Pontifícia Universidade Católica
do Rio de Janeiro

Maria Rachel Pessanha Gimenes Escocard

Propriedades Psicométricas da Escala de Sensibilidade à Ansiedade Revisada

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Jesus Landeira-Fernandez

Rio de Janeiro

Agosto de 2007

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Maria Rachel Pessanha Gimenes Escocard

Propriedades Psicométricas da Escala de Sensibilidade à Ansiedade Revisada

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Prof. Jesus Landeira Fernandez
Orientador
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profª. Monah Winograd
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Prof. Jorge Ferreira da Silva
Departamento de Administração – PUC-Rio

Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade
Coordenador Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, / /2007

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Maria Rachel Pessanha Gimenes Escocard

Gradação Habilitação em Formação de Psicólogo, em 2004 pela Universidade Estácio de Sá – Campus Campos dos Goytacazes. Psicóloga clinica cognitivo comportamental em atividade desde abril de 2005. Formação em Terapia Cognitiva (Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas), Extensão em Psicoterapia Cognitivo-comportamental (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Artigo "Anxiety sensitivity factor structure among Brazilian patients with anxiety disorders" enviado para o Journal of Anxiety Disorders , aguardando aprovação.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Ficha Catalográfica

Escocard, Maria Rachel Pessanha Gimenes

Propriedades psicométricas da escala de sensibilidade à ansiedade revisada / Maria Rachel Pessanha Gimenes Escocard; orientador: Jesus Landeira-Fernandez. – 2007.

71 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Análise fatorial. 3. Escala de sensibilidade à ansiedade revisada. 4. Sensibilidade à ansiedade. 5. Transtorno do pânico. I. Landeira-Fernandez, Jesus. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Para minha mãe, meu pai e meu irmão.

Agradecimentos

Ao meu orientador J. Landeira-Fernandez, que com seu rigor e carinho transformou minha “Sensibilidade à Ansiedade” em profunda admiração, afeição e confiança, deixando a vontade - e a esperança - de que, em breve, possamos trabalhar juntos novamente.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Psicologia da Puc-Rio, sobretudo a Marcelina Andrade, pela atenção, auxílio e bondade de sempre.

A CAPES e PUC-Rio, pelos auxílios concedidos.

Aos meus colegas de Mestrado, Bruno de Oliveira Galvão, Bruno Costa Larrubia, Vitor de Castro Gomes e Wouter Jan Hommes; que em meio a “auxílios técnicos” de informática e traduções, fizeram nascer uma bonita amizade. Agradecimentos especiais à Ana Carolina Monnerat Fioravanti, meu braço direito, e muitas vezes também o esquerdo, no desenvolvimento desse trabalho.

Ao Serviço de Psiquiatria do Professor Jorge Alberto Costa e Silva, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em especial às Drªs. Fátima Vasconcelos, Vera Lengruber e Elisa Papais Couto, pela colaboração.

Ao Hospital Psiquiátrico Abrigo Dr. João Viana, em Campos dos Goytacazes, aos seus representantes Sebastião Silveira e Ionilda Velloso e em particular a Psicóloga Christiana Mitz Leoni Laterça da Gama, amiga para todas as horas.

A todos os colegas de profissão e aos Psiquiatras e Neurologistas que disponibilizaram seus consultórios e pacientes.

A todos os pacientes entrevistados.

Ao meu pai, Maurício Lobo Escocard, alvo do meu eterno orgulho, pelo amor incondicional. Mas também, pelo qualificado, respeitado e querido profissional que é - o que possibilitou os encontros necessários, sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Resumo

