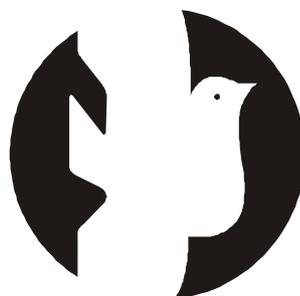


Melissa de Fátima Bueno



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

**“AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E
PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR
EM HIPERTENSOS”**

Itatiba

2009

Melissa de Fátima Bueno

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E
PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR
EM HIPERTENSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO

Itatiba

2009

158.98 Bueno, Melissa de Fátima.
B943a Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar
em hipertensos. -- Itatiba , 2009.
75 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Orientação de: Cláudio Garcia Capitão

1. Ansiedade. 2. Suporte familiar. 3. Avaliação
psicológica. 4. BAI. 5. IDATE. 6. IPSF. I. Título. II. Capitão,
Cláudio Garcia.

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Melissa de Fátima Bueno defendeu a dissertação “***Avaliação da Ansiedade e Percepção do Suporte Familiar em Hipertensos***”, aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 18 de agosto de 2009 pela Banca Examinadora constituída por:



Prof. Dr. Claudio Garcia Capitão - Orientador e Presidente
Universidade São Francisco



Profa. Dra. Selma de Cassia Martinelli
Universidade Estadual de Campinas



Prof. Dr. Fabian Javier Marin Rueda
Universidade São Francisco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por iluminar o meu caminho e permitir realizações na minha vida pessoal e profissional.

Agradeço ao meu pai, a minha mãe, ao meu filho, ao meu noivo e ao meu irmão por proporcionarem um “suporte familiar” adequado em todos os momentos, sem o apoio, amor, carinho e compreensão de vocês a realização desse sonho seria impossível.

Ao Orientador Prof. Dr. Cláudio Garcia Capitão, um exemplo a ser seguido, obrigada pela paciência, apoio e aprendizagem, por transmitir segurança e tranquilidade nos momentos difíceis, sobretudo, pela oportunidade de realizar o estágio docente, expresso profunda admiração e gratidão.

Ao Prof. Dr. Makilin Nunes Baptista e ao Prof. Dr. Ricardo Primi, pelas contribuições e apontamentos pertinentes, principalmente na qualificação.

Ao Prof. Dr. Fabián Javier Marín Rueda e Prof^a. Dra. Selma de Cássia Martinelli pela participação da banca examinadora e pelas valiosas contribuições.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Universidade São Francisco, pela convivência enriquecedora e disponibilidade em colaborar.

Aos amigos e colegas do Programa de Pós-Graduação, foi importante compartilharmos alegrias e incertezas, com vocês a caminhada se tornou mais leve.

Aos colegas de trabalho e pacientes da Unidade Básica de Saúde, sem vocês nada faria sentido.

RESUMO

Bueno, M. F. (2009). *Avaliação da ansiedade e percepção do suporte familiar em hipertensos*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.

Sob a perspectiva de que a saúde se caracteriza por um estado multidimensional que envolve três domínios, saúde física, psicológica e social e que a Psicologia na Saúde tem como campo de pesquisa e intervenção a interface desses três domínios, o presente estudo tem como objetivo correlacionar indicadores de ansiedade e de percepção do suporte familiar em pessoas portadoras de hipertensão e buscar evidências de validade convergente entre as variáveis dos instrumentos, Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Estudos indicam que a hipertensão não tem causa única, mas é resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e também está relacionada à ansiedade. O suporte familiar pode ser considerado um aspecto social presente no processo de saúde-doença. O estudo foi realizado com 70 pessoas com diagnóstico médico de hipertensão, com idade entre 27 e 65 anos, que recebem atendimento em uma Unidade Básica de Saúde. Os instrumentos utilizados foram um Questionário de Identificação, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Os resultados indicaram níveis altos de ansiedade e níveis baixos de percepção do suporte familiar, portanto, as correlações encontradas entre indicadores de ansiedade (BAI e IDATE) e IPSF foram negativas e significativas. As correlações encontradas entre os sintomas de ansiedade (BAI) e ansiedade-traço/estado foram positivas e significativas. Esses dados corroboram com as bases teóricas e pesquisas da área, que postulam que hipertensos apresentam indicadores de ansiedade elevados e que níveis mais baixos de percepção do suporte familiar podem estar relacionados com níveis mais altos de ansiedade.

Palavras-chave: ansiedade; suporte familiar; avaliação psicológica; BAI; IDATE; IPSF.

ABSTRACT

Bueno, M. F. (2009). *Anxiety Assessment and family support perception in hypertensive outpatients*. Master Degree Dissertation. *Stricto Sensu* Psychology Post Graduation Program, Universidade São Francisco, Itatiba, SP.

Under the perspective that health is characterized by a multidimensional condition that involves three areas, physical, psychological and social in the field of Psychology Health is the research and intervention of these three areas, this study aims to correlate indicators of anxiety and family support perception in people with hypertension and to seek evidence of convergent validity between the variables of the instruments of Beck Anxiety Inventory and State-Trait Anxiety Inventory. Studies indicate that hypertension has no single cause but is the result of the interaction of biological, psychological and social factors and it is also related to anxiety. The family support may be a social aspect in the process of health and disease. The study was conducted with 70 people with medical diagnosis of hypertension, aged from 27 to 65 years-old, receiving care at a Basic Health Unit. The instruments used were a questionnaire of identification, Beck Anxiety Inventory (BAI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Inventory of Perceived Family Support (IPSF). The results indicated high levels of anxiety and low levels of family support perception, therefore, the correlations found among indicators of anxiety (BAI and STAI) and IPSF were negative and significant. The correlations found between the symptoms of anxiety (BAI) and state-trait anxiety were positive and significant. These data corroborate with the theoretical bases and research in the area, which postulate that hypertensive patients have elevated indicators of anxiety and lower levels of family support perception may be associated with higher levels of anxiety.

Keywords: anxiety; family support; psychological assessment; BAI; STAI; IPSF.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	01
1. FATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA / HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	03
1.1. ANSIEDADE.....	05
1.2. SUPORTE FAMILIAR E SUA PERCEPÇÃO.....	14
2. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.....	24
3. OBJETIVOS.....	30
4. MÉTODO.....	31
4.1. PARTICIPANTES.....	31
4.2. INSTRUMENTOS.....	31
4.2.1. Questionário de Identificação.....	31
4.2.2. Inventário de Ansiedade de Beck.....	32
4.2.3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado.....	33
4.2.4. Inventário de Percepção de Suporte Familiar.....	35
4.3. Procedimento.....	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1. MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5.2. ANÁLISE DESCRITIVA DOS PARTICIPANTES.....	40
5.3. ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	44
5.4. RELAÇÕES ENTRE ANSIEDADE E PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR.....	49
5.5. RELAÇÕES ENTRE SINTOMAS DE ANSIEDADE (BAI) E ANSIEDADE-ESTADO/ANSIEDADE-TRAÇO (IDATE).....	52
5.6. Análises estatísticas complementares.....	54

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
7. REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência e porcentagem do estado civil dos participantes.....	41
Tabela 2. Frequência e porcentagem do nível de instrução dos participantes.....	42
Tabela 3. Frequência e porcentagem da etnia dos participantes.....	43
Tabela 4. Frequência e porcentagem sobre com quem moram os participantes.....	43
Tabela 5. Médias do escore bruto dos participantes (IDATE).....	46
Tabela 6. Médias do percentil dos participantes (IDATE).....	47
Tabela 7. Escores dos participantes (IPSF).....	48
TABELA 8. NÍVEIS DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE FAMILIAR DOS PARTICIPANTES.....	48
TABELA 9. CORRELAÇÃO DE <i>SPEARMAN</i> ENTRE ESCORES DE ANSIEDADE (BAI E IDATE) E AS DIMENSÕES DO IPSF	50
Tabela 10. Correlação de <i>Spearman</i> entre escore de Ansiedade (BAI) e percentil de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (IDATE).....	53
Tabela 11. Médias dos grupos 1 e 2 nos instrumentos BAI e IDATE.....	56
Tabela 12. Variância (F) e nível de significância (<i>p</i>) dos resultados dos participantes.....	57
Tabela 13. Grupos de participantes (nível do BAI) comparados com as médias do Fator 1 e 2 do IPSF.....	58
Tabela 14. Grupos de participantes (nível do BAI) comparados com as médias do Fator 3 e IPSF Total.....	58
Tabela 15. Grupos de participantes (nível do BAI) comparados com as médias de ansiedade-estado e ansiedade-traço.....	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Escore total dos participantes (BAI).....	45
Figura 2. Níveis de ansiedade dos participantes.....	46
Figura 3. Comparação entre grupo 1 e grupo 2 - Análise de <i>Cluster</i> e <i>T-Test</i>	55

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Questionário de Identificação.....	72
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74

APRESENTAÇÃO

A saúde tem sido considerada um estado multidimensional que envolve três domínios, a saber, saúde física, psicológica e social, não deve ser considerada apenas como ausência de doenças. Dessa forma, a saúde física envolve hábitos relacionados ao comportamento e ao estilo de vida. No outro domínio, a saúde psicológica, engloba a capacidade de pensar de forma clara e objetiva, desenvolver uma auto-estima adequada, consciência de bem-estar, criatividade, habilidades intelectuais, estabilidade emocional, abertura às inovações e uma estrutura e funcionamento estáveis da personalidade. A saúde social, por sua vez, implica em habilidades interpessoais, bons relacionamentos com família e amigos e a participação em atividades socioculturais (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Sob essa perspectiva, a Psicologia na Saúde tem como campo de pesquisa e intervenção a interface desses três domínios, tendo como objetivo o estado completo de bem-estar, constituindo-se como uma forma de compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o homem pode manter-se saudável (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005). Por meio de estudos que relacionam algumas variáveis (biológicas, psicológicas e sociais) presentes no processo saúde-doença, pode-se pensar sobre intervenções mais adequadas e trabalhos preventivos na área da saúde, nos quais a psicologia pode dar grandes contribuições, compreendendo o homem como um ser biopsicossocial e multideterminado. Assim, as atividades de intervenção e pesquisa em saúde devem ter um enfoque multi e interdisciplinar (Enumo, 2003).

Remor (1999) define a Psicologia na Saúde como um campo interdisciplinar que tem por finalidade realizar estudos relacionados à promoção, prevenção e tratamento da saúde do indivíduo e da população para a melhoria da qualidade de vida. Straub (2005) ressalta que o termo correto a ser utilizado é “psicologia na saúde” por não existir duas

psicologias, uma psicologia da saúde e outra psicologia da doença, a psicologia na (área da) saúde engloba a vivência da pessoa e seu processo de adoecimento, envolvendo aspectos psicológicos, estilo de vida, hábitos, cultura e aspectos familiares.

De acordo com Capitão, Scortegagna e Baptista (2005), a avaliação psicológica na saúde configura-se como um importante recurso para a sistematização dos serviços de saúde, podendo desempenhar um relevante papel social, como avaliar e documentar a efetividade ou não de um tratamento, caracterizar a população atendida, traçar estratégias de intervenção, prevenção e profilaxia, propor melhorias e novas políticas públicas no campo da saúde. Diante desse contexto, e da percepção de demandas no trabalho em Unidade Básica de Saúde, justifica-se o presente trabalho que tem como objetivo avaliar indicadores de ansiedade e de percepção do suporte familiar em pessoas portadoras de hipertensão.

Nas páginas seguintes serão apresentados alguns aspectos referentes ao processo saúde-doença, hipertensão arterial, ansiedade, suporte familiar e sua percepção e avaliação psicológica, enfocando a psicologia na área da saúde. Em seguida será discorrido sobre o método, composto por, participantes, instrumentos e procedimento, e por fim serão apresentados os resultados e discussão, as considerações finais, as referências utilizadas e os anexos.

1. FATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA / HIPERTENSÃO ARTERIAL

Num dos artigos que apontam a interface entre a psicologia na saúde e a psicologia positiva, Calvetti, Müller e Nunes (2007) destacam que a partir da compreensão da interação da pessoa com o ambiente, é possível ampliar o entendimento dos fatores de risco e de proteção envolvidos no processo saúde-doença. Os fatores de risco estão relacionados aos eventos negativos que aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas de saúde, como por exemplo, situações de estresse, adversidades, dificuldade de adaptação, sintomas de ansiedade e depressão, limitações e falta de recursos. Os fatores de proteção se referem às influências que transformam ou melhoram as respostas pessoais, podem contribuir para o enfrentamento do processo saúde-doença e predizer resultados positivos, como a qualidade de vida, sendo eles, resiliência, bem-estar subjetivo, otimismo, felicidade, autodeterminação, esperança, criatividade, suporte social e familiar, habilidades interpessoais, religiosidade e espiritualidade, entre outros.

Nesse contexto, um dos fatores de risco a ser considerado é a ansiedade e um dos fatores de proteção é o suporte familiar, e um problema de saúde que atinge muitas pessoas e pode ser considerado multideterminado é a hipertensão arterial. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a prevalência estimada de hipertensão no Brasil é de 35% da população acima de 40 anos, o que representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença. A maioria dessas pessoas (75%) recorre ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na atenção básica. O Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que compreende um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. Esse programa tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de

complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida dos portadores.

A condição é chamada hipertensão quando a pressão arterial excede 140/90 de forma consistente. A pressão arterial é a força exercida pelo sangue à medida que comprime as paredes das artérias, se for elevada pode danificar os vasos e causar arterosclerose e quando passa de 120/80, o risco de doenças cardiovasculares aumenta. Frequentemente associa-se a diversas complicações, como doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. A hipertensão não tem causa única, mas é resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A obesidade, a falta de exercícios, o uso abusivo do sal em alimentos e o estresse excessivo podem produzir hipertensão em pessoas que tenham predisposição biológica para a doença (Straub, 2005).

A hipertensão arterial é caracterizada como um transtorno atípico, por não revelar uma sintomatologia específica que permita sua detecção, sendo que a avaliação do hipertenso deve incluir a avaliação dos fatores psicossociais, por meio de instrumentos adequados (Soares, 2005). Geralmente identificam-se três etapas que antecedem a cronicidade da hipertensão, sendo elas, **pressão reativa** caracterizada por elevações da pressão sistólica produzindo uma regulação hemodinâmica incorreta para determinadas situações, nessa etapa os fatores psicossociais são os que mais contribuem para os elevados níveis da pressão arterial; **hipertensão *boderline*** caracterizada por pressão sistólica e frequência cardíaca elevadas por longo tempo, fatores que agravam os mecanismos hemodinâmicos (álcool e nicotina, entre outros); e **hipertensão essencial** caracterizada por pressão sistólica e diastólica elevadas, os principais fatores agravantes nessa fase são os biológicos, mediados neuro-hormonalmente e disfunção renal (Fernández-Abascal, 2000).

