalas, foi observada somente uma correlação significativa forte entre as escalas IDATE-E e IDATE-T ($r=0,715$, com $p=0,000$). Em outras palavras, os escores altos observados no IDATE-E

foram no geral, acompanhado de escores altos no IDATE-T. Nota-se uma correlação quase significativa entre EFN e IPSF (com $p=0,051$). De acordo com os resultados vistos com todos os participantes da amostra, a correlação entre IPSF e as demais escalas foi negativa, mas aqui nenhuma delas foi significativa. Talvez em função da amostra reduzida, onde temos apenas 24 universitários masculinos.

Tabela 17. *Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes masculinos*

		EFN	IDATE-E	IDATE-T	IPSF
EFN	Correlação de Pearson	1	0,226	0,353	-0,402
	Sig. (bilateral)		0,288	0,091	0,051
	N	24	24	24	24
IDATE-E	Correlação de Pearson	0,226	1	0,715**	-0,161
	Sig. (bilateral)	0,288		0,000	0,453
	N	24	24	24	24
IDATE-T	Correlação de Pearson	0,353	0,715**	1	-0,098
	Sig. (bilateral)	0,091	0,000		0,648
	N	24	24	24	24
IPSF	Correlação de Pearson	-0,402	-0,161	-0,098	1
	Sig. (bilateral)	0,051	0,453	0,648	
	N	24	24	24	24

*. Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

O sexo feminino representou 80% da amostra e os resultados podem ser visualizados na tabela 18. Observando os resultados das participantes da amostra, apenas a correlação entre IDATE-E e IPSF não foi significativa. Aqui também se nota que todas as correlações da variável IPSF foram negativas.

A escala EFN se correlacionou significativamente com todas as demais escalas. Com a IDATE-E, a correlação foi positiva fraca ($r=0,229$; $p=0,025$), ou seja, escores altos

observados na EFN tendem a ser acompanhados por escores altos na IDATE-E. Com a IDATE-T, a correlação foi positiva moderada ($r=0,374$; $p=0,000$), ou seja, escores altos observados na EFN tendem a ser acompanhados por escores altos na IDATE-T. Já com a IPSF, a correlação foi negativa moderada ($r=-0,368$; $p=0,000$), ou seja, escores altos observados na EFN tendem a ser acompanhados por escores baixos na IPSF.

A escala IDATE-E, além da correlação com a EFN, apresentou correlação significativa com a escala IDATE-T ($r=0,508$; $p=0,000$). Com a IPSF a correlação não foi significativa.

Por fim, a IPSF se correlacionou negativamente com as escalas (com EFN $r=-0,368$; $p=0,000$ e com IDATE-T $r=-0,316$; $p=0,002$). Com a escala IDATE-E essa correlação negativa não foi significativa.

Os resultados do sexo feminino foram muito semelhantes aos resultados com todos os participantes. Esse resultado era esperado, devido à grande representatividade do sexo feminino na amostra. Para finalizar, esses dados foram examinados com a classificação por estado. Como os dois estados têm a mesma representatividade na amostra as comparações entre eles foram significativas.

Tabela 18. *Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes femininos*

		EFN	IDATE-E	IDATE-T	IPSF
EFN	Correlação de Pearson	1	0,229*	0,374**	-0,368**
	Sig. (bilateral)		0,025	0,000	0,000
	N	96	96	96	96
IDATE-E	Correlação de Pearson	0,229*	1	0,508**	-0,038
	Sig. (bilateral)	0,025		0,000	0,713
	N	96	96	96	96
IDATE-T	Correlação de Pearson	0,374**	0,508**	1	-0,316**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000		0,002
	N	96	96	96	96
IPSF	Correlação de Pearson	-0,368**	-0,038	-0,316**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,713	0,002	
	N	96	96	96	96

*. Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

**. Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

As correções das escalas para os participantes de São Paulo tiveram os resultados semelhantes aos da amostra geral, porém, todas as correlações que foram significativas foram moderadas, não havendo, portanto, uma correlação fraca. Conforme os resultados obtidos anteriormente, o IPSF correlacionou-se negativamente com os demais, e aqui essa correlação não foi significativa com o IDATE-E.

Tabela 19. *Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes de São Paulo*

		EFN	IDATE-E	IDATE-T	IPSF
EFN	Correlação de Pearson	1	0,308*	0,589**	-0,524**
	Sig. (bilateral)		0,017	0,000	0,000
	N	60	60	60	60
IDATE-E	Correlação de Pearson	0,308*	1	0,598**	-0,080
	Sig. (bilateral)	0,017		0,000	0,544
	N	60	60	60	60
IDATE-T	Correlação de Pearson	0,589**	0,598**	1	-0,372**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000		0,003
	N	60	60	60	60
IPSF	Correlação de Pearson	-0,524**	-0,080	-0,372**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,544	0,003	
	N	60	60	60	60

*. Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

**. Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

Os resultados dos universitários de Rondônia estão apresentados na tabela 20. Para a amostra do estado de Rondônia os resultados foram um pouco diferentes. Poucas correlações foram significativas. Apenas entre EFN e IPSF (que também foi negativa e moderada, com $r=-0,340$ e $p=0,008$) e entre IDATE-E e IDATE-T (positiva moderada, com $r=0,348$ e $p=0,006$) apresentaram significância.

Nesse estudo como os dois estados tem a mesma representatividade na amostra, as comparações entre eles para o estado de São Paulo foram significativas, portanto não havendo com isso uma correlação fraca. Já em relação à amostra do estado de Rondônia poucas correlações foram significativas

Tabela 20. *Correlações de Pearson entre os Instrumentos com os participantes do estado de Rondônia.*

		EFN	IDATE-E	IDATE-T	IPSF
EFN	Correlação de Pearson	1	0,186	-0,044	-0,340**
	Sig. (bilateral)		0,155	0,741	0,008
	N	60	60	60	60
IDATE-E	Correlação de Pearson	0,186	1	0,348**	-0,100
	Sig. (bilateral)	0,155		0,006	0,445
	N	60	60	60	60
IDATE-T	Correlação de Pearson	-0,044	0,348**	1	-0,106
	Sig. (bilateral)	0,741	0,006		0,420
	N	60	60	60	60
IPSF	Correlação de Pearson	-0,340**	-0,100	-0,106	1
	Sig. (bilateral)	0,008	0,445	0,420	
	N	60	60	60	60

** Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

Nesse estudo o IDATE-T foi o que apresentou maior número de itens correlacionados com a EFN (68%), comparado com o IDATE-E (28%). Tais resultados demonstram que os itens dos instrumentos (IDATE, EFN) possuem uma correlação significativa e moderada positiva, indicando evidência de validade de construtos semelhantes. Seguiu-se o critério em que a correlação foi significativa, pois o valor-p foi menor que 0,001. Positiva, pois ficou > 0 e, moderada porque está entre os coeficientes de correlação 0,3 e 0,7.