Estudos apontam algumas características psicológicas associadas à hipertensão arterial, Adler e Matthews (1994), Diamond (1982), Trigo, Rocha e Coelho (2000),

descrevem o hipertenso como um indivíduo conflituoso, conotado de hostilidade, impaciência, brusquidão, ressentimento, ansiedade e sentido de urgência temporal, geralmente expressam seus impulsos por meio de distanciamento, supressão, submissão, complacência e expressão de ira.

De acordo com Lipp (2007), o tratamento da hipertensão arterial requer um trabalho multiprofissional que contemple aspectos relacionados ao controle da ansiedade, do estresse emocional, considerando as características psicológicas do paciente. O treino do controle do estresse parece promover mudanças duradouras no estilo de vida do hipertenso que favorecem a adesão ao tratamento, o gerenciamento da pressão arterial e a manutenção de uma melhor qualidade de vida. Nos parágrafos seguintes procurou-se definir a ansiedade, por se tratar de um aspecto psicológico presente nos processos de saúde-doença, um fator de risco, inclusive na hipertensão.

1.1. Ansiedade

Sadock e Sadock (2007) afirmam que a complexidade da civilização, a rapidez das mudanças e a perda de alguns valores religiosos e familiares tradicionais criam novos conflitos e ansiedades para os indivíduos e para a sociedade. A ansiedade é parte integrante da medicina psicossomática, da teoria e prática psiquiátrica e deve-se analisar sua quantidade e seu efeito, diferenciando entre níveis normais e patológicos. Mesmo nos pacientes sem danos estruturais, a ansiedade causada por sentimentos de incompetência, inadequação e impotência é um aspecto de perturbação, pode ser um componente de muitas condições médicas e de outros transtornos psiquiátricos.

Etimologicamente, a palavra ansiedade provém do termo grego *Anshein*, que significa “estrangular, sufocar, oprimir”. O termo correlato, angústia, origina-se do latim, onde *angor* significa “opressão” ou “falta de ar”, e *angere* quer dizer “causar pânico”. Tais

palavras latinas derivam da raiz indo-germânica *Angh*, indicando estreitamento ou constrição, termos que se referem metaforicamente à experiência subjetiva característica da ansiedade. A distinção entre ansiedade e angústia é feita por alguns autores, porém não há consenso a respeito do assunto (Graeff & Brandão, 1999).

No entanto, para Dalgarrondo (2000), a ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável, inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispnéia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura, entre outros) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental, entre outros). Já o termo angústia relaciona-se diretamente à sensação de aperto no peito e na garganta, de compressão, de sufocamento, assemelha-se muito à ansiedade, mas tem uma conotação mais corporal e mais relacionada ao passado.

Sadock e Sadock (2007) definem a ansiedade como uma sensação difusa, desagradável e frequentemente vaga de apreensão, acompanhada de sintomas autonômicos (cefaléia, perspiração, palpitações, aperto no peito, leve mal-estar epigástrico e inquietação). É vista como um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilitar que a pessoa tome medidas para lidar com a situação, é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna e de origem conflitiva. Difere do conceito de medo, que é uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida e de origem não-conflitiva, apesar de ser um sinal de alerta similar.

Freud (1932/1976) apresenta o conceito de ansiedade como um estado afetivo, com combinações de alguns sentimentos de prazer-desprazer. Postula que a primeira ansiedade do indivíduo se dá no momento do nascimento (ansiedade tóxica), que ocorre em consequência da estimulação instintiva excessiva e o organismo não tem capacidade de controlar. O autor faz distinção entre a ansiedade realística e a neurótica. A ansiedade

realística é considerada uma reação normal e compreensível frente a um perigo externo, que provoca no indivíduo um estado de tensão motora aumentado, essa tensão pode gerar duas reações diferentes, ou o indivíduo adapta-se à situação de perigo, fugindo ou se defendendo, ou o estado de tensão aumentado predomina, causando mais ansiedade e paralisando as ações da pessoa, apresentando, então, a ansiedade neurótica.

A experiência de ansiedade apresenta dois componentes, sendo eles a percepção de sensações fisiológicas e a percepção de estar nervoso ou assustado, que pode ser aumentada pelo sentimento de vergonha. Exerce efeito sobre o pensamento, percepção e aprendizado, tende a produzir confusão e distorções perceptivas, podendo interferir no aprendizado, reduzindo a concentração, a memória e a capacidade de associação. A ansiedade normal acompanha frequentemente o crescimento e o desenvolvimento humano, as mudanças, as experiências novas e ameaçadoras, o encontrar da própria identidade e sentido da vida. Geralmente a ansiedade leva a uma ação com o objetivo de reduzir ou extinguir uma ameaça, pode ser construtiva, ajudando a evitar danos e alertando a pessoa para a execução de atos que eliminem o perigo. No entanto, a ansiedade pode ser patológica em virtude de sua intensidade, duração e consequências, como uma resposta inadequada a determinado estímulo. A ansiedade patológica pode ser um sintoma de transtorno de ansiedade orgânico ou transtorno de ajustamento com humor ansioso (Sadock & Sadock, 2007; Barlow, 2000).

Os transtornos de ansiedade são classificados e descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR (APA, 2003), como **Transtorno de Pânico Sem Agorafobia** que é caracterizado por ataques de pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais o indivíduo se sente persistentemente preocupado; o **Transtorno de Pânico Com Agorafobia** caracteriza-se por ataques de pânico e agorafobia; **Agorafobia Sem História de Transtorno de Pânico** é definido 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 específicos e temidos, frequentemente levando ao comportamento de esquiva; **Fobia Social** caracteriza-se por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, levando também ao comportamento de esquiva.

O **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** é definido por obsessões, que causam acentuada ansiedade ou sofrimento e/ou compulsões, que servem para neutralizar a ansiedade; **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** apresenta-se 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** caracteriza-se 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 (DSM-IV-TR [APA, 2003]).

Tem-se ainda o **Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral** que apresenta sintomas proeminentes de ansiedade considerados como sendo consequência fisiológica direta de uma condição médica geral; **Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância** é representado por sintomas proeminentes de ansiedade, considerados como sendo a 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 (DSM-IV-TR [APA, 2003]).

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. Um **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. A **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 (DSM-IV-TR [APA, 2003]).

Ebert, Loosen e Nurcombe (2002) definem quatro principais teorias etiológicas a respeito dos transtornos de ansiedade, assim sendo, a **Teoria Psicodinâmica** considera os transtornos de ansiedade como estando enraizados em um conflito inconsciente. O mecanismo de defesa primário utilizado é a repressão, no qual os estados dos impulsos inaceitáveis seriam mantidos fora da consciência e o fracasso da repressão poderia resultar em ansiedade e no uso de mecanismos para manter a estabilidade intrapsíquica.

De acordo com a **Teoria da Aprendizagem** (ou Teoria Comportamental), um transtorno de ansiedade se desenvolve quando as pistas ambientais se tornam, durante o desenvolvimento, associadas com acontecimentos geradores de ansiedade, dessa forma, a preocupação e o medo se tornam condicionados e se repetem com o fim de evitar o reforço negativo intermitente. A evitação periódica bem-sucedida de um resultado negativo reforça o comportamento.

A **Teoria Cognitiva** considera a ansiedade como resultado de crenças distorcidas a respeito de si mesmo, do mundo e do futuro (tríade cognitiva). Assim sendo, os transtornos de ansiedade envolvem crenças irracionais que interpretam os acontecimentos de maneira

incorreta, exageradamente perigosa ou ameaçadora, resultando em respostas automáticas a pistas internas ou externas que desencadeiam ansiedade.

Por sua vez, as **Teorias Biológicas** sustentam que a ansiedade e o medo têm um alto valor adaptativo, por aumentar a capacidade de sobrevivência (fuga da ameaça). O entendimento da natureza biológica da ansiedade foi estimulado pela elucidação das ações das drogas que reduzem os sintomas dos transtornos de ansiedade. Essas observações são divididas em três grandes áreas, nas quais anormalidades no funcionamento foram associadas com vários transtornos de ansiedade, sendo elas, o complexo receptor do ácido gama amino-butírico (GABA) – receptor de benzodiazepínicos - canais de cálcio; o núcleo do *locus coeruleus* noradrenérgico; e o sistema serotoninérgico, especialmente os núcleos da rafe e as suas projeções.

Vale ressaltar que Sadock e Sadock (2007) apresentam considerações sobre as **Teorias Existenciais** que oferecem modelos para o transtorno de ansiedade generalizada, para o qual não existe um estímulo especificamente identificável para a sensação de ansiedade crônica. O conceito central é de que as pessoas tornam-se conscientes de um profundo vazio em suas vidas, uma percepção que pode tornar-se mais perturbadora do que a aceitação de sua morte inevitável, dessa forma, a ansiedade é a resposta de uma pessoa a esse imenso vazio de existência e significado.

Nesse contexto, Andreatini, Lacerda e Zorzetto (2001) afirmam que o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é o transtorno mental mais encontrado na clínica (prevalência de 9,5% a 17%). Apresentam os seguintes medicamentos com eficácia comprovada em estudos controlados e disponíveis; os benzodiazepínicos, buspirona, antidepressivos, betabloqueadores, antipsicóticos e extrato de kava-kava e apresentam as principais linhas de pesquisa de novos fármacos ansiolíticos, algumas derivadas do mecanismo de ação de drogas já disponíveis e outras se originam da observação de estudos

sobre o envolvimento de outros neurotransmissores na ansiedade, como por exemplo, neuropeptídeos e glutano.

A ansiedade generalizada caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, a pessoa vive tensa, preocupada, nervosa ou irritada. Os sintomas mais frequentes são insônia, dificuldade em relaxar, agitação constante, irritabilidade aumentada, dificuldade de concentração e sintomas físicos, como, taquicardia, tontura, cefaléia, dores musculares, epigastralgias, formigamentos e sudorese fria (Dalgalarrodo, 2000).

É relevante para esse estudo, e de acordo com Cruz, Zangrossi e Graeff (1998); Spielberger, Gorsuch e Lushene (2003), diferenciar a ansiedade como estado e como traço. A ansiedade-estado é aquela observada em um dado momento da vida do indivíduo, é um estado emocional transitório, usualmente associada a algum evento estressógeno, podendo ser elevada ou atenuada devido à apresentação ou retirada do evento, é caracterizada por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que variam em intensidade no decorrer do tempo. A ansiedade-traço é uma característica do indivíduo, uma propensão para sentir maior ou menor grau de ansiedade, sendo essa predisposição determinada por influências genéticas e por experiências prévias do indivíduo, é a forma como a pessoa tende a reagir em situações percebidas como ameaçadoras. As pessoas que apresentam níveis elevados de ansiedade-traço tendem a apresentar também níveis elevados de ansiedade-estado, por reagirem às situações como se fossem ameaçadoras ou perigosas com maior frequência.

Nos parágrafos seguintes, apresentamos algumas pesquisas pertinentes sobre ansiedade e hipertensão. Florindo (1991) desenvolveu um estudo para avaliar a ansiedade-traço e a ansiedade-estado, de 50 pacientes hipertensos de um Centro de Saúde, foi utilizado como instrumento de medida, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os resultados demonstraram interações entre ansiedade e atividade cardiovascular

(hipertensão). A autora enfatiza a necessidade da equipe de saúde e o próprio paciente lidarem adequadamente com a ansiedade, por ser um fenômeno psíquico presente no processo do surgimento da doença e durante o tratamento.

Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb e D`Agostinho (1993) mediram a ansiedade, os sintomas de raiva, a expressão de raiva e a pressão arterial, por meio do instrumento “*Framingham Heart Study*”, em um estudo longitudinal, durante 18 anos, com 1.123 participantes (497 homens e 626 mulheres), inicialmente normotensos. Os resultados demonstraram que os sujeitos que apresentaram valores altos no traço de ansiedade tinham duas vezes mais probabilidade de desenvolver hipertensão.

Mac Fadden e Ribeiro (1998) realizaram um estudo com o objetivo de investigar os dinamismos psicológicos, possivelmente envolvidos na etiologia da hipertensão arterial, por meio do teste de Rorschach e entrevista psicológica. A amostra foi constituída por 20 pacientes hipertensos, de ambos os sexos, com faixa etária entre 27 e 55 anos. Os resultados revelaram que o bloqueio da expressão afetivo-emocional, o predomínio de dinamismos imaturos e subjetivos da personalidade e a presença de ansiedade podem atuar sobre o sistema nervoso autônomo, favorecendo crises hipertensivas transitórias que, ao longo do tempo, podem transformar-se em crises permanentes (hipertensão arterial).

Chaves e Cade (2002) desenvolveram um estudo descritivo correlacional com o objetivo de verificar a relação entre estratégias de enfrentamento com os estados de ansiedade e de depressão em pessoas portadoras de hipertensão arterial. Participaram do estudo 78 mulheres que recebiam tratamento no InCor (Instituto do Coração) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram utilizados três Inventários, sendo eles, Enfrentamento de Folkman e Lazarus, Ansiedade de Spilberger e Depressão de Beck. Os resultados demonstraram que a amostra, em sua maioria, apresentava média de traço e estado de ansiedade moderada e ausência de depressão. Além disso, fuga-esquiva foi a

estratégia de enfrentamento que prevaleceu, demonstrando associação entre depressão e estratégias de enfrentamento menos efetivas, porém não havendo diferença estatisticamente significativa entre estratégias de enfrentamento e ansiedade.

Com o objetivo de avaliar sintomas depressivos e nível de ansiedade nos pacientes com hipertensão arterial, Barud e Kowalik (2004) fizeram um estudo com 38 hipertensos, sendo 17 mulheres e 21 homens, com idade média de 53 anos. Para coleta de dados utilizaram a escala de ansiedade e depressão de Zigmond e Snaith (HADS) e o inventário Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger, Gorsuch e Lushene (STAI). Os resultados revelaram uma ocorrência moderada de sintomas depressivos nos pacientes com hipertensão e um nível elevado de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Os pesquisadores observaram que esses pacientes reagem com ansiedade desproporcionalmente elevada, como uma pré-disposição comportamental.

Visando avaliar a influência da ansiedade e o risco de desenvolver a hipertensão arterial, infarto do miocárdio e derrame, Gafarov, Gromova, Gagulin, Ekimova e Santrapinskiy (2007) desenvolveram um estudo longitudinal com 2.149 homens com idade entre 25 e 64 anos, durante 10 anos. Foi utilizada a escala de Spielberg para estimar a ansiedade e o modelo de regressão Cox-proporcional para estimar o risco relativo. Os resultados indicaram que um alto nível de ansiedade pode predizer um alto risco de hipertensão e problemas cardiovasculares em homens de meia-idade.

Em um estudo, Lemos, Gottschall, Pellanda e Müller (2008) estabeleceram o objetivo de investigar a associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pessoas que sofreram infarto do miocárdio - IAM (um problema que pode ocorrer em comorbidade com a hipertensão). Os participantes foram 168, divididos em três grupos: 60 internados com diagnóstico de IAM, 49 ambulatoriais com diagnóstico de doença cardiovascular sem infarto e 59 da população em geral, sem diagnóstico de doença

cardiovascular, de ambos os sexos, com idade entre 35 e 65 anos. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e o Teste de Qualidade de Vida (WHOQOL). Os resultados sugerem que os transtornos de depressão não são desencadeados pelo IAM, mas que estão presentes antes da admissão hospitalar, que os pacientes internados com diagnóstico de IAM e os pacientes ambulatoriais apresentam níveis mais elevados de ansiedade, e em relação à qualidade de vida, o domínio físico apresentou valores mais baixos no grupo controle ambulatorial.

Pode-se compreender, após essas considerações, a ansiedade como um dos aspectos psicológicos presentes no processo de adoecimento em pessoas que tem hipertensão. Nos parágrafos seguintes, buscou-se contextualizar porque o suporte familiar pode ser considerado um aspecto social e um fator de proteção, presente no processo saúde-doença.

1.2. Suporte familiar e sua percepção

Baptista (2005), após revisão da literatura e de pesquisas na área, concluiu que um alto nível de percepção de suporte familiar está relacionado com baixa prevalência de transtornos ansiosos e de humor e também pode influenciar positivamente nos resultados do tratamento psicoterápico. Ross e Mirowsky (2002) apontam que a percepção de adequado suporte familiar está relacionada com o aumento do senso de segurança em relação à sobrevivência, em indivíduos com constantes crises de saúde, e pode reforçar hábitos saudáveis. As pessoas que percebem um suporte emocional por parte da família esperam viver por mais tempo, ou seja, apresentam esperança de vida subjetiva mais elevada.

De acordo com Castro, Campero e Hernández (1997), o suporte social, do qual o suporte familiar é considerado como uma parte, é um conceito multidimensional e complexo, e associa-se com a saúde dos indivíduos. Pode ser considerado uma das variáveis de impacto do estresse sobre a saúde. O efeito do suporte social pode ser

compreendido de duas formas; como efeito direto, que favorece os níveis de saúde independente do nível de estresse e como efeito amortecedor, que protege o indivíduo dos efeitos dos eventos de vida estressantes. Os autores postulam que apesar da complexidade dos fenômenos, os indivíduos que possuem relações de apoio social, principalmente familiar, com frequência possuem melhores condições de saúde física e mental.

Nesse contexto, Ceberio (2006) ressalta que a família pode ser considerada como um dispositivo social capaz de influenciar os indivíduos em seus relacionamentos futuros, funciona como um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, podendo influenciar nos padrões de comportamento, nos sentimentos de pertencimento social e na saúde mental. Todos os grupos sociais, inclusive a família, são permeados de processos complexos de comunicação e relacionamento, sistemas de crenças, regras próprias, valores em comum e funções específicas. O autor aponta que as famílias vêm sofrendo modificações importantes nas últimas décadas, tais como, menor número de filhos, maior número de divórcios, mulheres trabalham fora, homens auxiliam nas tarefas domésticas, regras e funções menos rígidas, maior proximidade entre pais e filhos, menor aglutinação, entre outras.

Ao estudar a influência da família na vida das pessoas, é necessário compreender o conceito de suporte familiar, que pode ser entendido como o grau de afeto, confiança, ajuda e apoio entre os membros da família. O suporte familiar, bem como cada pessoa o percebe, é importante para uma vida mais saudável e feliz, abrangendo questões relativas às complexas relações que se estabelecem entre os membros de uma família, sendo também um aspecto relevante do suporte social (Moos, 1990).

Vários autores, como por exemplo, Procidano e Heller (1983), Castro, Campero e Hernández (1997) e Baptista (2005) destacam a importância da percepção do suporte familiar, sendo que o suporte percebido não é idêntico ao suporte realmente recebido, mas estão diretamente ligados. A percepção do suporte familiar encontra-se influenciada por

fatores pessoais, traços estáveis e mudanças temporais. Assim sendo, as mudanças familiares, como separação, morte, casamento dos filhos, entre outras, são sentidas de maneira e intensidade diferentes por seus membros, ou seja, o que pode representar insegurança e perda da estabilidade para alguns, não tem o mesmo significado para outros.

Ainda nessa direção, Baptista e Oliveira (2004) entendem suporte familiar como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família (características psicológicas), diferindo do conceito de estrutura familiar que se refere ao número de pessoas pertencentes a uma família, sua disposição e composição (características físicas). Diferentes estruturas familiares podem oferecer suporte familiar adequado, não havendo relação direta entre esses dois conceitos, é o que afirmam McFarlene, Bellissimo e Norman (1995) após um estudo realizado com 810 estudantes com o objetivo de verificar a relação entre a estrutura familiar, a integração familiar e o bem estar dos filhos na adolescência, comparando as famílias intactas com as que sofreram mudanças estruturais.

Segundo Olson (2000), o suporte familiar envolve compreender a família como um sistema em funcionamento, que implica no resultado do desenvolvimento de seus membros e nas maneiras de enfrentamento de situações complexas. O autor apresenta um modelo de suporte familiar dividido em três dimensões, sendo elas, coesão, flexibilidade e comunicação. A **coesão** é definida como o vínculo emocional que os membros da família têm entre si, incluindo limites, alianças, tempo, espaço, amizade, decisões, interesses e recreação. A **flexibilidade** refere-se ao equilíbrio entre mudanças e estabilidade de papéis e regras frente à necessidade de adaptação, incluindo liderança, controle, disciplina e negociação. A **comunicação** é considerada uma dimensão facilitadora, pois permite o movimento das famílias e negociações das outras duas dimensões, inclui empatia, habilidade de escuta, clareza, continuidade, consideração e respeito.

Para Campos (2004), o principal efeito do suporte familiar está relacionado com a maneira pela qual o receptor percebe o apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado, participando de uma rede de recursos e informações que são compartilhadas. Essa percepção é que o fortalece para enfrentar o ambiente, trazendo consequências positivas para seu bem-estar, tais como, redução do estresse, aumento da auto-estima e do bem estar psicológico. Não bastando estar inserido numa rede social, é fundamental que essa rede propicie a oportunidade de relacionamentos suportivos, oriundos de relações interpessoais próximas e acolhedoras. Dessa forma, as principais funções da família são a afetiva, a socializadora e a cuidadora. O autor cita vários estudos que relacionam suporte social, família, estresse, ansiedade e doença e conclui que a família, quando funciona como suporte social para seus membros, pode proporcionar melhores condições de enfrentamento do estresse, seja oriundo de crises internas ou externas, e superação ou prevenção das doenças.

Os conflitos familiares são considerados fatores de estresse social, que é um dos fatores ambientais de risco para o desenvolvimento da hipertensão e cardiopatias, dentre outros como, problemas financeiros, precárias condições de trabalho e moradia, dificuldades de transporte e violência. Estudos indicam que incluir a família em programas de atenção ao paciente hipertenso e à doença cardiovascular, pode facilitar a adesão ao tratamento e o maior controle da pressão arterial (Burd & Tavares, 2004).

Segundo Caplan (1976, citado por Campos, 2004), sistemas de suporte implicam em padrões duradouros de vínculos que contribuem de maneira significativa para a manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo. O autor enuncia as funções da família como sistema de suporte, sendo elas, coletora e disseminadora de informação, fornecedora de orientação e feedback, fonte de ideologia, guia e mediadora na solução de problemas, fonte de serviços práticos e ajuda concreta, refúgio para repouso e recuperação, referência e

grupo-controle, fonte validadora da identidade e apoio emocional. Por ser a família fonte primária da identidade e reforçadora, ela é importante no enfrentamento de crises.

Famílias inteiras podem vivenciar situações de estresse particulares, como mudanças de vida e eventos importantes, sendo que esses fatores podem desencadear repercussões sobre a saúde do grupo. Dessa forma, se a família funcionar com versatilidade e maiores recursos pode favorecer a percepção de suporte adequado. O suporte familiar, quando presente e principalmente percebido, pode agir como protetor para eventos vitais estressantes, podendo moderar o efeito negativo da situação, protegendo contra a incerteza, cuidados precários, violência e isolamento. A idéia de proteção envolve não apenas evitar o surgimento de doenças, mas também proteger quanto ao grau de incapacitação da mesma (Mota, Franco & Motta, 1999).

Carneiro (1992) ressalta a importância de a família atuar de forma integrada, mas preservando a individualidade, sendo fundamental na dinâmica familiar a comunicação funcional, regras coerentes e flexíveis e liderança compartilhada. Quando cada membro da família desempenha um papel específico, bem definido, adequado e flexível, a família pode ser facilitadora da saúde emocional, e assim, funcionar como um sistema de suporte para seus membros.

De acordo com Ackerman (1986), não existe família idealmente saudável, as famílias são ou predominantemente saudáveis ou predominantemente doentes, do ponto de vista psiquiátrico, sendo possível distinguir em determinadas famílias, alguns componentes de funcionamento familiar saudável e outros desqualificados. Dessa forma, pode-se medir a profundidade e nocividade da falha na adaptação familiar de acordo com o nível no qual a família lida com seus problemas. O autor afirma que, independente do nível social e econômico, a vida familiar pode agir como um tipo de correia transmissora de conflito e ansiedade patogênicos, tornando-se uma fonte de contágio emocional doentio. Cada família

tende a ser caracterizada por focos típicos de ansiedade e conflito que aparecem nitidamente quando as relações familiares não conseguem satisfazer as expectativas emocionais de seus membros. Existem incontáveis padrões de comportamento familiar e diferentes graus de sucesso ou falha de adaptação nos papéis familiares, podendo-se pensar na família como mensageira de elementos que predisõem à doença ou à saúde. Nos parágrafos seguintes descrevemos algumas pesquisas pertinentes, que analisaram os efeitos do suporte familiar no processo de saúde-doença.

Procidano e Heller (1983), realizaram um estudo de validação da escala de suporte social proveniente da família - *Perceived Social Support from Family* (PSS-Fa), esse instrumento aborda a necessidade de suporte, informação e realimentação provinda da família. Os resultados demonstraram correlação negativa entre suporte social familiar, depressão e ansiedade, ou seja, as pessoas que apresentaram níveis altos de suporte social familiar apresentaram níveis baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa. Os autores apontam que as principais variáveis inseridas no suporte familiar foram a provisão de informações, conforto e suporte emocional proveniente da família.

Com o objetivo de avaliar a prática de respostas dos pais, Favarelli, Panichi, Pallanti, Paterniti, Grecu e Rivelli (1991) avaliaram 32 pacientes com diagnóstico de transtorno do pânico por meio do *Parental Bonding Instrument* (PBI), um instrumento de auto-relato, desenvolvido para ser aplicado em adolescentes, mede duas dimensões antagônicas do suporte familiar, sendo elas, superproteção versus permissão de autonomia/independência e rejeição/indiferença versus carinho. Os pacientes avaliados foram comparados com 32 pessoas saudáveis (grupo controle). Concluiu-se que o grupo de pacientes com desordem do pânico identificou os pais como sendo significativamente menos atenciosos, mais superprotetivos e menos consistentes quanto às atitudes parentais.

Visando estudar o efeito de fatores psicossociais em pacientes com hipertensão durante o tratamento hospitalar, Hong, Han e Liu (2000) desenvolveram uma pesquisa com 124 pacientes hipertensos internados. Os participantes foram divididos em grupo de 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 do grupo de tratamento ineficaz apresentaram mais características de comportamentos inadequados, eventos de vida mais negativos, mais sintomas de ansiedade e receberam menos suporte da família. Os autores sugeriram mais atenção aos fatores psicossociais dos pacientes com hipertensão que recebem tratamento hospitalar.

Após levantamento teórico realizado por Baptista, Baptista e Dias (2001), os autores indicam que existem amplas evidências de que problemas relacionados à estrutura e suporte familiar estão relacionados a desordens psiquiátricas infantis. Apontam também que não se pode pensar em uma causa específica para a depressão, pois como na maioria dos problemas humanos, é mais adequado falar em multifatores, sendo eles, biológicos/genéticos, psicológicos e sociais, que se inter-relacionam. Dessa forma, os profissionais na área da saúde devem estar atentos para os diversos fatores, com o objetivo de desenvolver um diagnóstico mais preciso e realizar uma intervenção mais adequada.

Frances, Palarea, Ojeda, Ramal e Aleman (2001) fizeram um estudo com o objetivo de verificar a relação entre depressão, ansiedade, estresse, deficiência do suporte social e hipertensão arterial. Foram analisadas as diferenças entre dois grupos, sendo um deles composto por 73 hipertensos e o outro, grupo de controle, composto por 73 normotensos, ambos com idades entre 21 e 65 anos. Os resultados demonstraram que o grupo de

hipertensos apresentou níveis mais altos de ansiedade e depressão em relação ao grupo controle, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de estresse e suporte social.

Com o objetivo de analisar a influência do apoio social familiar no cuidado de pessoas com diabetes tipo 2, uma das doenças crônicas também prevalentes na atualidade, que pode inclusive se apresentar em comorbidade com a hipertensão, Rossi (2005) realizou um estudo com 51 participantes. Foram utilizados dois instrumentos, sendo eles, entrevista individual para a caracterização das pessoas participantes e a Técnica do Incidente Crítico, para obtenção dos relatos positivos e negativos de eventos que envolveram os familiares. Os resultados apontam para a importância do envolvimento da família no tratamento e a participação em grupos, que pode contribuir para a adesão e a prevenção de complicações agudas e crônicas.

Baptista, Baptista e Torres (2006) desenvolveram um estudo objetivando correlacionar a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa com suporte social em gestantes durante o pré-natal num Centro de Saúde, do qual participaram 44 gestantes, com idade entre 18 e 35 anos. Foram utilizados para a coleta de dados um questionário de identificação, a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e uma Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). Os resultados indicaram que 29,5% apresentaram sintomatologia depressiva, 70,5% sintomas ansiosos controlados (ansiedade-estado) e 56,8% referiram possuir alto suporte social. Verificou-se correlação positiva entre a escala de depressão e ansiedade-estado ($r=0,52$, $p=0,000$) e ansiedade-traço ($r=0,74$, $p=0,000$), além de correlação negativa entre as escalas de suporte social com ansiedade-estado ($r=-0,43$, $p=0,004$) e ansiedade-traço ($r=-0,51$, $p=0,000$) e suporte social com depressão ($r=-0,41$, $p=0,006$). Desta forma, os resultados demonstraram a importância do suporte social no período de gestação.