É possível que a magnitude da correlação entre IDATE e EFN seja devido aos instrumentos possuírem construtos semelhantes favorecendo uma maior correlação. O fator “N3” da EFN abrange a ansiedade e, segundo diversos autores, quando o construto é classificado como um transtorno mental é considerado neuroticismo (Pervin & John, 2004; Pasquali, 1998; Lazarus & Folkman, 1984; Oliveira, 2002; Hutz & Nunes, 2001).

Para Nunes e colaboradores (2007) a ansiedade é um sintoma neurótico que pode causar sérias dificuldades para quem a tem, necessitando de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Dentro dessa perspectiva se justifica a escolha do construto neuroticismo para a correlação com a ansiedade.

9.4 Relacionamentos do IDATE com os itens da EFN (N3)

Tabela 21. *Correlações de Pearson entre os itens do IDATE com os itens da EFN (N3).*

Item		IDATE E	IDATE T	Item		IDATE E	IDATE T
EFN2	r	0,048	0,085	EFN40	r	0,280**	0,416**
	p	0,601	0,354		p	0,002	0,000
EFN5	r	0,045	0,367**	EFN44	r	-0,091	-0,048
	p	0,626	0,000		p	0,325	0,602
EFN8	r	0,042	0,186*	EFN51	r	0,177	0,212*
	p	0,650	0,042		p	0,053	0,020
EFN10	r	0,143	0,239**	EFN54	r	0,145	0,162
	p	0,118	0,008		p	0,113	0,076
EFN13	r	0,264**	0,324**	EFN57	r	0,019	0,007
	p	0,004	0,000		p	0,835	0,937
EFN16	r	0,128	0,129	EFN61	r	0,261**	0,462**
	p	0,165	0,160		p	0,004	0,000
EFN18	r	0,206*	0,176	EFN63	r	0,119	0,249**
	p	0,024	0,055		p	0,194	0,006
EFN23	r	0,127	0,046	EFN65	r	0,357**	0,290**
	p	0,168	0,619		p	0,000	0,001
EFN27	r	0,137	0,233**	EFN67	r	0,237**	0,306**
	p	0,136	0,010		p	0,009	0,001
EFN29	r	0,127	0,196*	EFN69	r	0,154	0,247**
	p	0,168	0,032		p	0,094	0,007
EFN33	r	0,074	0,292**	EFN71	r	0,122	0,205*
	p	0,423	0,001		p	0,184	0,025
EFN36	r	0,178	0,334**	EFN78	r	-0,11	-0,224*
	p	0,052	0,000		p	0,230	0,014
				EFN81	r	0,236**	0,396**
					p	0,009	0,000

*. Correlação significativa ao nível de 0,05 (bilateral).

**. Correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

Na tentativa de saber se o IDATE possui evidência de validade, foram analisadas as correlações de todos os 25 itens do EFN (N3) com as escalas IDATE-E e IDATE-T. Para facilitar a compreensão dos resultados optou-se em diminuir o tamanho da Tabela 21, foram utilizadas as seguintes abreviações: r =correlação de *Pearson*; p = significância bilateral. O tamanho amostral foi de 120 casos para todas as questões.

De acordo com os resultados da Tabela 21, os itens com correlação significativa com o IDATE-E são: EFN13 ($r=0,264$, $p=0,004$); EFN18 ($r=0,206$, $p=0,024$); EFN40 ($r=0,280$, $p=0,002$); EFN61 ($r=0,261$, $p=0,004$); EFN65 ($r=0,357$, $p=0,000$); EFN67 ($r=0,237$, $p=0,009$) e EFN81 ($r=0,236$, $p=0,009$). A única correlação moderada com o IDATE-E é o item EFN65, as demais são correlações fracas.

$p=0,000$); EFN10 ($r=0,239$, $p=0,008$); EFN13 ($r=0,324$, $p=0,000$); EFN27 ($r=0,233$, $p=0,010$); EFN29 ($r=0,196$, $p=0,032$); EFN33 ($r=0,292$, $p=0,001$); EFN36 ($r=0,334$, $p=0,000$); EFN40 ($r=0,416$, $p=0,000$); EFN51 ($r=0,212$, $p=0,010$); EFN61 ($r=0,462$, $p=0,000$); EFN63 ($r=0,249$, $p=0,006$); EFN65 ($r=0,306$, $p=0,001$), EFN67 ($r=0,306$, $p=0,001$); EFN69 ($r=0,247$, $p=0,007$); EFN71 ($r=0,205$, $p=0,025$), EFN78 ($r=-0,224$, $p=0,014$) e EFN81 ($r=0,396$, $p=0,000$). A única correlação negativa significativa foi com a questão EFN78= “Há ocasiões em que eu acho que posso fazer qualquer coisa que desejar”.

O IDATE-T apresentou um maior número de itens correlacionadas com a EFN (17 dos 25 itens, (68%)), comparando com a IDATE-E, na qual 7 dos 25 itens obtiveram correlação significativa (28%). Isso está de acordo com o observado na tabela 15, que mostrou a escala IDATE-T com a maior correlação com a EFN ($r=0,388$, $p=0,01$). Todas as correlações foram fracas ou moderadas.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi realizada dentro da perspectiva da avaliação psicológica no contexto da saúde, buscando evidência de validade para o com o objetivo de avaliar a ansiedade e colaborar com o instrumento de avaliação escolhido, o IDATE, nas suas possibilidades A-T e A-E. Para isso foram utilizados outros instrumentos, a EFN na sua dimensão N3 que avalia a ansiedade e o IPSF, que, por seu lado como mencionado em passagem anterior avalia o construto percepção do suporte familiar. O objetivo geral da pesquisa foi buscar evidências de validade correlacionando o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), a Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) em que foram encontradas correlações moderadas positivas. Com o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) o objetivo foi alcançado, demonstrando por meio dos resultados que quanto maior a percepção de suporte familiar, menor são os escores de ansiedade encontrados. De maneira geral, os resultados psicométricos encontrados para o IDATE foram satisfatórios, a associação das variáveis mostrou-se coerentes com padrões de correlações esperadas. A busca de validade pelo estudo correlacional se mostrou válida indicando que a correlação entre os instrumentos foi relevante.