Com o objetivo de verificar se a dificuldade econômica, ou seja, se um status sócio-econômico (SES) mais baixo correlacionava-se positivamente com baixo desempenho escolar, comportamento agressivo, abuso de substância, ansiedade, e depressão; e se o suporte familiar e a identificação cultural correlacionavam-se negativamente com estas dificuldades, Guerrero, Hishinuma, Andrade, Nishimura e Cunanan (2006) desenvolveram uma pesquisa com 216 adolescentes. Para a coleta de dados utilizaram testes que avaliaram o suporte familiar, a informação demográfica básica, algumas variáveis sociais, o desempenho escolar, a depressão, a ansiedade, a agressão e o abuso de substância. Na amostra pesquisada, baixo SES correlacionou-se com o baixo desempenho na escola. Nos adolescentes com baixo SES, o suporte familiar se apresentou como um forte fator protetor, também contra a ansiedade, a depressão, dificuldades acadêmicas, comportamentais e emocionais.

Demanele e Brigham (2006) realizaram uma pesquisa com o propósito de identificar sequelas cognitivas em pacientes com hipertensão arterial pulmonar e investigar as relações entre sequelas cognitivas e depressão, ansiedade e qualidade de vida. Para a coleta de dados foram utilizados testes neuropsicológicos e questionários. Participaram do estudo 46 adultos com hipertensão arterial pulmonar e os escores foram comparados com dados da população geral. Foi verificado que 58% dos pacientes com hipertensão arterial pulmonar apresentaram sequelas cognitivas, 25% apresentaram nível moderado a severo de depressão e 19% nível moderado a severo de ansiedade. Valores mais baixos na qualidade de vida foram associados com memória de trabalho mais prejudicada. Os autores concluíram que os pacientes com hipertensão arterial pulmonar apresentaram dificuldades cognitivas, depressão, ansiedade e baixa qualidade de vida e ressaltaram a importância de outras pesquisas que relacionem esses construtos. Os autores apresentaram os resultados como uma “conclusão” e demonstraram uma tendência a generalizar os resultados, no

entanto, deve-se tomar cuidado com a generalização de resultados como o desse estudo, devido ao tamanho pequeno da amostra.

Souza (2007), considerando a hipótese de que quanto melhor a percepção do suporte familiar, melhor o estado de saúde mental, fez um estudo buscando evidências de validade entre o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Os participantes foram 530 estudantes universitários, com idade entre 17 e 54 anos. Os instrumentos utilizados foram questionário de identificação, IPSF e QSG. Foi observado que a melhor percepção do suporte familiar está relacionada com menor sintomatologia de estresse psíquico ($r = -0,17$, $p = 0,000$), desejo de morte ($r = -0,15$, $p = 0,000$), desconfiança no desempenho ($r = -0,16$, $p = 0,000$), distúrbios do sono ($r = -0,13$, $p = 0,002$) e psicossomáticos ($r = -0,10$, $p = 0,015$) e menor severidade da doença mental ($r = -0,18$, $p = 0,000$).

Visando buscar evidências de validade baseadas na relação com outras variáveis, entre o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT), Aquino (2007) fizeram um estudo com 414 estudantes universitários, com idade média de 25 anos, sendo 56,8% deles do sexo feminino. Foram utilizados os instrumentos IPSF, EVENT e um questionário de identificação, para caracterização da amostra. Após as análises dos resultados, foram encontradas correlações negativas entre as dimensões do IPSF e da EVENT ($r_s = -0,24$ e $p = 0,000$), conforme esperado, indicando que quanto maior a percepção do suporte familiar, menor a vulnerabilidade ao estresse.

Baptista, Souza e Alves (2008) realizaram um outro estudo utilizando o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Beck Depression Inventory (BDI), com o objetivo de buscar evidências de validade para a Escala de Depressão (EDEP) relacionada a outras variáveis. A amostra foi composta por 157 universitários, com idades entre 18 e 51

anos ($M= 23,22$; $DP= 6,4$) sendo 75,5% do sexo feminino. O coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s), utilizado para análises não paramétricas demonstrou correlação positiva da EDEP com o BDI ($r_s=0,75$; $p < 0,000$) e correlações negativas com o IPSF e seus fatores, sendo para o fator Afetivo consistente ($r_s=-0,36$; $p < 0,000$), para o fator Adaptação ($r_s=-0,37$; $p < 0,000$), no fator Autonomia ($r_s =-0,32$; $p < 0,000$) e na soma Total ($r_s=-0,42$; $p < 0,000$), indicando que quanto maior a sintomatologia depressiva (outro fator psicológico presente no processo saúde-doença), menor o suporte familiar percebido.

Tais considerações levam a pensar que a ausência de um suporte familiar adequado pode estar relacionada, entre outras coisas, ao processo de adoecimento, com o aumento da ansiedade, do estresse e de sintomas depressivos. Dessa forma, sua inadequação poderia comprometer a saúde, compreendida de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, como bem-estar físico, mental e social (Spink, 2003). A ansiedade, por sua vez, pode ser considerada um fator psicológico de risco envolvido no processo saúde-doença, inclusive na hipertensão. Sob a perspectiva de que esse estudo pretende utilizar instrumentos para avaliar os construtos ansiedade e percepção do suporte familiar, serão realizadas, a seguir, algumas considerações sobre a avaliação psicológica.

2. AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Segundo Alchieri, Noronha e Primi (2003), a avaliação psicológica está baseada no método científico e deve ser compreendida como um processo que pode incluir (ou não) a aplicação de instrumentos psicológicos, embora os testes padronizados sejam um importante recurso para se alcançar os objetivos da avaliação psicológica. Analisar os parâmetros psicométricos dos instrumentos, referentes aos itens (elaboração e análise), a fidedignidade ou precisão e validade são importantes, pois indicam a qualidade e segurança na utilização dos testes psicológicos.

De acordo com Anastasi e Urbina (2000), os testes são importantes ferramentas utilizadas na avaliação psicológica, à medida que formam uma amostra objetiva e padronizada do comportamento e tem contribuído efetivamente nas mais variadas áreas da vida das pessoas. No entanto, esse crescimento tem sido acompanhado por alguns usos inadequados e expectativas irreais. Os profissionais encontram dificuldades em avaliar os instrumentos, conhecem pouco seus propósitos e quais informações vão poder obter sobre a pessoa que está sendo avaliada, e como seus resultados poderiam ser interpretados e integrados aos dados obtidos para conduzir a tomada de decisões.

Com o objetivo de regulamentar o uso de testes psicológicos e verificar seus parâmetros psicométricos, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) constituiu a Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica e em 2003 publicou a resolução nº 002/2003 definindo a regulamentação para construção de instrumentos, de acordo com princípios reconhecidos pela comunidade científica, especialmente os desenvolvidos pela psicometria. Após a promulgação da resolução pelo CFP, vários estudos foram desenvolvidos, e de acordo com o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos, foram enviados para o CFP um total de 185 testes, dos quais 105 receberam o parecer favorável, 59 parecer desfavorável e os demais permanecem em análise (SATEPSI, CFP, 2009).

Pasquali (2001) considera os testes psicológicos, instrumentos de medida em Psicologia, dessa forma, devem apresentar características que justifiquem confiar nos dados que produzem. A psicometria definiu a precisão e a validade como qualidades que viabilizam a confiabilidade das inferências feitas a partir dos resultados e para garantir tais propriedades, os procedimentos necessitam de uniformidade na coleta de dados e no tratamento, realizado por meio da padronização, ou seja, é necessária condição padronizada e definida na pesquisa para aplicação dos testes (Alchieri & Cruz, 2004).

Um dos parâmetros psicométricos importantes, a precisão, fidedignidade, ou confiabilidade se refere à consistência dos resultados obtidos pelas mesmas pessoas em diferentes ocasiões quando reexaminadas pelo mesmo teste, ou por um conjunto de itens diferentes e equivalentes, ou sob condições variáveis de teste. Deve-se definir a variância de erro e o coeficiente de correlação que expressa o grau de correspondência, ou relacionamento, entre dois conjuntos de escores (Anastasi & Urbina, 2000).

A validade, outro parâmetro psicométrico importante, refere-se ao quanto realmente o teste mede o construto à que se propõe medir, indicando o que se pode inferir dos escores do teste. Existem vários processos de verificação da validade, por isso não é correto afirmar que um teste é válido, mas verificar se o teste possui evidências de validade para a interpretação de um tipo de resultado. Assim, os testes psicológicos devem estar em constante processo de validação. Uma das formas de evidências de validade são as evidências baseadas nas relações com outras variáveis, que buscam correlações entre os escores do teste e outras variáveis que meçam o mesmo construto ou relacionados e com variáveis que meçam construtos diferentes (Urbina, 2007), serão essas as evidências de validade verificadas nesse estudo. Evidências de validade convergentes podem ser verificadas por meio de uma correlação positiva, conforme aumenta a intensidade de uma variável, aumenta também a intensidade de outra. Evidências de validade divergentes podem ser verificadas por meio de uma correlação negativa, conforme aumenta a intensidade de uma variável, a outra diminui (Sisto, 2007; Anastasi & Urbina, 2000).

Pasquali (2001) ressalta que os psicometristas recorrem a uma série de técnicas para demonstrar a validade dos instrumentos, essas técnicas podem ser resumidas em três classes, sendo elas, validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério que pode ser dividida em validade preditiva e validade concorrente. A validade de construto ou conceito é a forma mais fundamental de validade, verifica se o instrumento realmente mede

ou representa o comportamento que deseja medir. As técnicas que auxiliam nessa identificação, são correlações com outros testes, análise fatorial e consistência interna.

A validade de conteúdo, por sua vez, consiste essencialmente no exame sistemático do conteúdo do teste. É importante que os itens constituam uma amostra adequada, para que o comportamento testado possa ser analisado assegurando que os aspectos mais importantes estejam incluídos nos itens do teste e em proporções corretas. Já a validade de critério se refere aos procedimentos que indicam a efetividade de um teste para prever o desempenho específico de um indivíduo, existindo dois tipos, a validade preditiva e a validade concorrente (Anastasi & Urbina, 2000).

A padronização é importante devido à necessidade de uniformidade dos procedimentos no uso de testes psicológicos, desde precauções na aplicação até os critérios para a interpretação dos resultados obtidos. Um dos objetivos da padronização dos instrumentos é garantir que a coleta de dados seja de boa qualidade e mais uniforme, pois uma aplicação mal feita compromete os resultados. Para garantir uma boa administração dos testes é necessário seguir os critérios estabelecidos no manual, utilizar adequadamente o material, verificar o ambiente físico, o ambiente psicológico, aptidões e conhecimento do aplicador, aparência e comportamento durante a testagem (Anastasi & Urbina, 2000).

Nas pesquisas realizadas durante o presente estudo, encontrou-se os seguintes instrumentos de avaliação da ansiedade: apenas o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) com parecer favorável pelo CFP, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e o IDATE-C (forma utilizada com crianças) que estão com parecer desfavorável no CFP, provavelmente devido à falta de estudos no Brasil, pois nas pesquisas internacionais o IDATE é o instrumento mais utilizado na avaliação da ansiedade, e nas pesquisas internacionais, a Hospital Depression and Anxiety Scale (HADS) desenvolvida por Zigmond e Snaith e a Escala de ansiedade Self-Rating. Os instrumentos que avaliam

suporte familiar encontrados foram: Entrevista Familiar Estruturada, Inventário de Estilos Parentais (IEP) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), todos esses com parecer favorável no CFP e encontrou-se pesquisas com a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS).

Keedwell e Snaith (1996) fizeram um levantamento a respeito das escalas de ansiedade mais utilizadas e apresentaram as seguintes escalas de avaliação clínica: escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A; Hamilton, 1959); escala de ansiedade de Beck (Beck *et al.*, 1988); escala clínica de ansiedade (Clinical Anxiety Scale - CAS; Snaith *et al.*, 1982); escala breve de ansiedade (BAS; Tyrer *et al.*, 1984); escala breve de avaliação psiquiátrica (BPRS; Overall *et al.*, 1962) e escalas de auto-avaliação: inventário de ansiedade traço-estado (IDATE; Spielberger *et al.*, 1970, STAI); escala de ansiedade de Zung (Zung, 1971); escala de ansiedade manifesta de Taylor (Taylor, 1953); sub-escala de ansiedade do Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis *et al.*, 1973); POMS (Profile of Mood States - POMS; Lorr e McNair, 1984); escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS; Zigmond e Snaith, 1983). Segundo esses autores as escalas de Hamilton e de Beck são as escalas de avaliação clínica mais utilizadas e o IDATE e a sub-escala de ansiedade do "Symptom Checklist" (SCL-90) são os instrumentos de auto-avaliação mais utilizados.

Baptista (2009), após os estudos realizados para o desenvolvimento do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), aponta que as maiores iniciativas de construção de testes para avaliar suporte familiar ocorreram na década de 80 e apresenta os seguintes instrumentos internacionais: *Family Assessment Device* – FAD (Epstein, Baldwin e Bishop, 1983), *Parental Bonding Instrument* - PBI (Parker, Tupling e Brown, 1979), *Family Satisfaction Scale* - FSS (Carver e Jones, 1992) e *Perceived Social Support from Family* - PSS-Fa (Procidano e Heller, 1983). No Brasil, a avaliação do suporte familiar também vem se desenvolvendo, mas o autor ressalta que nenhum desses instrumentos avalia a percepção

de suporte familiar, sendo eles: Entrevista Familiar Estruturada - EFE (Carneiro, 1983), Questionário de Percepção dos Pais – QPP (Pasquali & Araújo, 1986), Medida de Satisfação Familiar (Lummerts & Biaggio, 1987), Inventário de Estilos Parentais - IEP (Gomide, 2003), Inventário de Práticas Parentais – IPP (Benetti & Balbinotti, 2003) e Familiograma – FG (Teodoro, 2006).

Considerando a necessidade de ampliar estudos na área e que a saúde e as enfermidades são determinadas por múltiplos fatores etiológicos - genéticos, bioquímicos, psicológicos e sócio-ambientais, os quais podem interagir de modo complexo e sua compreensão requer um entendimento sofisticado, justifica-se a construção, validação e aplicação de instrumentos psicológicos que possam aprimorar a avaliação psicológica no contexto da saúde (Capitão, Scortegagna & Baptista, 2005).

Vale ressaltar que o método de pesquisa utilizado no presente estudo foi o delineamento correlacional, com o objetivo de identificar relações entre variáveis, ou seja, verificar se duas ou mais variáveis são relacionadas e como é essa relação, por meio de procedimentos estatísticos, principalmente o teste de correlação, sem estabelecer uma relação de causa e efeito (Sisto, 2007).

3. OBJETIVOS

Diante dos aspectos levantados, o presente trabalho tem como objetivo geral correlacionar indicadores de ansiedade e de percepção do suporte familiar em hipertensos, tendo como hipótese que níveis mais altos de ansiedade podem estar relacionados com níveis mais baixos de percepção do suporte familiar (evidências de validade divergentes).