Os demais objetivos desse estudo também foram alcançados como os de verificar se gênero e idade apresentavam diferenças significativas em seus escores em relação aos instrumentos. Os resultados demonstraram maior ansiedade no sexo feminino em relação ao sexo masculino, corroborando com estudos anteriores. Quanto à faixa etária os resultados dos instrumentos estão de acordo com alguns dos estudos encontrados em que a idade não se apresentou relevante frente aos resultados obtidos nos escores de ansiedade.

Em relação ao objetivo específico de verificar a relação entre os estados de São Paulo e Rondônia, houve diferenças significativas em relação ao gênero e idade, os

estudantes do interior de Rondônia apresentaram maiores escores de ansiedade do que os do interior de São Paulo. Outro objetivo específico, o de verificar a A-T e A-E em universitários dos Estados de São Paulo e Rondônia, os resultados apresentados indicaram maiores A-T e A-E na amostra do interior do estado de Rondônia no sexo feminino, do que nos participantes do interior do estado de São Paulo. Resultado que vem corroborar com estudos citados anteriormente.

Outro objetivo específico foi verificar se os itens do IDATE A-T e A-E se correlacionavam com os itens da EFN na dimensão “N3”, os resultados apontaram para uma correlação positiva indicando que ambos os instrumentos avaliam construtos semelhantes. Uma exploração mais detalhada dos itens do IDATE poderá ajudar a compreensão de seu alcance e suas limitações, principalmente considerando que o instrumento está dividido em duas escalas A-E e A-T, pretendendo, assim avaliar duas modalidades de ansiedade, a A-T de personalidade e a A-E situacional.

Uma sugestão de continuidade da pesquisa seria aumentar a mostra de ambos os estados e realizar outros estudos psicométricos, contribuição e complementação que poderá trazer maiores esclarecimentos em relação ao IDATE por se tratar de regiões com características diferenciadas. Também equiparar a amostra em relação ao gênero para se averiguar se de fato a prevalência de ansiedade em mulheres é mantida. Incluir dentro da amostra uma quantidade de pessoas portadoras de transtorno de ansiedade para uma comparação com pessoas que não possuem o transtorno.

Considerando que o IDATE consta na lista do SATEPSI como um instrumento desfavorável, isto é, demonstrando que o referido ainda carece de estudos de validade e de precisão. Esta pesquisa é uma contribuição para que o IDATE, como instrumento de avaliação da ansiedade continue possibilitando sua aplicação em estudos clínicos e não

clínicos como um instrumento confiável para avaliar a ansiedade na sua modalidade A-T e A-E nas diversas áreas do conhecimento; se mostrando útil e eficaz na avaliação da ansiedade. Nesse sentido espera-se que esta pesquisa dentro da psicologia da saúde com estudo de validade convergente em avaliação psicológica tenha contribuindo com o embasamento científico necessário nesta área da Psicologia.

11. REFERÊNCIAS

Albuquerque, M. & Campos, C. J. R. (1993). Epilepsy and anxiety. *Arq. De Neuro-Psiquiatria*, 51(3) 313-318.

Alchieri J. C., & Bandeira D. R. (2002). *Ensino da Avaliação Psicológica no Brasil. Temas em Avaliação Psicológica*. Campinas: Impressão Digital do Brasil Gráfica e Editora Ltda, 11-22.

Alchieri J. C. & Cruz, R. M. (2003). *Avaliação Psicológica: Conceito, Métodos e Instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Almondes K. M. & Araujo J. F. (2003). Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia* (Natal), 8(1).

Alves M. L. M., Pimentel A. J., Guaratini, A. A., Marcolino J. A. M., Gozzani J. L. & Mathias L. A. S. T. (2007). Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2).

Amaro T. A. C., Yazigi L. & Erwenne C. (2006). Aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes com melanoma ulveal durante o processo de tratamento por remoção do bulbo ocular. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*, 69(6).

American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: AERA.

American Psychiatric Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR*. (pp. 155 1-34) 4 ed., Porto Alegre: Artmed.

Anastasi A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Andrade L., Vieira, A. H., Tung, T. C., Gorenstein, C. & Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 34(3), 367-374.

Andrade, L., & Gorenstein C. (2001). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.

Andreatini R. & Leite J. R. (1994). IDATE adaptação para avaliação da ansiedade durante sete dias. *J. Bras. Psiquiatr.*, 43(5), 259-265.

Antunes H. K. M., Andersen M. L., Tufik S. & De Mello M. (2006). O estresse físico e a dependência de exercício físico. *Interação psicol*, 8(1), 81-87.

Antunes H. K. M., Rico & Gouveia Jr. (2004). Variações de ansiedade relatada em função do ciclo menstrual e do uso de pílulas anticoncepcionais. *Revista Brasileira Med. Esporte*, 12(5).

Araujo D. M. R., Pacheco A. H. R. N., Pimenta A. M. & Kac J. (2008). Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira Saúde Mater. Infant.* 8(3).

Azevedo F. B. (2006). *Fatores psicossociais em pacientes ambulatoriais, internados e controle: associação com doenças crônicas sintomas clínicos*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ballas Y. G., Alves I. C. B. & Duarte W. F. (2006). Ansiedade em adolescentes portadores de diabetes mellitus. *Bol. Psicol*, 55(124).

Bandeira M., Quaglia M. A. C., Bachetti L. S., Ferreira T. L. & Souza G. G. (2005) Comportamento assertivo e sua relação com a ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2).

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21, 52-61.

Baptista, M. N. & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (3), 58-67.

Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10, 11-19.

Baptista M. N., Baptista A. S. D. e Torres E. C. R. (2006) Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC. Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.

Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Silva, J. A. C. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 50-7.

Baptista, M. N. (2007). Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.

Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) – Manual Técnico*. São Paulo: Vetor editora.

- Baptista, M. N., Noronha, A. P. P. & Cardoso, H. F. (2010). Relação entre Suporte Familiar e Interesses Profissionais. *Revista Saúde & Sociedad, 1*, 28-40.
- Barker, B. M., Barker, H. R. Jr. & Wadsworth A. P. (1977). Factor analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Journal of Clinical Psychology 32*, 450-455.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychological Inquiry, 2*, 58-71.
- Benevides-Pereira A. M. & Gonçalves M. B. (2009). Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal. *Revista Bras. De Ed. Médica, 33*(1).
- Biaggio, A., Natalicio, L. F. & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do IDATE. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada 29*, 33-44.
- Biaggio A. (1979). Maternal and peer correlates of moral judgment. *Journal of Genetic Psychology, 135*, 203-208.
- Biaggio, A. (1989). Relações entre maturidade de julgamento moral ansiedade traço-estado. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 41*, 9-22.
- Biaggio A. M. B. (1998) Ansiedade, raiva e depressão na concepção de C. Spielberger. *Rev. psiquiatr. clín.* (São Paulo), 25(6), 291-93.
- Biaggio, A. M. B. (2003). *Manual do Inventário de Expressão da Ansiedade como Estado e Traço (STAXI)*. São Paulo: Vetor.
- Biblioteca Virtual de Saúde/Psicologia (BVSpsy) <http://www.bvs-psi.org.br/php/index.php>
- Boizonave, L. F. & Barros, T. M. (2003) Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados. *Alethéia, 17*(18), 135-143.
- Bonica J. J. & Loeser J. D. (2001). History of Pain Concepts and Therapies. ed. *Acta Anaesthesiol. Scand, 41*, 1-3.
- Borge, N. B. & Angelotti, G. S. (2002). Ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes classificados como portando fatores psicológicos que afetam as condições médicas. *Estudos de Psicologia, 19* (3)15–22.
- Borine B. (2009). *Escala de depressão (EDEP) e bateria fatorial de personalidade: evidência de validade*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Brandtner M. e Bardagi M. (2009). Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes. *Ver. Interinstitucional de Psicologia 2* (2)81-91. Bueno M. (2009). *Avaliação da ansiedade e Percepção do suporte familiar em hipertensos*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.

Campos L. H. & Nascimento G. S. (1990). Traços psicológicos dos pacientes submetidos à angioplastia transluminal coronária. *Ver. Bras. de Cirurg. Cardiovascular*, 5(3).

Capela C., Marques, A. P., Assumpção, A., Suer, J. F. & Cavalcante, A. B. (2009). Associação da qualidade de vida com dor: ansiedade de depressão. *Fisioter. pesquis.* 16(3), 263-268.

Capitão C. G. & Tello R. R. (2004). Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicologia Hospitalar*, 2(2).

Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.

Carvalho R., Farah O. G. D. & Galdeano L. E. (2004). Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6).

Cattell R. B. & Scheier I. H. (1961). *The meaning and Measurement of Neuroticism and anxiety*. New York, Ronald Press.

Chaves E. C. & Cadê N. V. (2004) Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 12(2).

Conselho Federal de Psicologia (2001). Resolução n.º 25/2001.

Conselho Federal de Psicologia (2002). Resolução n.º 25/2002.

Conselho Federal de Psicologia (2003). Resolução n.º 002/2003.

Costa, P. T., Jr. & Widiger, T. A. (1993). Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality. Washington, DC: *American Psychological Association*, 1(10).

Duprat, R., Custódio, E. M. & Matinez, P. L. R. (2001). Doença arterial coronária (DAC), intensidade de raiva e ansiedade em pacientes com dislipidemias. *Mudanças*, 9(16), 166-212.

Endler N. S., Edwards J. M. & Vitelli R. (1991). *Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS)*. Los Angeles, Calif., Western Psychological Services.

Enumo S. R. F., Ferrão E. S. & Ribeiro M. P. L. (2006). Crianças com dificuldades de aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco. *Est. De Psic.*, 23(2).

Ferreira C. L., Almondes K. M., Braga L. P.; Mata A. N. S., Lemos C. A. & Maia E. M. C. (2009). Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço estado de ansiedade de estudantes do ciclo básico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3).

- Fioravanti A. C. M., Santos L. F., Maissonette S., Cruz A. P. M. & Landeira-Fernandez J. (2006). Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Revista Avaliação psicológica*, 5 (2).
- Freud, S. (2009). *O ego e o id*. In S. Freud, Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923b)
- Freud, S. (2009). *Angústia e vida pulsional*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933b).
- Freud, S. (2009). *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932).
- Freud, S. (2009). *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1936).
- Freud, S. (2009). *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).
- Gagliazze, M. T. & Friedlander, M. R. (2003). Ansiedade apresentada pelo estudante na aprendizagem de procedimentos de enfermagem. *Acta Paul. Enferm*, 16(4), 31-37
- Gama M. M. A., Moura G. M., Araújo R. F. & Teixeira-Silva F. (2008). Ansiedade Traço em estudantes brasileiros de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Rev. psiquiatr*. Rio Grande do Sul, 301.
- Gomes, W. (2004). Avaliação psicológica no Brasil: Testes de Medeiros e Albuquerque. *Revista Avaliação Psicológica*, 3(1), 59-68.
- Gonçalves M. P. & Belo R. P. (2007). Ansiedade traço-competitivo: diferenças quanto ao gênero, faixa etária, experiência em competições e modalidades esportivas em jovens atletas. *Psico-USF*, 12(2), 301-307.
- Graeff F. G. & Brandão M. L. (1999). *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos Editora.
- Grazziano E. S. & Bianchi E. R. F. (2004) Nível de ansiedade de clientes submetidos a sineangiocoronariografia e de seus acompanhantes. *Revista Latino-americana de Enf.*, 12(2).
- Grinberg, M., Quadros, C. S. O., Zaccarelli, L. M., Lamosa, B. W. R. & Pileggi, F. (1985) A tríade prolapso da válvula mitral, ataque de pânico e agorafobia. *Arq. Bras. Cardiol.*, 44(1), 41-3.
- Heidrich G. & Campos L. H. (1994) Avaliação dos níveis de ansiedade dos pacientes assistidos no serviço de reabilitação cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de cardiologia. *Ver. Bras. de Cirug. Cardiovasc*, 9(2).

Hermann, H. (1992) *Estudo sobre o medo das doenças transmissíveis entre estudantes de enfermagem*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Paraná.

Holmes, D. S. (1997). *Abnormal Psychology*. NY: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.

Hong, W., Han, B., & Liu, J. (2000). A control study of the effect of psycho-social factors on patients with hypertension. *Chinese Mental Health Journal*, 14 (5), 318-320.

Hutz, C. S. Nunes, C. H. S. S., Silveira A. D., Serra J., Anton M. & Wiecezorek L. S. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia Reflexão e Crítica* 11 (22).

Hutz, C. S. & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo - EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ito, P. C. P., Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2007). Temperamento, neuroticismo e auto-estima: Estudo preliminar. *Estudos de Psicologia*, 24, 143-153.