Os objetivos específicos desse estudo são:

- Avaliar os níveis de ansiedade em pessoas portadoras de hipertensão;
- Avaliar os níveis de percepção do suporte familiar em hipertensos;
- Buscar evidências de validade convergentes entre os instrumentos Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), que avalia sintomas de ansiedade, e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), que avalia ansiedade traço (característica do indivíduo) e ansiedade estado (circunstancial).

4. MÉTODO

4.1. Participantes

O trabalho foi realizado com 70 pessoas, com diagnóstico médico de hipertensão arterial há 3 anos ou mais, com idade entre 27 e 65 anos, média 52,3 e desvio padrão de 8,9. Os participantes realizam tratamento em uma Unidade Básica de Saúde numa cidade do interior do estado de São Paulo. Quanto ao gênero, 52 (74,3%) são do sexo feminino e 18 (25,7%) do sexo masculino. Outras características dos participantes estão detalhadas nos resultados e discussão, especificamente na análise descritiva dos participantes.

4.2. Instrumentos

Foram utilizados nesse estudo um Questionário de Identificação, o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (Cunha, 2001), o Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE (Spilberger, Gorsuch & Lushene, 2003) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF (Baptista, 2005; 2009).

4.2.1. Questionário de Identificação (Anexo 1)

Foi elaborado um instrumento com 9 questões fechadas, algumas com alternativas, com o objetivo de identificar algumas características dos participantes, pertinentes à pesquisa e que não constavam no cabeçalho dos testes. As questões foram referentes ao tempo que o participante apresenta hipertensão arterial, se apresenta outra doença crônica, se passou por algum problema sério no último mês, etnia, número de filhos, com quem mora atualmente, tempo de casamento, renda familiar e tipo de moradia (características sócio-econômicas).

4.2.2. Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

Foi utilizado para medir o nível de ansiedade (sintomas), sendo o único instrumento desse tipo com normas para o Brasil, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, disponível para compra e de aplicação prática (Santos & Canguçu, 2004). Em 1998 Beck e colaboradores criaram o instrumento Beck Anxiety Inventory (BAI) com o objetivo de medir a ansiedade clínica, utilizando para a pesquisa 1.086 sujeitos provenientes de hospital psiquiátrico, sendo 42% homens e 58% mulheres. Os sujeitos selecionados foram chamados para uma entrevista clínica, na qual foram administrados os testes: Anxiety Checklist (ACL), The Physician's Desk Reference checklist (PDR) e Situational Anxiety Checklist (SAC). Diante dos resultados desses três testes, foi criada uma primeira escala com 86 itens e aplicada em 810 sujeitos. Após, foram realizados vários estudos de diferentes tipos de evidências de validade e precisão chegando-se a escala final que passou a conter 21 itens. Cada item dessa escala descreve um sintoma comum de ansiedade e o sujeito deve responder o quanto se incomodou com cada sintoma durante a última semana (Cunha, 2001).

A escala de 21 itens apresentou alta consistência interna ($\alpha = 0,92$) e correlação de itens de 0,30 a 0,71 (média = 0,60) na amostra norte-americana. Em uma sub-amostra de 83 pacientes foi reaplicado o BAI após uma semana da primeira aplicação e a correlação foi de 0,75. A análise fatorial da correlação interna dos 21 itens do BAI foi realizada para confirmar a distinção com o Inventário de Depressão de Beck (BDI), obtendo-se um resultado moderadamente alto, dessa forma, os parâmetros psicométricos encontrados podem ser considerados satisfatórios. As evidências de validade, por meio de análise fatorial exploratória, identificaram dois fatores: o fator somático e o fator de ansiedade e pânico. Na amostra brasileira a consistência interna do instrumento apresentou propriedades adequadas (coeficiente de fidedignidade acima de 0,90). O BAI, na maioria

dos itens, apresenta uma correlação com um nível de significância de $p < 0,001$. Na estimativa de correlação entre o teste e re-teste, com o intervalo de uma semana, o resultado foi de 0,53 ($p < 0,001$) (Cunha, 2001).

A validade de conteúdo do BAI foi realizada por pessoas especializadas (juízes), que consideraram os itens representativos. Na versão brasileira a evidência de validade convergente foi estabelecida em um estudo de correlação do BAI com o IDATE (Spielberger, Gosuch & Lushene, 1979), verificando-se uma correlação significativa com os dois tipos de ansiedade nele descritos, Traço ($r = 0,78$; $p < 0,001$) e Estado ($r = 0,76$; $p < 0,001$). Apesar do BAI ter sido criado originalmente para pacientes de hospital psiquiátrico, os estudos realizados demonstraram adequação à população geral. A versão em português das escalas de Beck foi aplicada em diversos tipos de pacientes, em estudantes e pessoas da comunidade, sendo utilizado em 1.388 pacientes ambulatoriais com diagnóstico misto (Cunha, 2001).

A aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck é auto-administrada, com tempo estimado de 5 a 10 minutos, e caso o examinador considere necessário auxiliar o examinando, utiliza-se a aplicação oral com tempo médio de 10 minutos. Os critérios para correção, dos escores da versão em português do BAI, constituem uma série escalar de 0 a 3 pontos cada e a soma total dos escores pode variar de 0 a 63 pontos. Assim sendo, os resultados diferem quanto ao grau de ansiedade: nível mínimo de 0 a 10; nível leve de 11 a 19; nível moderado de 20 a 30 e nível grave de 31 a 63 (Cunha, 2000).

4.2.3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Esse instrumento de autoria de Spielberger, Gorsush e Lushene começou a ser construído em 1964, com o objetivo de se obter uma medida de estado (A-estado) e Traço de ansiedade (A-traço), que pudesse ser utilizado com adultos normais. Foram selecionados

itens que apresentassem correlação com escalas de ansiedade, como as de Cattell e Sheir, de Taylor e a de Welsh. Como a maioria das escalas media traço, muitos itens foram reformulados para chegar a um instrumento que, com diferentes instruções, pudesse avaliar tanto o estado como o traço de ansiedade (Spielberger, Gosuch, & Lushene, 2003). Esse instrumento não foi incluído na lista do CFP, por não existir estudos suficientes de validade e normatização no Brasil, no entanto, observa-se que nas pesquisas internacionais o IDATE é o instrumento mais utilizado para avaliar ansiedade.

Ao avaliar uma série de medidas de ansiedade, Levitt (1967, citado por Spielberger, Gosuch, & Lushene, 2003) já considerava o IDATE como o instrumento mais cuidadosamente desenvolvido, tanto do ponto de vista teórico como metodológico. Atualmente o IDATE é constituído por dois conjuntos de itens para avaliar duas dimensões de ansiedade, como estado transitório e como traço relativamente estável da personalidade. Apesar de ter sido criado para ser utilizado com pessoas saudáveis, pesquisas demonstraram a sua utilidade também para a avaliação de casos psiquiátricos (Cunha, 2000).

Biaggio e Natalício (1979, citados por Cunha, 2000) fizeram a tradução brasileira que constituiu um trabalho metodologicamente cuidadoso, apresentando normas para adultos e adolescentes. Cada uma das escalas consiste em 20 itens, os indivíduos devem se auto-avaliar numa escala de quatro pontos. As categorias escalares para A-estado são: 1. Absolutamente não; 2. Um pouco; 3. Bastante; 4. MUITÍSSIMO e as categorias escalares para A-traço são: 1. Quase nunca; 2. Às vezes; 3. Frequentemente; 4. Quase sempre. O IDATE pode ser utilizado com adolescentes e adultos e o material é distribuído pelo CEPA, consta de manual e protocolo denominado Questionário de auto-avaliação. A forma de administração pode ser individual ou coletiva e não há tempo limite, o tempo varia conforme o nível de escolaridade e as condições emocionais, sendo necessário

aproximadamente de 6 a 12 minutos para cada escala individual, e de 15 a 20 minutos, aproximadamente para ambas as escalas (Cunha, 2000).

Para analisar o escore é necessário identificar previamente quais os itens que devem ser contados diretamente e quais se devem inverter (10 itens devem ser contados inversamente na escala A-estado e 7 na escala A-traço), obtidos os escores para cada item, esses são somados e determina-se a amostra normativa mais apropriada, consulta-se a tabela localizando-se o escore bruto observado e obtendo-se o escore “T”, ou a ordem percentílica correspondente (Cunha, 2000).

4.2.4. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

Esse instrumento, construído por Baptista (2009), aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia, teve como base diversos instrumentos nacionais e internacionais, tais como o *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES-III) de Olson, Portner e Lavee (1985); o *Family Assessment Device* (FAD) de Epstein, Baldwin e Bishop (1983); o *Family Satisfaction Scale* (FSS) de Carver e Jones (1992); o *Perceived Social Support from Family* (PSS-Fa) de Procidano e Heller (1983); o *Family Awareness Scale* (FAS) de Green, Kolvezon e Vosler (1985); o *Parental Bonding Instrument* (PBI) de Parker, Tupling e Brown (1979) e o Questionário de Estilos Parentais de Gomide (2003).

Inicialmente foi realizada uma pesquisa com 100 estudantes universitários de Psicologia, com os quais foi feita a seguinte pergunta aberta: “Na sua opinião, o que é uma família ideal?”. Partindo-se dos dados encontrados e com base nos instrumentos adotados como parâmetro, foi feito um agrupamento desses dados em dimensões pré-existent (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 (Baptista & Souza, 2007).

Foram feitas adaptações com os 192 itens iniciais no que diz respeito à adequação de palavras e expressões para a língua portuguesa e à padronização do tipo de pergunta para a escala *likert* de quatro pontos (nunca, poucas vezes, muitas vezes, sempre), adotada no inventário de aplicação inicial, além da padronização do tempo verbal das afirmações. (Baptista, 2005). Para a validade de construto e precisão foi realizada a análise dos componentes principais, análise fatorial exploratória com rotação *varimax* (com o objetivo de se obter uma análise da ortogonalidade dos fatores), além do cálculo do Alfa de *Cronbach* para a precisão. Após a análise realizada pelo modelo de *Rasch* constando que a escala *likert* de quatro pontos não discriminava suficientemente bem todos os intervalos, esses foram diminuídos para que os dados apresentassem melhor ajuste em todos os itens, dessa forma, readaptou-se os dados para uma escala *likert* de três pontos, a saber, “sempre ou quase sempre”, “às vezes”, “quase nunca ou nunca” (Baptista & Souza, 2007).

Posteriormente, realizou-se 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 segundo a rotação *equamax*, *quartimax* e *oblimin*, para saber qual dessas análises respondia melhor ao construto em questão. Calculou-se também 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 solicitada então, 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 (Baptista, 2005). O instrumento final IPSF constou assim 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.

Os resultados são obtidos calculando-se os escores de cada fator e também um escore geral, intitulado Suporte Familiar Total, referente à soma das pontuações obtidas em todos os fatores, expressando a percepção geral do indivíduo em relação ao suporte familiar recebido, quanto maior o escore, melhor a percepção do indivíduo em relação ao suporte familiar. Atribui-se zero ponto às respostas “quase nunca ou nunca”; um ponto para “às vezes” e dois pontos para as respostas “quase sempre ou sempre”. O escore total pode variar de 0 a 84, sendo que um escore de 0 a 53 é considerado um nível Baixo de percepção do suporte familiar, um escore de 54 a 63 é considerado nível Médio-Baixo, um escore de

64 a 70 é considerado Médio-Alto e um escore de 71 a 84 é considerado um nível Alto, de acordo com a pontuação total da tabela independente do Grupo de Sexo (Baptista, no prelo).

O manual do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), elaborado por Baptista (2009) apresenta vários estudos sobre suas qualidades psicométricas. Foram realizados estudos de validade baseados nas relações existentes entre o construto suporte familiar e outras variáveis, incluindo traços de personalidade, suporte social, autoconceito, saúde mental, locus de controle, auto-eficácia e vulnerabilidade ao estresse no trabalho (Aquino, 2007; Baptista, Alves & Santos, 2008; Baptista & Dias, 2007; Baptista, Santos, Alves & Souza, no prelo; Rigotto, 2006; Souza, 2007).

Quanto à confiabilidade (ou fidedignidade) foram realizados quatro estudos, citando-se o estudo publicado por Baptista e Dias (2007) que também demonstrou boas qualidades psicométricas do IPSF, a pesquisa teve como objetivo avaliar a fidedignidade por meio de três métodos, a saber, teste-reteste, consistência interna e duas metades, em uma amostra homogênea. Participaram da pesquisa 14 cuidadoras de filhos internados em UTI Pediátrica. Os resultados foram comparados com outras pesquisas realizadas com grandes amostras e demonstraram variarem de adequados a excelentes, em relação aos parâmetros psicométricos recomendados internacionalmente.

4.3. Procedimento

Foi realizado contato com o Secretário de Saúde, responsável pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e com o médico responsável pelo Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (proposto pelo Ministério da Saúde), e explicado os objetivos da realização desse trabalho, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco.

Os participantes foram encaminhados pelos médicos e foram colocados panfletos pela UBS para informar sobre a pesquisa, assim, os participantes agendaram a aplicação dos testes na recepção, formando grupos. Inicialmente a pesquisadora pensou em grupos de 10 pessoas, mas não foi possível devido ao baixo nível de escolaridade dos participantes (detalhamento na “caracterização da amostra”), dessa forma, a pesquisadora precisava explicar alguns itens dos testes e algumas vezes realizar a aplicação oral. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma auto-administrada com 43 participantes (61,4% da amostra) e com 27 participantes (38,6% da amostra) foi necessária à aplicação oral, realizada pela pesquisadora, devido à dificuldade em leitura e compreensão desses participantes.

Os Instrumentos foram aplicados em grupos de 5 pessoas ou menos, pois algumas agendavam e acabavam não comparecendo, muitos participantes relatavam dificuldade de conseguir transporte. Primeiramente foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3), em duas vias, constando todas as informações pertinentes à pesquisa e as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora. Logo após, o Questionário de Identificação (tempo médio de 5 minutos), o BAI (tempo médio de 15 minutos), depois o IPSF (geralmente 25 minutos) e por último foi aplicado o IDATE (tempo médio de 25 minutos), de modo que os participantes não responderam dois instrumentos que avaliam a ansiedade sequencialmente. O tempo médio de aplicação dos instrumentos, para cada grupo foi de 1 hora e 10 minutos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Método de análise dos dados

Os resultados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico por meio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 11.5. Foram realizadas análises descritivas das características dos participantes, dos indicadores de ansiedade, percepção do suporte familiar, ansiedade estado e ansiedade traço. Também foram realizadas análises correlacionais entre os escores do BAI e do IPSF, utilizando-se o teste paramétrico de *Pearson* (r) com o objetivo de identificar possíveis relações entre ansiedade e percepção do suporte familiar e se buscou evidências de validade convergente entre o BAI e o IDATE por meio do coeficiente de correlação de *Pearson* (r), o nível de significância adotado para as análises foi de $p \leq 0,05$. Posteriormente foram realizadas análises estatísticas complementares, a Análise de *Cluster* (Aglomerados), com o objetivo de analisar os tipos de respostas dos participantes, a prova de comparação de médias *One-Sample T Test*, a Análise de Variância (ANOVA) para verificar se existem diferenças entre as médias e o teste *post hoc de Tukey* para explorar as diferenças entre os vários conjuntos de médias.