Job J. R. P. P., Araujo T. A. R., Furuno D. F., Arrai C., Boccuto C., Braga M., Bromberg S. (1988). Avaliação comparativa do estado de ansiedade em emodializados hipertensos e indivíduos normais. *Jornal. bras. nefrol.*, 10(1), 26-8.

Kaipper M. B. (2008). *Avaliação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) através da análise de Rasch*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

Keedwell, P., Snaith, R. P. (1996). What do Anxiety Scales Measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93,177-180.

Kozasa, E. H. (2002). *Efeitos de exercícios respiratórios e de procedimento de meditação combinados (Sidha Shamadhi Yoga - SSY) em voluntários com queixa de ansiedade*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lazarus, R. S. & Folkman. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. New York.

LêDoux J. (1998) *O cérebro emocional*. Rio de Janeiro. Ed. Objetiva.

Lopes J. L., Nogueira-Martins L. A., Gonçalves M. A. B. & Barros A. L. B. L. (2010) Comparação do nível de ansiedade entre o banho de aspersão e do leito em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista Latino-americana de Enf.*, 18(2), 217-223.

Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2 Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

Martens, R., Vealley, R.S., Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Champaign, Human Kinetics.

- Martins, J. P., Lopes Junior, P. F. & Assumpção, R. A. B. (2004) Ansiedade-estado competitiva e basquetebol: um estudo comparativo entre atletas do sexo feminino e masculino. *Arq. Ciências e saúde*, 8(2), 107-110.
- Martins, M. C. A. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Instituto Politécnico de Viseu*, 29.
- Matta, A., Bizarro, L. & Reppold C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *PsicoUSF*, 14(1).
- Medeiros R. H. A. & Nunes M. L. T. (2001). A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicologia em Estudo*, 6 (2).
- Medeiros, F. S. & Yoshida, E. M. P. (2004). Validade simultânea da Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo-EFN com estudantes universitários. *Encontro de Iniciação Científica*, 9, 101.
- Modolo V. B., Mello M. T., Gimenez P. R. B., Tufik S. & Antunes H. K. M. (2009). Dependência de exercício físico: Humor, qualidade de vida em atletas amadores e profissionais. *Ver. Bras. de Medicina do Esporte*, 15 (5).
- Montes R. M. & Vaz C. E. (2003). Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-teste do IDATE. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (3).
- Noronha, A. P. P. (1999). *Avaliação Psicológica Segundo Psicólogos: Usos e problemas com ênfase nos testes*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica, Campinas, São Paulo.
- Noronha, A. P. P. (2002). Os problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15(1), 135-142.
- Noronha, A. P. P., Baldo, C. R., Barbin, P. F. & Freitas, J. V. (2003). Conhecimento em avaliação psicológica: um estudo com estudantes de psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(2), 37-46.
- Noronha A. P. P. & Alchieri, J. C. (2004). Conhecimento em Avaliação Psicológica. *Estudos de Psicologia*, 21 (1), 43-52.
- Noronha, A. P. P., Primi, R. & Alchieri, J. C. (2004). Parâmetros Psicométricos: uma Análise de Testes Psicológicos Comercializados no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(4) 88-99.
- Nosow V. & Peniche A. C. G. (2007). Paciente cirúrgico ambulatorial calatonia e ansiedade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (2).

Novaes, M. A. F. P.; Romano B. W. & Lage, S. G. (1996). Internação em UTI: variáveis que interferem na resposta emocional. *Arq. Bras. Cardiol.*, 67(2), 99-102.

Nunberg, H. (1989). *Princípios da psicanálise*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Nunes, C. H. S. S. (2000). *A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo/estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Nunes, C. H. S. S. & Hutz (2001). *Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) – Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S. & Hutz, C. (2002). *O modelo dos cinco grandes fatores de personalidade*. Temas de Avaliação Psicológica. Campinas: IBAP.

Nunes C. H. S. S., Nunes, M. F. O., Muniz M., Miguel F. K., Couto, G. & Primi, R. (2007). Criação de uma Bateria Brasileira de avaliação da Personalidade pelo Modelo dos Cinco Grandes fatores. Trabalho apresentado na *III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação: Formas e Contextos*, João Pessoa, PB.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., Nunes, M. F. O. (2008). *Bateria Fatorial de Personalidade – BFP Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira J. B. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4, 647-655.

Oliveira M. A., & Duarte, A. M. M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.*, 6(2), 183-199.

Olson, D. H., Russel, C. S. & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: Theoretical update. *Family Process*, Malden, USA, 22, 69-83.

Organização Mundial da Saúde - OMS (1993). *Classificação dos Transtornos Mentais e do comportamento - CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde - OMS (1995). *Classificação dos Transtornos Mentais e do comportamento - CID-10: descrições e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Padilha, S., Noronha, A. P. P. & Fagan, C. Z. (2007). Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. *Avaliação Psicológica*, 6(1), 69-76.

Pagano T. (2004). Avaliação da ansiedade e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos. *São Paulo Medical Journal*, 122(6), 252-258.

Pasquali, L., Pinelli-Junior, B. & Solha, A. C. (1994). Contribuição à validade e normatização da escala de ansiedade traço-estado do IDATE. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10, 411-420.

Pasquali, L., (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 25(5), 206-213.

Paula, A. (1998). Estudo do traço de ansiedade em mães de pacientes psicóticos esquizofrênicos. *HU rev.*, 24(1), 21-9.

Pavlov I. P. (1971). *Reflexos Condicionados, Inibição e Outros Textos*. Lisboa: Editorial Estampa. (O original publicado em 1927).

Perez G. H.; Nicolau J. C.; Romano B. W. & Laranjeira R. (2005). Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia hospitalar*, 3(1).

Perosa G. B.; Canavez I. C.; Silveira F. C. P.; Padovani F. H. P. & Peraçoli J. C. (2009). Sintomas depressivos e ansiosos de recém nascidos com e sem mal formações. *Revista Bras. de Ginec. e Obstet.*, 31(9).

Pervin, L. A. & John, O. P. (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.

Pessotti, I. (1978). *Ansiedade*. São Paulo: EPU/EDUSP.

Pinto I. D., Padovani F. H. P. & Linhares M. B. M. (2009). Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1).

Primi, R. (2005). *Temas em avaliação psicológica*. Campinas, SP: IDB Digital/Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.

Primo C.C. & Amorim M. H. C. (2008). Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IGA salivar de puérperas. *Revista Latino-americana de Enf.*, 16(1).

Reich W. (1927/1998). *Análise do caráter*. Rio de Janeiro. Ed: Martins fontes.

Ross, C. E., Mirowsky J. (2002). Family Relationships, Social Support, and Subjective Life Expectancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 469-489.

Schmitz, E. M. R. (1982). *Desenvolvimento de uma escala para a determinação da ansiedade da mãe da criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.

Silva T. V. P. (2009) *Percepção do Risco de Cancro da mama e Ansiedade-Traço em estudantes Universitárias*. Tese de Mestrado Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação Universidade do Porto.

Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI)
www2.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista2=sim 2003/2004

Souza, L. (2010). *Prevalência de sintomas depressivos ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina*. Tese de Doutorado. Universidade de Medicina de São Paulo, São Paulo.

Souza, M. S. & Baptista M. N. (2007). *Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação com outras variáveis*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco, Faculdade de Psicologia, Itatiba, São Paulo.

Spielberger, C. S. (1966). *Theory and research on anxiety*. New York: Anxiety and Behaviour Academic Press.

Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto.

Spielberger, C. S. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. New York: Academic press.

Spielberger, C. D., & Diaz-Guerrero, R. (1976). *Cross-cultural research on anxiety*. Washington: Hemisphere/Wiley.

Spielberger, C. D., Biaggio, A. & Natalício, L. F. (1979). *Inventário de ansiedade traço estado: manual de psicologia aplicada*. Rio de Janeiro: CEPA.

Spielberger, C. D. (1980). *Preliminary professional manual for the Test Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger C. D. (1998). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Stela, F. (1991). Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde. *J. Bras. Psiquiatr.*, 40(10), 497-499.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ArtMed.

Tavares, M. (2004). Validade Clínica. *Psico-USF*, 8(2), 125-136.

Trentini C. M., Hutz C. S, Bandeira D. R., Teixeira M. A. P., Gonçalves M. T. A. & Andresa R. T. (2009). Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFP - Inventário Fatorial de Personalidade. *Avaliação psicológica*, 8(2).

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Valim, V. (2001). *Estudo dos efeitos do condicionamento aeróbio e do alongamento na fibromialgia*. Tese de Doutorado em reumatologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso.

Vaz, C. E. (1987). Característica de personalidade do hipertenso através do psicodiagnóstico de Rorschach e do IDATE. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2(1/2), 56-60.

Vaz, C. E. (1990). Característica de personalidade do hipertenso através de Rorschach *Psico (Porto Alegre)*, 20(2), 33-43.

Victoria, M. S. & Soares, A. B. (2008). Avaliação do Teste de Associação Implícita numa amostra de estudantes de Psicologia. *Psic. rev. psicol. Vetor*, 9(2), 211-218.

Watson, D. & Clark, L. A. (1994). *PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule*. Iowa: The University of Iowa Press.

Watson, D., Clark, L., Weber, K., Assenheimer, J., Strauss, M., & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the mptom structure of anxiety and depression in student, adult, and atient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.

Yoshida, E. M. P. & Silva, F. R. C. S. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas - 40 (EAS-40): Validade e precisão em amostra não-clínica. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1) 89-99.

Zuade A. W., Prota F. D. G. & Del-Bem C. M. (2008). Redução da ansiedade de estudantes de medicina após reforma curricular. *Revista Bras. de Psiquiat.*, 30 (2), 136-138.

12. ANEXOS

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2. Tabelas 22, 23, 24, 25, 26, 27, referentes aos estudos encontrados utilizando o IDATE no período de 1980 a 2010.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ANSIEDADE, NEUROTICISMO E SUPORTE FAMILIAR: EVIDÊNCIA DE VALIDADE

Eu,.....Idade:.....,RG.....
e endereço:.....

abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade da pesquisador(a) Monica S. Borine, membro do curso de Strictu Sensu da Universidade.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1- O objetivo da pesquisa é verificar evidencia de validade entre Inventario de Ansiedade (IDATE), Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN), Escala de Percepção e Suporte Familiar (EPSF);
- 2- Durante esta aplicação, serão realizadas aplicações de 3 instrumentos de avaliação a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) que avalia estados emocionais, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) que avalia Ansiedade e o (EPSF) que avalia o suporte familiar. Total da aplicação será de 45 min.
- 3- As pessoas que participarão desta pesquisa não estarão sofrendo nenhum risco;
- 4- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 5- Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, a não ser que esta interrupção seja contra-indicada por motivo médico;
- 6- A inerrupção de minha participação não causará prejuízo ao meu eventual atendimento, cuidado e tratamento pela equipe responsável;
- 7- Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 8- Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos em relação à pesquisa ou ensaio clínico através do telefone indicado.
- 9- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, a pesquisadora Monica S. Borine, sempre que julgar necessário pelo seu fone particular;
- 10- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Itatiba, 19 de Junho de 2010.

Assinatura do voluntário ou do
responsável legal:

.....

Pesquisadora responsável: Monica S. Borine – Psicóloga.

TABELA 22. *Estudos utilizando o IDATE referentes ao período dos anos de 1980 a 1985.*

	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	AMOSTRA
1982	Desenvolvimento de uma escala para a determinação da ansiedade da mãe da criança hospitalizada.	Schmitz E. M. R.	Desenvolvimento de instrumento de ansiedade (EAMCH)	IDATE	175 mães de crianças hospitalizadas
1985	A tríade prolapso da valva mitral ataque de pânico e agorafobia.	Grinberg M., Quadros C. S. O., Zaccarelli L. M., Lamosa B. W. R. & Pileggi, F.	Estudar a ansiedade em portadores de prolapso	IDATE	20 portadores

TABELA 23. Estudos utilizando o IDATE referentes ao período dos anos de 1986 a 1990.