5.2. Análise descritiva dos participantes

Analisando as características dos participantes, em relação ao estado civil, a maioria 52 (74,3%) relatou ser casado e os outros 25,7% estavam entre solteiros, divorciados e viúvos. É importante comparar esses dados com a literatura e outros estudos, pois de acordo com McFarlene, Bellissimo e Norman (1995), Baptista e Oliveira (2004), diferentes estruturas familiares podem oferecer suporte familiar adequado, não havendo relação direta entre o conceito de estrutura familiar e suporte familiar, os dados do presente estudo corroboram com essa idéia, pois a maior parte das famílias são intactas (74,3% - casados) e

os níveis de percepção do suporte familiar foram baixos (dados apresentados na análise descritiva dos dados). A frequência e porcentagem do estado civil dos participantes podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência e porcentagem do estado civil dos participantes

Estado civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	6	8,6
Casado	52	74,3
Divorciado	5	7,1
Viúvo	7	10,0
Total	70	100,0

Quanto ao nível de instrução, a maior parte da amostra 25 (35,7%) cursou até a 4ª série, apenas 13 participantes (18,6%) possuem o ensino fundamental completo e 17 (24,3%) possuem o ensino médio completo. Os participantes apresentaram um baixo nível de escolaridade, o que pode ter contribuído para os níveis baixos de percepção do suporte familiar. Nota-se que, apesar do manual do IPSF não apresentar restrições quanto à escolaridade, na maior parte dos estudos realizados foram utilizadas amostras universitárias (Aquino, 2007; Baptista, 2009; Baptista, Souza & Alves, 2008; Souza, 2007). Os dados a respeito da escolaridade dos participantes podem ser analisados na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência e porcentagem do nível de instrução dos participantes

Nível de Instrução	Frequência	Porcentagem
Alfabetizado	3	4,3
Até a 4ª série	25	35,7
5ª à 7ª série	9	12,9
Fundamental completo	13	18,6
Médio incompleto	3	4,3
Médio completo	17	24,3
Total	70	100,0

Sobre a presença de outras doenças crônicas, 41 (58,6%) dos participantes relataram não apresentar outros problemas de saúde além da hipertensão e 14 (20%) relataram apresentar diabetes, esses dados convergem com Gafarov e cols. (2007), Lemos e cols. (2008), Rossi (2005), Straub (2005), entre outros, que postulam sobre a prevalência de comorbidades entre diabetes e hipertensão e que um alto nível de ansiedade pode predizer um alto risco de hipertensão e problemas cardiovasculares, além disso 11 participantes (15,7%) relataram apresentar colesterol, 2 (2,9%) disfunção cardíaca e 2 (2,9%) obesidade.

Ao verificar a etnia, 49 (70%) dos participantes consideram-se brancos e devido à presença de poucas pessoas de etnia negra (apenas 10 – 14,3%) não foi possível comparar com dados de algumas pesquisas que indicam maior prevalência de hipertensos na população negra, esses dados constam na Tabela 3.

Tabela 3. Frequência e porcentagem da etnia dos participantes

Etnia	Frequência	Porcentagem
Branco	49	70,0
Negro	10	14,3
Pardo	9	12,9
Índio	2	2,9
Total	70	100,0

A respeito da questão “com quem mora atualmente”, que investiga a estrutura familiar (composição – características físicas), a maioria dos participantes, 40 (57,1%) responderam com esposo (a) e filhos, apenas 4 (5,7%) moram sozinhos e 3 (4,3%) com pais e irmãos, os outros 32,8% moram apenas com os filhos, com marido/esposa e outras pessoas, esses dados estão disponíveis na Tabela 4.

Tabela 4. Frequência e porcentagem sobre com quem moram os participantes

Com quem moram	Frequência	Porcentagem
Sozinho	4	5,7
Com pais e irmãos	3	4,3
Com esposo e filhos	40	57,1
Apenas com os filhos	7	10,0
Com marido/esposa	8	11,4
Outros	8	11,4
Total	70	100,0

No que se refere às condições econômicas a maioria dos participantes 46 (65,7%) relatou ter renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, apenas 6 (8,6%) tinham até 1 salário mínimo e 18 (25,7%) entre 3 e 6 salários mínimos. Quanto ao tipo de moradia 51 (72,9%) relataram residir em casa própria, 10 (14,3%) casa alugada e 9 (12,9%) em casa emprestada (caseiros). Quando questionados sobre sua ocupação atual 17 (24,3%) dos participantes responderam ser “do lar”, 10 (14,3%) caseiros ou trabalhadores rurais, 10 (14,3%) empregadas domésticas ou diaristas, 9 (12,9%) aposentados e 24 (34,3%) relataram trabalhar em outras funções.

Esses indicadores demonstram um nível sócio-econômico baixo na amostra estudada, que pode também ter influenciado nos altos níveis de ansiedade e no baixo nível de percepção de suporte familiar, pois podem ser considerados fatores de risco, ou seja, eventos negativos, as situações de estresse, as adversidades, as limitações e a falta de recursos que aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas de saúde (Calvetti, Muller & Nunes, 2007; Castro, Campero & Hernández, 1997; Mota, Franco & Motta, 1999).

5.3. Análise descritiva dos dados

A análise dos resultados do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) indica uma Média do escore total dos participantes de 24,44, com Desvio Padrão de 13,46, Mediana 24, pontuação mínima 0 e pontuação máxima 57, esses dados podem ser observados na Figura 1.

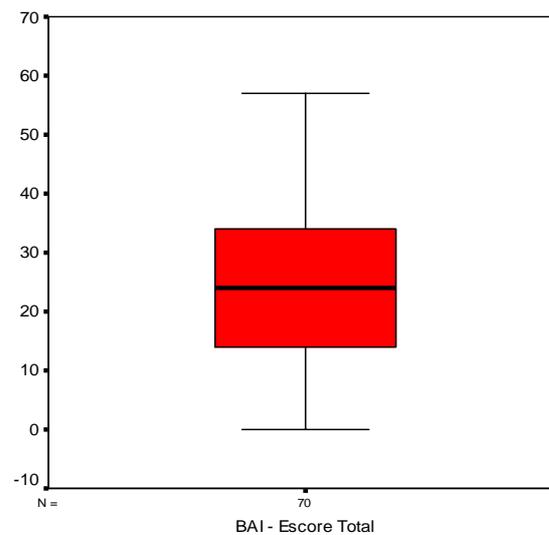


Figura 1. Escore total dos participantes (BAI)

Classificando por meio do manual do BAI, quanto ao nível de ansiedade, é interessante notar que 24 (34,3%) apresentaram nível Grave de ansiedade e 20 (28,6%) nível Moderado, apenas 14 (20%) apresentaram nível Mínimo de ansiedade e 12 (17,1%) apresentaram nível Leve. Ao analisar os resultados obtidos, observa-se níveis elevados de sintomas de ansiedade na amostra desse estudo, que estão em concordância com outros estudos, como, Demanuele e Brigham (2006), Florindo (1991), Lemos, Gottschall, Pellanda e Müller (2008), Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb e D`Agostinho (1993), entre outros, que avaliaram aspectos psicológicos presentes no processo de saúde-doença, nos quais a ansiedade foi considerada como um fator de risco. Os resultados citados podem ser observados na Figura 2.

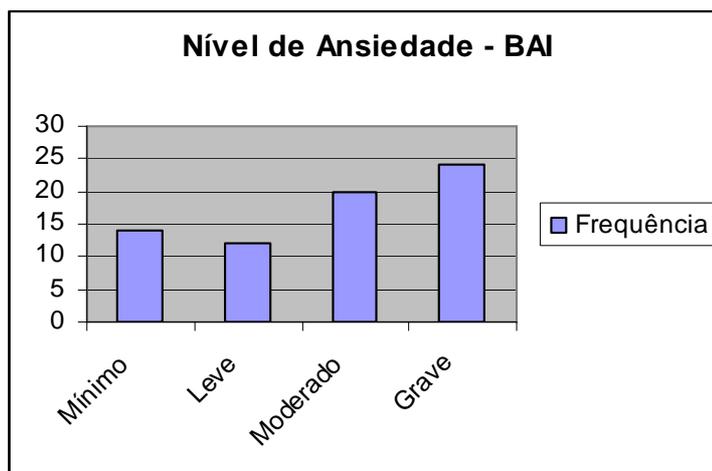


Figura 2. Níveis de ansiedade dos participantes (BAI)

Os resultados do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) mostram que a Média do escore bruto para Estado de ansiedade foi de 49,64 e a Média do escore bruto para Traço de ansiedade foi de 49,06, um pouco mais baixa do que a Ansiedade-Estado, esses resultados estão detalhados na Tabela 5.

Tabela 5. Médias do escore bruto dos participantes (IDATE)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
A-Estado	30	68	49,64	10,127
A-Traço	24	67	49,06	9,691

De acordo com os dados normativos fornecidos por amostras da população brasileira no manual do IDATE, a Média do Percentil dos participantes para ansiedade-estado foi de 70,93 com desvio padrão de 25,92 e a Média do Percentil para ansiedade-traço foi de 70,09 com desvio padrão de 24,89, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Médias do percentil dos participantes (IDATE)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
A-Estado	11	98	70,93	25,921
A-Traço	1	99	70,09	24,897

Os dados dessa amostra demonstram um nível elevado de ansiedade-estado (circunstancial) e ansiedade-traço (característica do indivíduo), que estão de acordo com alguns estudos, dentre eles, os de Barud e Kowalik (2004), Demanuele e Brigham (2006), Florindo (1991), Gafarov, Gromova, Gagulin, Ekimova e Santrapinskiy (2007), Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb e D`Agostinho (1993), que apresentam interações entre ansiedade e hipertensão, considerando a ansiedade como um dos fenômenos psíquicos presente no processo de saúde-doença, como um dos fatores de risco, relacionados a eventos negativos que aumentam a probabilidade da pessoa apresentar problemas de saúde.

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.

Tabela 7. Escores dos participantes (IPSF)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
(F1) Afetivo-Consistente	3	42	22,26	8,38
(F2) Adaptação Familiar	6	26	17,54	5,22
(F3) Autonomia Familiar	5	16	11,94	3,03
Total – IPSF	18	84	51,74	14,54

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 dados estão mais detalhados na Tabela 8, que também apresenta os resultados de cada um dos 3 fatores.

Tabela 8. Níveis de percepção de suporte familiar dos participantes

Nível IPSF	(F1) Afetivo- Consistente		(F2) Adaptação Familiar		(F3) Autonomia Familiar		Total IPSF	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Baixo	36	51,4	36	51,4	16	22,9	38	54,3
Médio-Baixo	18	25,7	18	25,7	22	31,4	18	25,7
Médio-Alto	9	12,9	8	11,4	12	17,1	7	10,0
Alto	7	10,0	8	11,4	20	28,6	7	10,0
Total	70	100,0	70	100,0	70	100,0	70	100,0

Os resultados do presente estudo indicaram níveis baixos de percepção do suporte familiar, esses dados corroboram com pesquisas da área, como Aquino (2007), Baptista (2005), Baptista, Baptista e Dias (2001), Baptista, Baptista e Torres (2006), Favarelli, Panichi, Pallanti, Paterniti, Grecu e Rivelli (1991), Rossi (2005), Souza (2007), Spink (2003), entre outros, que relacionam níveis baixos de percepção do suporte familiar com alta prevalência de transtornos ansiosos, transtornos de humor e outros problemas de saúde. Esses estudos apontam a necessidade de mais atenção aos fatores psicossociais dos pacientes com hipertensão, demonstram a importância do suporte social, principalmente do suporte familiar, que se oferecido e percebido de forma adequada, pode se apresentar como um fator de proteção presente no processo saúde-doença. Já a inadequação do suporte familiar pode favorecer o comprometimento da saúde, compreendida de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde, como bem-estar físico, mental e social.

5.4. Relações entre ansiedade e percepção do suporte familiar

Considerando o objetivo geral do estudo, foi realizada uma análise correlacional entre indicadores de ansiedade (resultados do BAI e IDATE) e o nível de percepção do suporte familiar (resultados do IPSF). As pontuações dos instrumentos que medem 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 a percepção do suporte familiar. No presente estudo, a maioria das correlações encontradas foram negativas, significativas e moderadas (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; Burd & Tavares, 2004; Campos, 2004; Hong, Han & Liu, 2000). Esses dados podem ser melhor visualizados na Tabela 9.

Tabela 9. Correlação de *Pearson* entre escore de Ansiedade (BAI e IDATE) e as dimensões do IPSF

	(F1) Afetivo- Consistente	(F2) Adaptação Familiar	(F3) Autonomia Familiar	Total IPSF
BAI - Escore Total	r= -0,42 p= 0,000	r= -0,45 p= 0,000	r= -0,35 p= 0,003	r= -0,47 p= 0,000
A-Estado	r= -0,52 p= 0,000	r= -0,49 p= 0,000	r= -0,22 p= 0,073	r= -0,52 p= 0,000
A-Traço	r= -0,48 p= 0,000	r= -0,50 p= 0,000	r= -0,34 p= 0,004	r= -0,53 p= 0,000

Esses dados sugerem, no presente estudo, que hipertensos tendem a apresentar níveis altos de ansiedade, com estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, apresentando sintomas físicos, como taquicardia, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura e sintomas psíquicos, como inquietação, apreensão, desconforto e medo (Cruz, Zangrossi & Graeff, 1998; Dalgalarondo, 2000; Sadock & Sadock, 2007). Esses altos níveis de ansiedade identificados, se relacionam com níveis baixos de percepção do suporte familiar, indicados pela correlação entre o BAI e o escore Total do IPSF de $r= -0,49$; $p= 0,000$, assim sendo, quanto maior os níveis de ansiedade, menor o suporte familiar percebido, essas pessoas não percebem uma manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência entre os membros de sua família (Baptista & Oliveira, 2004; Castro, Campero & Hernández, 1997; Hong, Han & Liu, 2000; Moos, 1990;).

As correlações encontradas corroboram com outros estudos como os de Procidano e Heller (1983), em que os resultados apresentaram correlação negativa entre suporte social

familiar e ansiedade, apontando as principais variáveis inseridas no suporte familiar como a provisão de informações, conforto e suporte emocional proveniente da família, entre outros, como Baptista, Baptista e Dias (2001), Favarelli, Panichi, Pallanti, Paterniti, Grecu e Rivelli (1991), Frances, Palarea, Ojeda, Ramal e Aleman (2001), Guerrero, Hishinuma, Andrade, Nishimura e Cunanan (2006) e Hong, Han e Liu (2000).