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	AMOSTRA
1987	Característica de personalidade do hipertenso através do psicodiagnóstico de Rorschach e do IDATE.	Vaz, C. E.	Analisar personalidade	IDATE e o Teste de <i>Rorschach</i>	23 sujeitos
1988	Avaliação comparativa do estado de ansiedade em hemodialisados hipertensos e indivíduos normais.	Job J. R. P. P.; Araujo C. A. R.; Furuno D. F.; Arrai C.; Boccuto, C.; Braga M. & Bronberg S.	Avaliação da ansiedade em pacientes com insuficiência renal	IDATE	75 pacientes
1990	Característica de personalidade do hipertenso através do Rorschach e do IDATE.	Vaz, C. E.	Avaliar personalidade	IDATE e o Teste de <i>Rorschach</i>	26 sujeitos
1990	Traços psicológicos dos pacientes submetidos à angioplastia transluminal coronária.	Campos L. H. & Nascimento G. F.	Identificação de traços psicológicos	IDATE e escala de Hamilton	84 pacientes de ambos os sexos

TABELA 24. *Estudos utilizando o IDATE referentes ao período dos anos de 1991 a 1995.*

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	AMOSTRA
1991	Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde.	Stela F.	Avaliar a ansiedade	IDATE	50 pacientes hipertensos
1992	Estudo sobre o medo das doenças transmissíveis entre estudantes de enfermagem.	Hermann H.	Avaliar indícios de medo em estudantes	IDATE	168 estudantes de enfermagem
1993	Epilepsia e ansiedade.	Albuquerque M. & Campos	Avaliar níveis de ansiedade	IDATE	155 pacientes epilépticos
1994	IDATE: Adaptação para avaliação da ansiedade durante sete dias.	Andreatini & Leite	Validade concorrente do IDATE em sete dias	IDATE	19 pacientes com distúrbios de ansiedade
1994	Contribuição a validação e normatização da escala de ansiedade - traço do IDATE.	Pasquali L., Pinelli Junior, B. & Solha A.C.	Parâmetros psicrométricos	IDATE	3449 sujeitos
1994	Avaliação dos níveis de ansiedade dos pacientes assistidos no serviço de reabilitação cardiovascular do Instituto Dante Pazzanese de cardiologia.	Heidrich G. & Campos L. H.	Avaliação de níveis de ansiedade	IDATE	100 pacientes

TABELA 25. *Estudos utilizando o IDATE referentes ao período dos anos de 1996 a 2000.*

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	AMOSTRA
1996	Internação em UTI: variáveis que interferem na resposta emocional.	Novaes M. A. F. P., Romano B. W. & Lage S. G.	Avaliar níveis de ansiedade e depressão em pacientes	IDATE	47 pacientes
1998	Ansiedade, raiva e depressão na concepção de C. D. Spielberger.	Biaggio A. M. B.	Revisão das pesquisas	IDATE e STAXI	-
1998	Estudo do traço de ansiedade em mães de pacientes psicóticos esquizofrênicos.	Paula A.	Avaliar traço de ansiedade de mães	IDATE	50 pacientes

TABELA 26. *Estudos utilizando o IDATE referentes ao período dos anos de 2001 a 2005.*

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	AMOSTRA
2001	Doença arterial coronária (DAC), intensidade de raiva e ansiedade em pacientes com dislipidemias.	Duprat, R. Custódio E. M. & Matinez P. L. R.	Avaliar os níveis altos de raiva e ansiedade	IDATE e STAXI	61 pacientes dislipidêmicos
2001	Propriedades psicométricas da versão em Português do IDATE aplicado em universitários	Andrade L.; Gorenstein C.; Vieira A.H.; Tung T.C. & Artes R.	Correlacionar o IDATE com o Inventário de depressão de Beck (BDI).	IDATE e BDI	845 mulher e 235 homens
2001	Estudo dos efeitos do condicionamento aeróbio e do alongamento na fibromialgia.	Valim V.	Avaliar efeitos de condicionamento aeróbio, alongamento e melhora da dor	IDATE, Inventário de Beck para depressão	76 mulheres
2001	A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade.	Medeiros R. H. A. & Nunes M. L. T.	Avaliação da percepção da dor em pacientes submetidas à mastectomia	IDATE	22 pacientes
2002	Efeitos de exercícios respiratórios e de um procedimento de meditação combinados (siddha samadhi yoga - SSY) em voluntários com queixa de ansiedade.	Kozasa E. H.	Avaliar os efeitos cognitivos e comportamentais de pranayamas na meditação	IDATE	11 voluntários com queixa de ansiedade
2003	Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados.	Boizonave L. F. & Barros T. M.	Comparação de sintomas	IDATE	Não informado

2003	Ansiedade apresentada pelo estudante na aprendizagem de procedimentos de enfermagem.	Gagliazze M. T. & Friedlander M.R.	Verificar níveis de ansiedade	IDATE	56 estudantes de graduação
2003	Padrão do ciclo sono - vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários.	Almondes K. M. & Araujo J. F.	Estudar a relação entre o ciclo sono-vigília e a ansiedade	IDATE	37 estudantes de 2o. ano de medicina
2003	Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-teste e do IDATE.	Montes R. M. & Vaz C. E.	Avaliação das condições afetivos emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual	IDATE e Técnica de Zulliger	43 universitária
2004	Variações da ansiedade relatada em função do ciclo menstrual e do uso de pílulas anticoncepcionais.	Antunes Rico & Gouveia Jr.	Índices de ansiedade do ciclo menstrual	IDATE em três períodos diferentes	32 mulheres
2004	Ansiedade - estado competitiva e basquetebol: um estudo comparativo com atletas do sexo feminino e masculino.	Martins J. P., Lopes Junior P. F. & Assumpção R. A. B.	Investigar as possíveis diferenças de ansiedade nos sexos	IDATE	48 atletas
2004	Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais	Oliveira M. A. & Duarte, A. M. M.	Reduzir a ansiedade excessiva em universitários	IDATE	5 universitárias
2004	Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica.	Carvalho R., Farah O. G. D. & Galdeano L. E.	Avaliar níveis de ansiedade de alunos de enfermagem	IDATE	30 estudantes
2004	Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão.	Chaves E. C. & Cade N. V.	Estudar a relação da ansiedade com os níveis de pressão arterial	IDATE	78 mulheres
2004	Nível de ansiedade de clientes submetidos a sineangiocoronariografia e de seus acompanhantes.	Grazziano E. S. & Bianchi E. R. F.	Identificar a ansiedade em acompanhantes e clientes	IDATE	80 sujeitos

2004	Avaliação da ansiedade e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos.	Pagano T.	Comparar a eficácia de instrumentos que avaliam a capacidade de vida de fibromiálgicos	IDATE e SF-36 de qualidade de vida	80 sujeitos
2004	Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas.	Capitão C. G. & Tello R. R.	Verificar se as mulheres obesas apresentam traço-estado de ansiedade acima do esperado	IDATE	20 mulheres obesas
2005	Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários.	Bandeira M., Quaglia M. A. C., Bachetti L. S., Ferreira T. L. & Souza G. G.	Estudar comportamento assertivo e sua relação com ansiedade	IDATE, escala de assertividade de Rathus, Blocos de controle de Levenson e auto-estima DelaColeta	135 universitários
2005	Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres.	Perez G. H., Nicolau J. C., Romano B. W. & Laranjeira R.	Investigar nos portadores se as variáveis estão relacionadas com ansiedade e depressão	IDATE, <i>Prime</i> MD, BDI e (AUDIT) de consumo de álcool	345 pacientes hospitalizados