É importante ressaltar o estudo realizado por Baptista, Baptista e Torres (2006), pois também utilizou o instrumento IDATE, correlacionando-o com a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), dessa forma, pode-se comparar as correlações encontradas com as correlações do presente estudo. No estudo citado foram encontradas correlações negativas entre as escalas de suporte social com ansiedade-estado ($r = -0,43$; $p = 0,004$) e ansiedade-traço ($r = -0,51$; $p = 0,000$), no presente estudo foi encontrado coeficientes de correlação semelhantes para A-estado ($r = -0,52$; $p = 0,000$) e A-traço ($r = -0,53$; $p = 0,000$) e a percepção do suporte familiar, que está inserida no contexto de suporte social.

Analisando as correlações do BAI com cada dimensão do IPSF, definidas por Baptista (2005/2009) tem-se, com o Fator 1 - Afetivo-Consistente $r = -0,42$; $p = 0,000$, indicando que quanto maior o nível de ansiedade, menor a percepção quanto às relações afetivas positivas na família, interesse entre os membros, expressão de carinho, clareza nos papéis e regras e menor a habilidade de enfrentamento de problemas. Para o Fator 2 – Adaptação Familiar tem-se $r = -0,45$; $p = 0,000$, indicando que quanto maior o nível de ansiedade, maior a percepção de sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas, irritação, incompreensão, competição e culpabilidade na família. A correlação encontrada foi negativa, mas interpreta-se dessa forma porque os itens desse fator são invertidos para que se calcule com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Quanto ao Fator 3 – Autonomia Familiar a correlação encontrada foi de $r = -0,35$; $p = 0,003$, indicando que quanto maior o

nível de ansiedade, menor a percepção de autonomia, confiança, privacidade e liberdade que o indivíduo tem de sua família.

As correlações encontradas entre A-Estado, A-Traço e IPSF-Total foram negativas, significativas e moderadas, indicando que quanto maior o nível de estado e traço de ansiedade, menor a percepção do suporte familiar (total). No entanto, observa-se que apenas a correlação entre A-Estado e o Fator 3 do IPSF não foi significativa ($r = -0,22$; $p = 0,073$), indicando que provavelmente o estado de ansiedade não tem relação com a autonomia familiar.

Esse estudo evidenciou a relação entre altos níveis de ansiedade e níveis baixos de percepção do suporte familiar em hipertensos, em concordância com outros estudos citados, no entanto, é necessário considerar a possibilidade de existirem outros fatores que influenciaram nesses resultados, principalmente as precárias condições sócio-econômicas dos participantes e que a percepção do suporte familiar do hipertenso e a maneira pela qual ele interage com sua família podem ser distorcidas devido à presença de características psicológicas, como, hostilidade, impaciência, brusquidão, ressentimento, ansiedade e sentido de urgência temporal. De qualquer forma, ressalta-se a importância de se considerar aspectos psicossociais presentes no processo saúde-doença (Adler & Matthews, 1994; Diamond, 1982; Straub, 2005; Trigo, Rocha & Coelho, 2000).

5.5. Relações entre sintomas de ansiedade (BAI) e ansiedade-estado/ansiedade-traço (IDATE)

Foi realizada uma análise correlacional entre o nível de sintomas de ansiedade, resultados do BAI e o nível de ansiedade-estado (circunstancial) e ansiedade-traço (característica do indivíduo), resultados do IDATE. As pontuações dos 2 instrumentos que medem a ansiedade indicam que quanto maior o escore, maior é o nível de ansiedade. No

presente estudo, foram encontradas correlações positivas e significativas, como era esperado, pois valores altos de sintomas de ansiedade devem estar associados com valores altos de estados de ansiedade e traço de ansiedade (evidências de validade convergentes). Essas correlações constam na Tabela 10.

Tabela 10. Correlação de *Pearson* entre escore de Ansiedade (BAI) e percentil de Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço (IDATE)

	A-Estado	A-Traço
BAI - Escore Total	r= 0,58	r= 0,60
	p= 0,000	p= 0,000

A correlação encontrada entre o escore do BAI e Ansiedade-Estado ($r= 0,58$; $p= 0,000$) demonstra que quanto mais altos os níveis de ansiedade apresentando sintomas físicos e psíquicos, maior o estado de ansiedade observado em um dado momento da vida, associado a algum evento estressógeno, podendo ser elevado ou atenuado devido à apresentação ou retirada do evento. O escore do BAI também se correlacionou significativamente e positivamente com a Ansiedade-Traço ($r= 0,60$; $p= 0,000$), indicando que quanto maior a presença dos sintomas de ansiedade, mais a pessoa apresenta uma propensão para sentir ansiedade, sendo essa predisposição determinada por influências genéticas e por experiências prévias, como uma característica do indivíduo (Cruz, Zangrossi & Graeff, 1998; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2003).

Esses resultados convergem com outros estudos que demonstram a presença de níveis consideráveis de ansiedade em hipertensos, apontando a ansiedade como um dos fatores de risco presentes no processo de adoecimento, dentre eles, Barud e Kowalik (2004), Chaves e Cade (2002), Florindo (1991), Gafarov, Gromova, Gagulin, Ekimova e

Santrapinskiy (2007), Mac Fadden e Ribeiro (1998), Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb e D`Agostinho (1993).

É importante citar que a correlação encontrada (significativa e positiva), nesse estudo, entre a Ansiedade-Estado e a Ansiedade-Traço foi de $r= 0,80$; $p= 0,000$, pode ser considerada alta, o que era esperado, pois o indivíduo que apresenta um estado elevado de ansiedade, num dado momento de vida, geralmente apresenta uma propensão, como uma característica, para sentir um maior grau de ansiedade. De acordo com estudos, como Barud e Kowalik (2004), Cruz, Zangrossi e Graeff (1998), Spielberger, Gosuch, e Lushene (2003), as pessoas que apresentam níveis elevados de ansiedade-traço tendem a apresentar também níveis elevados de ansiedade-estado, por reagirem às situações como se fossem ameaçadoras ou perigosas com maior frequência.

5.6. Análises estatísticas complementares

Foi realizada também a Análise de *Cluster* (Aglomerados), com o objetivo de analisar as características das respostas dos participantes nos instrumentos, classificar e separar em grupos por tipos de respostas semelhantes, para que os resultados possam ser melhor comparados (Martins, 2002). A Análise de *Cluster* foi realizada com os resultados do IPSF que identificou dois grupos, ou seja, “agrupou” os participantes em dois grupos de acordo com o tipo de resposta no IPSF. O grupo 1, composto por 46 participantes, apresentou médias mais altas de percepção do suporte familiar do que o grupo 2, composto por 24 participantes, que apresentou médias mais baixas de percepção do suporte familiar.

Posteriormente realizou-se a prova de comparação de médias (*One-Sample T Test*), para comparar as médias dos resultados dos instrumentos que mediram a ansiedade (BAI e IDATE) entre os grupos 1 e 2, formados pela Análise de *Cluster* - IPSF, nota-se que os dois grupos se distribuem de maneira semelhante quanto aos resultados dos níveis de ansiedade,

ou seja, médias altas no BAI e mais altas ainda no IDATE (Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado). No entanto, o grupo 2, com médias mais baixas de percepção do suporte familiar e composto por menos participantes, apresentou Ansiedade-Estado um pouco mais elevada do que Ansiedade-Traço, o que não ocorreu no grupo 1. Esses dados podem ser melhor observados na Figura 3 e na Tabela 11.

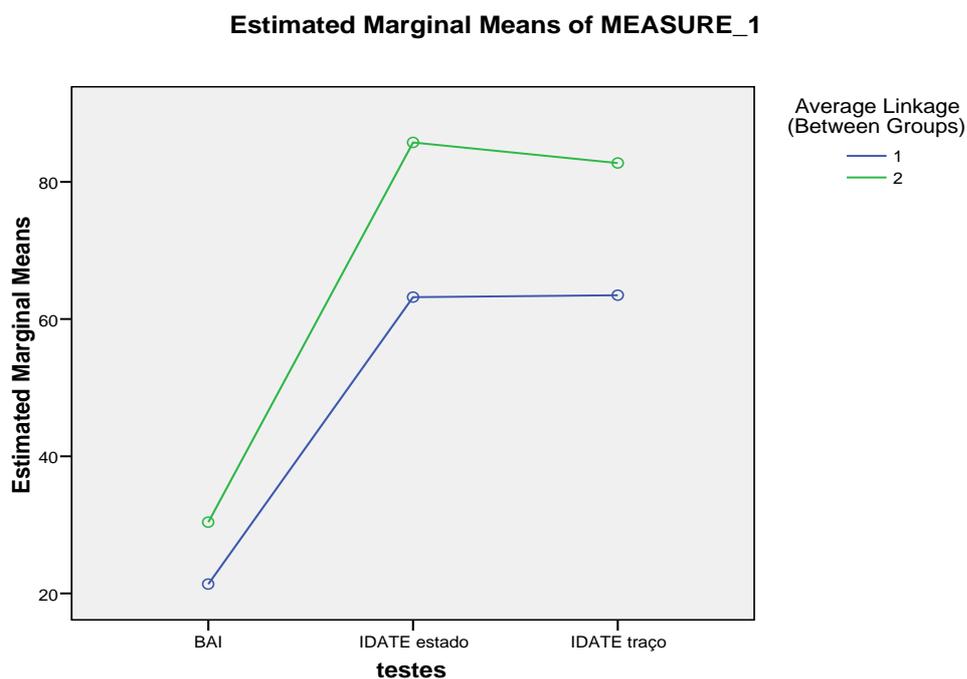


Figura 3. Comparação entre grupo 1 e grupo 2 - Análise de *Cluster* e *T-Test*

Tabela 11. Médias dos grupos 1 e 2 nos instrumentos BAI e IDATE

	Nº de		Erro Padrão		
	Grupos	Participantes	Média	Desvio Padrão	da Média
BAI – Total	1	46	21,35	14,46	2,13
	2	24	30,38	8,84	1,80
A-Estado	1	46	63,20	27,34	4,03
	2	24	85,75	14,31	2,92
A-Traço	1	46	63,48	26,78	3,95
	2	24	82,75	14,19	2,89

Esses dados reforçam que essa amostra composta por hipertensos, apresentou níveis baixos de percepção do suporte familiar, relacionados a altos níveis de ansiedade. De acordo com vários autores, como Calvetti, Müller e Nunes (2007), Capitão, Scortegagna e Baptista (2005), Soares (2005), entre outros, que compreendem a ansiedade e o suporte familiar como fatores presentes no processo saúde-doença, e postulam que a avaliação e o tratamento da hipertensão e de outros problemas de saúde devem considerar os fatores psicossociais envolvidos.

Foi realizada também a Análise de Variância (ANOVA) com o objetivo de comparar o relacionamento das variáveis estudadas, verificando se existem diferenças entre as médias de grupos. A variância total (F) descreve a distância entre a média geral e o valor mais distante (Dancey & Reidy, 2006). Os participantes foram divididos em quatro níveis de ansiedade, de acordo com os resultados obtidos por meio do BAI. A Tabela 12 apresenta os valores da variância e indica que as diferenças apresentadas pelos grupos são significativas (p), ou seja, as diferenças entre as condições são improváveis de ter ocorrido apenas por erro de amostragem.

Tabela 12. Variância (F) e nível de significância (*p*) dos resultados dos participantes

	Entre Grupos	
	F	P
Fator 1 – IPSF	5,51	0,002
Fator 2 – IPSF	6,91	0,000
Fator 3 – IPSF	5,59	0,002
IPSF – Total	7,66	0,000
A-Estado	13,30	0,000
A-Traço	10,61	0,000

Posteriormente foi realizado o teste *post hoc de Tukey* para explorar as diferenças entre os vários conjuntos de médias, ou seja, para analisar como foram as diferenças encontradas, comparando os quatro grupos formados pelo nível de ansiedade do BAI com as médias obtidas nos outros instrumentos. O grupo de participantes que apresentou nível Grave de ansiedade, composto pela maioria dos participantes (N=24), apresentou médias mais baixas no Fator 1 - Afetivo-Consistente do IPSF (M= 18,67), no Fator 2 – Adaptação Familiar (M= 14,71), no Fator 3 – Autonomia Familiar (M= 10,67) e no IPSF Total (M= 44,04). Já o grupo que apresentou nível Mínimo de ansiedade, composto pela minoria dos participantes (N= 14), apresentou médias mais altas no Fator 1 - Afetivo-Consistente do IPSF (M= 28,64), no Fator 2 – Adaptação Familiar (M= 21,21), no Fator 3 – Autonomia Familiar (M= 14,29) e no IPSF Total (M= 64,14). Esses dados reforçam as discussões realizadas anteriormente, pois os participantes que apresentaram maiores níveis de ansiedade, foram os que apresentaram menores níveis de percepção do suporte familiar, e podem ser analisados na Tabela 13 e na Tabela 14.

Tabela 13. Grupos de participantes (nível do BAI) comparados com as médias do Fator 1 e 2 do IPSF.

BAI	N	Fator 1 – IPSF		Fator 2 – IPSF	
		1	2	1	2
Grave	24	18,67		14,71	
Moderado	20	20,85		17,00	17,00
Leve	12	24,33	24,33	19,83	
Mínimo	14	28,64		21,21	

Tabela 14. Grupos de participantes (nível do BAI) comparados com as médias do Fator 3 e IPSF Total.

BAI	N	Fator 3 – IPSF		BAI	N	IPSF – Total	
		1	2			1	2
Grave	24	10,67		Grave	24	44,04	
Leve	12	11,08		Moderado	20	50,20	
Moderado	20	12,35	12,35	Leve	12	55,25	55,25
Mínimo	14	14,29		Mínimo	14	64,14	

Esses dados concordam com estudos que postulam sobre o processo de adoecimento, envolvendo aspectos psicológicos, estilo de vida, hábitos e aspectos familiares. Sabe-se que a hipertensão não tem causa única, mas resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esses estudos também relacionam suporte social, família, estresse, ansiedade e doença e indicam que quanto maior os sintomas de ansiedade, menor o suporte familiar percebido, dessa forma, os indivíduos que não possuem relações

de apoio familiar e possuem a ansiedade elevada, dentre outros fatores, com frequência possuem piores condições de saúde (Ackerman, 1986; Baptista, Baptista & Dias, 2001; Campos, 2004; Castro, Campero & Hernández, 1997; Hong, Han & Liu, 2000; Straub, 2005).