TABELA 27. *Estudos utilizando o IDATE referentes ao período dos anos de 2006 a 2010.*

ANO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	AMOSTRA
2006	Fatores psicossociais em pacientes ambulatoriais, internados e controle: associação com doenças crônicas sintomas clínicos.	Azevedo F. B.	Correlação com doenças e sintomas	IDATE , Inventário de Beck , STAXI, PRIME, SF-36, escalas de eventos vitais	782 pacientes
2006	Aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes com melanoma uveal durante o processo de tratamento por remoção do bubo ocular.	Amaro T. A. C. Yazigi L. & Erwenne C.	Avaliar repercussões emocionais no paciente	IDATE, Inventário de depressão de Beck e SF-36 (qualidade de vida)	36 pacientes cirúrgicos
2006	O estresse físico e a dependência de exercício físico.	Antunes H. K. M., Andersen M. L., Tufik S. & De Mello M.	Avaliar dependência, qualidade de vida e humor em atletas de corrida	IDATE, SF-36 e EDE (escala de dependência de exercícios)	17 atletas ambos os sexos
2006	Ansiedade em adolescentes portadores de diabetes mellitus.	Ballas Y. G., Alves I.C.B. & Duarte W. F.	Avaliar a ansiedade em adolescentes	IDATE	62 Adolescentes
2006	Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes.	Baptista M. N., Baptista A. S. D. & Torres E. C. R.	Correlacionar sintomas depressivos e ansiosos com suporte social em gestantes	IDATE , Escala de depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS), (EPSS) escala de percepção de suporte social	44 gestantes

2006	Crianças com dificuldade de aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco.	Enumo S. R. F., Ferrão E. S. & Ribeiro M. P. L.	Avaliar ansiedade, depressão, estresse e queixas somáticas	IDATE	60 alunos da escola primária
2006	Avaliação da estrutura fatorial da escala de ansiedade - traço do IDATE.	Fioravanti A. C. M., Santos L. F., Maissonetti S., Cruz A. P. M. & Landeira-Fernandez J.	Investigação da estrutura fatorial do IDATE-T	IDATE	1687 sujeitos
2007	Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer e a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos.	Alves M. L. M., Pimentel A. J., Guaratini A. A., Marcolino J. A. M., Gozzani J. L. & Mathias L. A. S. T.	Avaliação de ansiedade em pacientes	IDATE	114 pacientes
2007	Pacientes cirúrgico ambulatorial: calatonia e ansiedade.	Nosow V. & Peniche A. C. G.	Avaliar a eficácia do relaxamento pela técnica	IDATE	45 pacientes
2008	Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro.	Araujo D. M. R., Pacheco A. H. R. N., Pimenta A. M. & Kac J.	Determinar variáveis sócio-demográficas, obstétricas, nutricionais e ansiedade em gestantes	IDATE	151 gestantes
2008	Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas.	Primo C.C. & Amorim M.H.C.	Avaliar as técnicas de relaxamentos nos níveis de ansiedade	IDATE	60 puérperas
2008	Avaliação do teste de associação implícita numa amostra de estudantes de psicologia.	Victoria M. S. & Soares A. B.	Analisar a estabilidade temporal do TAI-ansiedade	TAI-ansiedade, IDATE E e (BAI) Inventário de ansiedade de Beck	51 estudantes de psicologia
2008	Redução da ansiedade de estudantes de medicina após reforma curricular.	Zuade A. W., Prota F. D. G. & Del-Bem C. M.	Avaliar o nível de ansiedade dos alunos do curso médico antes e depois de uma reforma	IDATE	307 alunos

2009	Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade de depressão.	Capela C., Marques, A. P., Assumpção, A., Suer, J. F. & Cavalcante, A. B.	Avaliar a associação entre qualidade de vida e dor, ansiedade e depressão	IDATE, Inventário de depressão de Beck e SF-36	304
2009	Transtornos emocionais e a formação em medicina: um estudo longitudinal.	Benevides-Pereira A. M. & Gonçalves M. B.	Investigou e ansiedade e estresse ao longo de 6 anos em estud. medicina	IDATE, MBI, BAI e o ISE	18 estudantes
2009	Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico.	Ferreira C. L., Almondes K. M., Braga L. P., Mata A. N. S., Lemos C. A. & Maia E. M. C.	Avaliação da ansiedade em estudantes universitários	IDATE	158 estudantes
2009	Dependência de exercício físico: Humor, qualidade de vida em atletas amadores e profissionais.	Modolo V. B., Mello M. T., Gimenez P. R. B., Tufik S. & Antunes H. K. M.	Diferenças nos escores de dependência de exercícios	Escala de dependência de exercícios (EDE), Inventário de depressão de Beck, IDATE, questionário POMS de perfil de humor, SF-36 de qualidade de vida	116 atletas
2009	Sintomas depressivos e ansiosos de recém-nascidos com e sem malformações.	Perosa G. B., Canavez I. C., Silveira F. C. P., Padovani F. H. P. & Peraçoli J. C.	Comparação emocional de mães	IDATE e (BDI) inventário de depressão de Beck	22 mães
2009	Ansiedade e depressão materna e relatos sobre o bebê prematuro.	Pinto I. D., Padovani F. H. P. & Linhares M. B. M.	Comparar dois grupos de mães diferenciados por sintomas de ansiedade e depressão	SCID-NP, IDATE e (BDI) Inventário de depressão de Beck	60 mães

2010	Prevalência de sintomas depressivos ansiosos e estresse em acadêmicos de medicina.	Souza, L.	Identificar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes	Inventário de Beck de depressão (IBD) e IDATE	Não informado
2010	Comparação do nível de ansiedade entre o banho de aspersão e do leito em pacientes com infarto agudo do miocárdio.	Lopes J. L., Nogueira-Martins L. A., Gonçalves M. A. B. & Barros A. L. B. L.	Comparação do nível de ansiedade	IDATE	71 pacientes com infarto
2010	Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular.	Soares A. B. & Martins J. S. R.	Avaliação da ansiedade dos jovens estudantes de escolar particulares	IDATE	124 estudantes do ensino médio