Em relação às comparações de médias entre o BAI e o IDATE, observa-se mais evidências de validade convergente, pois o grupo de participantes que apresentou nível Mínimo de ansiedade (BAI), composto pela minoria dos participantes (N= 14), apresentou as médias mais baixas em Ansiedade-Estado (M= 47,64) e Ansiedade-Traço (M= 50,86). Já o grupo de participantes que apresentou nível Grave de ansiedade (BAI), composto pela maioria dos participantes (N= 24), apresentou as médias mais altas em Ansiedade-Estado (M= 87,08) e Ansiedade-Traço (M= 87,21). Esses dados reforçam as discussões realizadas anteriormente, que quanto maior a presença de sintomas de ansiedade (BAI), maior a presença do estado de ansiedade e do traço de ansiedade (IDATE), e podem ser analisados na Tabela 15.

Tabela 15. Grupos de participantes (nível do BAI) comparados com as médias de ansiedade-estado e ansiedade-traço

BAI	N	A-Estado		A-Traço	
		1	2	1	2
Mínimo	14	47,64		50,86	
Leve	12	55,50		58,17	
Moderado	20		77,10	70,15	70,15
Grave	24		87,08		87,21

Níveis altos de sintomas de ansiedade (BAI) se relacionaram com níveis altos de ansiedade-estado, caracterizada por um estado emocional transitório e circunstancial, e com níveis altos de ansiedade-traço, compreendida como uma característica do indivíduo, uma propensão para sentir maior ou menor grau de ansiedade (Cruz, Zangrossi & Graeff, 1998; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2003). Dessa forma, esse estudo converge com estudos que apontam à ansiedade como uma das características psicológicas associadas à hipertensão arterial e que o tratamento requer um trabalho multiprofissional que contemple aspectos relacionados ao controle da ansiedade, do estresse emocional e de outras características psicológicas dos pacientes (Adler & Matthews, 1994; Diamond, 1982; Florindo, 1991; Lipp, 2007; Trigo *e cols.*, 2000).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método de pesquisa que norteou o presente estudo foi o delineamento correlacional, com o objetivo de verificar se duas ou mais variáveis são relacionadas e como se estabeleceu essa relação, sem no entanto, estabelecer uma relação de causa e efeito. Assim sendo, as variáveis, ansiedade e percepção do suporte familiar se correlacionaram de maneira negativa e significativa, nessa amostra de hipertensos (níveis altos de ansiedade correlacionados a níveis baixos de percepção do suporte familiar), mas pode haver outros aspectos envolvidos nesses resultados, como por exemplo, as condições sócio-econômicas dos participantes, dentre elas, baixo nível de instrução, falta de perspectiva profissional e baixa renda familiar.

Após analisar os resultados pode-se considerar que os objetivos propostos pelo presente estudo, de correlacionar indicadores de ansiedade e de percepção do suporte familiar, bem como correlacionar o teste BAI com o IDATE foram atingidos e as hipóteses foram confirmadas. A amostra de hipertensos apresentou níveis altos de ansiedade relacionados a níveis baixos de percepção do suporte familiar (evidências de validade divergentes entre BAI e IPSF). Os níveis de ansiedade foram altos nos dois instrumentos que avaliaram esse construto (evidências de validade convergentes entre BAI e IDATE).

É importante ressaltar que os construtos avaliados podem ser considerados como dois fatores presentes no processo saúde-doença, a ansiedade como um fator de risco e o suporte familiar, quando suficiente e bem percebido, como um fator de proteção. No entanto, existem outros fatores, de risco e de proteção, envolvidos no processo saúde-doença, tais como, hábitos de alimentação, estresse, adversidades, depressão, falta de recursos, prática de atividades físicas, resiliência, qualidade de vida, bem-estar subjetivo, habilidades interpessoais, espiritualidade, entre outros, que devem ser analisados em outros estudos. Também, deve-se considerar que a percepção do suporte familiar do hipertenso e a

maneira pela qual ele interage com sua família podem ser distorcidas devido à presença de algumas características psicológicas, tais como, hostilidade, impaciência, ressentimento, ansiedade e expressão de impulsos por meio de distanciamento, supressão, submissão, complacência e ira.

O presente estudo contribuiu para reforçar a complexidade do processo saúde-doença envolvendo vários fatores de risco e de proteção, e que realmente a saúde deve ser compreendida como um estado multidimensional envolvendo a saúde física, psicológica e social. Dessa forma, fica evidente que a Psicologia na área da Saúde, incluindo a Avaliação Psicológica nesse contexto, pode contribuir para a compreensão do adoecimento e das maneiras para manter a saúde, contribuindo nos tratamentos e prognósticos das doenças crônicas, com intervenções mais adequadas, mas sobretudo, com trabalhos preventivos e políticas públicas que visem uma melhor qualidade de vida.

Os assuntos tratados e os construtos avaliados, não foram esgotados, destaca-se a importância da realização de estudos com outros fatores envolvidos no processo saúde-doença, da hipertensão arterial e de outros problemas de saúde e estudos que possam suprir as limitações desse, tais como, verificar a relação dos níveis de ansiedade e percepção do suporte familiar com outras variáveis, com amostras diferentes, estudos que comparem um grupo de hipertensos com um grupo de pessoas que não tenha hipertensão (grupo controle) e estudos que controlem o uso de medicamentos.

7. REFERÊNCIAS

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 2, 229-259.
- Alchieri, J. C. & Cruz, R. M. (2004). *Avaliação Psicológica: Conceitos, Métodos e Instrumentos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alchieri, J. C., Noronha, A. P. P. & Primi, R. (2003). *Guia de referência: testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Psychological Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Andreatini, R., Lacerda, R. B., & Zorzetto, D. F. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (4), 233-242.
- Aquino, R. R. (2007). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT): Evidência de Validade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2007). Fidedignidade do Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF. *Avaliação psicológica*, 6 (1), 33-37.
- 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(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2009). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) – Manual Técnico*. São Paulo: Vetor Editora.
- Baptista, M. N., Alves, G. A. S., & Santos, T. M. M. (2008). Suporte familiar, auto-eficácia e locus de controle: evidências de validade entre os construtos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2): 260-271.
- 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, (2), 52-61.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D. & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7, (1), 39-48.
- Baptista, M. N., Souza, M. S., & Alves, G. A. S. (2008). Evidências de validade entre a Escala de Depressão – EDEP, o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Psico-USF*, 13(1), 211-220.
- Baptista, M. N.; Santos, T. M. M.; Alves, G. A. S.; & Souza, M. S. (no prelo). Correlação entre Percepção de Suporte Familiar e Traços de Personalidade em Universitários. *International Journal of Hispanic Psychology*.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychological Inquiry*, 2, 58-71.
- Barud, A. N. & Kowalik, M. (2004). Characteristics of depressive changes and anxiety in patients with essential hypertension. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska [Med]*, 59, (1), 428-433.
- Burd, M. & Tavares, F. (2004). Hipertensão Arterial e Família. Em J. Mello & M. Burd (Orgs.), *Doença e Família* (pp. 323-336). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Calvetti, P. U., Muller, M. C. & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (4), 706-717.
- Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. Em J. Mello, & M. Burd (Orgs.), *Doença e Família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 75-82.
- Carneiro, T. F. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 485-493.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Saúde Pública*, 31 (4), 425-435.
- Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias. La transición hacia nuevas estructuras familiares. Disponível em: <http://www.psiquatria.com>. Acesso em: 27/05/2009.
- Chaves, E. C. & Cade, N. V. (2002). Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2003). Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP nº. 025/2001. Recuperado em 18 de maio de 2009, da *POL* <http://www.pol.org.br>.
- Cruz, A. P. M., Zangrossi, H. & Graeff, F. G. (1998). Psicobiologia da Ansiedade. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva – Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas*. Campinas – SP: Editorial Psy.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Dalgalarondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). Trad. Viali, L. *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Demanele, J. G. & Brigham, Y. U. (2006). Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. *The Sciences and Engineering*, 67 (4-B). Em: PsycINFO Database.
- Diamond, E. L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92 (2), 410-433.
- Ebert, M. H., Loosen P. T. & Nurcombe, B. (2002). *Psiquiatria Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Enumo, S. R. F. (2003). Pesquisas sobre psicologia & saúde: uma proposta de análise. Em Z A. Trindade & A. N. Andrade (Orgs.), *Psicologia e saúde: um campo em construção* (pp. 11-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Faravelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S., Grecu, L. M., Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (1), 6-8.
- Fernández-Abascal E. G. (2000). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensión arterial. *Intervención Psicológica en Transtornos de la Salud*, 79-120.
- Florindo, S. (1991). Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (10), 497-499.
- Frances, F. C., Palarea, D., Ojeda B., Ramal, J. & Aleman, S. (2001). Diferencias en ansiedad, depresion, estres y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Peer Reviewed Journal*, 7, 203-213.
- Freud, S. (1976). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932).

- Gafarov V.V., Gromova H.A., Gagulin I.V., Ekimova Y.C. & Santrapinskiy D.K. (2007). Arterial hypertension, myocardial infarction and stroke: risk of development and psychosocial factors. *Alaska Med.* Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- Graef, F. G. & Brandão, M. L. (1999). *Neurobiologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Guerrero, A. P. S., Hishinuma, E. S., Andrade, N. N., Nishimura, S. T. & Cunanan, V. L. (2006). Correlations among socioeconomic and family factors and academic, behavioral, and emotional difficulties in Filipino adolescents in Hawaii. *Journal of Social Psychiatry*, 52, (4), 343-359.
- 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.
- Keedwell, P. & Snaith, R.P. (1996). What do Anxiety Scales Measure? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93,177-180.
- Lemos, C., Gottschall, C. A. M., Pellanda, L. C. & Müller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 471-476.
- Lipp, M. E. N. (2007). Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14 (2), 89-93.
- Mac Fadden, M. A. J. & Ribeiro, A. V. (1998). Aspectos psicológicos e hipertensão essencial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44 (1), 4-10.
- Markovitz, J. H., Matthews, K. A., Kannel, W. B., Cobb, J. L. & D'Agostino, R. B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? *The Journal of the American Medical Association*, 270 (20), 2439-2443.

- Martins, R. A. (2002). Uma Tipologia de Crianças e Adolescentes em Situação de Rua Baseada na Análise de Aglomerados (*Cluster Analysis*). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 251-260.
- McFarlene, A. H., Bellissimo, A. & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being: The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 847-864.
- Ministério da Saúde. (2002). *Anuário Estatístico de Saúde do Brasil*. Brasília: SEADE.
- Moos, R. H. (1990). Depressed outpatient's life contexts, amount of treatment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 105-112.
- Mota, E. L. A., Franco, A. L. S. & Motta, M. C. (1999). Migração, estresse e fatores psicossociais na determinação da saúde da criança. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12 (1), 119-132.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167.
- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de Exame Psicológico (TEP) Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia.
- Procidano, M.E. & Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support from Friends and from Family: Three Validations Studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, (1), 1-24.
- Remor, E. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 30, (1), 205-217.
- Rigotto, D. M. (2006). Evidências de validade entre Suporte familiar, Suporte Social e Autoconceito. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

- Ross, C. E. & Mirowsky, J. (2002). Family Relationships, Social Support and Subjective Life Expectancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 43 (4), 469-489.
- Rossi, V. E. C. (2005). *Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes tipo 2*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A., trad. Dornelles, C. [et al.] (2007). *Kaplan e Sadock - Compêndio de Psiquiatria - Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, A. A. A. & Canguçu, C. (2004). *Avaliação da ansiedade em pessoas com transtornos alimentares*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI (2009). Lista de testes com pareceres. Recuperado em 18 de maio de 2009, da *POL* <http://www.pol.org.br/satepsi>.
- Sisto, F. F. (2007). Delineamento Correlacional. Em M. N. Baptista & D. C. Campos (Orgs.), *Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa* (pp. 91-101). Rio de Janeiro: LTC.
- Soares, S. C. (2005). Hipertensão arterial essencial: psicopatologia, avaliação e tratamento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 245-255.
- Souza, M. S. (2007). *Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene (2003). *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: CEPA.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Straub, R. O. (2005). Trad. Costa, R. C. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Trigo, M., Rocha, E. C. & Coelho R. (2000). Factores Psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: revisai crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 150-199.

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

Anexo 1

Questionário de Identificação

Questionário de Identificação

Código: _____

- 1- Hipertensão há quantos anos? _____
- 2- Apresenta outra doença crônica? _____
- 3- Passou por algum problema sério no último mês: () Não
() Sim. Qual? _____
- 4- Etnia:
- () Branco
- () Negro
- () Asiático
- () Índio
- () Pardo
- 5- Possui filhos?
- () Não
- () Sim. Quantos? _____
- 6- Com quem mora atualmente?
- () Sozinho
- () Com pais e irmãos
- () Com esposa(o) e filhos
- () Apenas com os filhos
- () Apenas com marido/esposa
- () Outros: _____
- 7- Se casado, há quanto tempo? _____
- 8- Renda Familiar:
- () até 1 salário mínimo
- () entre 1 e 3 salários mínimos
- () entre 3 e 6 salários mínimos
- () entre 6 e 10 salários mínimos
- () Acima de 10 salários mínimos
- 9- Moradia:
- () casa própria
- () casa alugada () casa emprestada Outros: _____

Anexo 2
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1ª via)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CHE/USF

TÍTULO DA PESQUISA: “AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR EM HIPERTENSOS”

Eu,.....(nome, idade, RG, endereço), abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores *Melissa de Fátima Bueno* do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e *Dr. Cláudio Garcia Capitão* (Orientador).

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1- O objetivo da pesquisa é avaliar indicadores de ansiedade e a percepção do suporte familiar em pessoas portadoras de hipertensão;

2- Durante o estudo serão aplicados os instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF);

3- As respostas aos instrumentos poderão causar constrangimento;

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;

6- A interrupção da 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 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 ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone: (11) 4534-8023;

9- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Melissa de Fátima Bueno, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 9783-0390;

10- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Vargem, ___ / ___ / ___ Assinatura do Voluntário:.....
Pesquisador Responsável: Melissa de Fátima Bueno – Psicóloga

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (2ª via)
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CHE/USF

TÍTULO DA PESQUISA: “AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE E PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR EM HIPERTENSOS”

Eu,.....(nome, idade, RG, endereço), abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores *Melissa de Fátima Bueno* do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e *Dr. Cláudio Garcia Capitão* (Orientador).

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1- O objetivo da pesquisa é avaliar indicadores de ansiedade e a percepção do suporte familiar em pessoas portadoras de hipertensão;

2- Durante o estudo serão aplicados os instrumentos: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF);

3- As respostas aos instrumentos poderão causar constrangimento;

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;

6- A interrupção da 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 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 ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone: (11) 4534-8023;

9- Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Melissa de Fátima Bueno, sempre que julgar necessário pelo telefone (11) 9783-0390;

10- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Vargem, ___ / ___ / ___ Assinatura do Voluntário:.....
Pesquisador Responsável: Melissa de Fátima Bueno – Psicóloga