Escocard, Maria Rachel Pessanha Gimenes; Landeira-Fernandes, J. (Orientador). **Propriedades Psicométricas da Escala de Sensibilidade à Ansiedade Revisada.** Rio de Janeiro, 2007, 71p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Sensibilidade à Ansiedade (ex: medo dos sintomas relacionados à ansiedade assim como a crença de que esses sintomas possam ter conseqüências desastrosas) é um importante constructo psicológico envolvido na etiologia de diferentes Transtornos de Ansiedade. O presente estudo avaliou as propriedades psicométricas e a estrutura fatorial da Escala de Sensibilidade à Ansiedade Revisada (ESA-R) em 585 pacientes brasileiros com diagnóstico primário de Transtorno de Ansiedade. Os resultados indicaram que a presente versão da ESAR possui boa consistência interna e boa correlação de coeficiente item-total. A análise fatorial exploratória sugeriu uma estrutura hierárquica composta por um fator único de primeira ordem e quatro fatores de segunda ordem relacionados a: 1) medo dos sintomas respiratórios e cardiovasculares, 2) medo de descontrole cognitivo, 3) medo que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente, e 4) medo dos sintomas gastrintestinais. Os fatores de primeira e segunda ordem da ESA-R comparados com os diferentes grupos de Transtorno de Ansiedade indicaram que pacientes com Transtorno do Pânico apresentaram um escore significativamente mais elevados nas dimensões da ESA - R, com exceção para o fator de segunda ordem medo do descontrole cognitivo.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Palavras-chave

Análise Fatorial; Sensibilidade à Ansiedade; Transtorno de Ansiedade; Estrutura hierárquica; Transtorno do Pânico.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Abstract

Escocard, Maria Rachel Pessanha Gimenes; Landeira-Fernandes, J. (Advisor). **Psychometric Proprieties of the Anxiety Sensitivity Index Revised.** Rio de Janeiro, 2007, 71p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Anxiety sensitivity (i.e., fear of anxiety-related symptoms due to the belief that these symptoms will produce harmful consequences) is an important psychological construct involved in the etiology of different anxiety disorders. The present study evaluated the psychometric proprieties and the factor structure of the Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) among 585 Brazilian patients with primary anxiety disorder diagnosis. Results indicated that the present version of the ASI-R had good internal consistency and item-total correlation coefficients. Exploratory factor analyses suggested a hierarchical structure composed by a single higher-order factor and four lower-order factors related to 1) fear of respiratory and cardiovascular symptoms, 2) fear of cognitive dyscontrol, 3) fear of publicly observable anxiety reactions, and 4) fear of gastrointestinal symptoms. ASI-R higher- and lower-order factor scores comparisons across the different anxiety disorder groups indicated that panic disorder patients scored significantly higher in the ASI-R dimensions, except for the fear of cognitive dyscontrol lower-order factor.

Keywords

Factor Analysis, Anxiety Sensitivity, Anxiety Disorder, Hierarchical Structure, Panic Disorder.

Sumário

1. Introdução 10

2. A classificação dos transtornos de ansiedade: aspectos históricos 18
2.1. A classificação Internacional das Doenças - Décima Edição (CID 10) e o Manual de Estatística e Diagnóstica dos Transtornos Mentais -Quarta Edição Texto Revisado (DSM-IV-TR) 19
2.2. Os transtornos de Ansiedade na CID 10 e no DSM- IV- TR 20

3. Novos modelos para o pânico 24
3.1. Principio do "medo do medo" e condicionamento interoceptivo. 24
3.2. Má interpretação catastrófica 25
3.3. Sensibilidade à Ansiedade 25

4. Teoria da expectativa: medos fundamentais 27

5. A Escala de Sensibilidade à Ansiedade 29
5.1. Estudos Psicométricos com a Escala de Sensibilidade à Ansiedade 30

6. A Escala de Sensibilidade à Ansiedade - Revisada (ESA-R) 32
6.1. Estudos Psicométricos com a Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (ESA-R) 35

7. Objetivo 37

8. Método 38
8.1. Participantes 38
8.2. Instrumento 39
8.2.1. Desenvolvimento da versão em Português da ESA-R 40
8.3. Procedimentos 41
8.4. Análises dos resultados 41

9. Resultados 42
9.1. Análise fatorial Exploratória 44
9.2. Análise fatorial hierárquica 47
9.3. Fatores da ESA- R e sua correlação com fatores do BAI 50
9.4. Comparação entre os escores da ESA-R com os diferentes grupos de diagnósticos 51

10. Discussão. 57

11. Referências Bibliográficas 64

12. Anexo 71

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

"... Medo de subir, gente
Medo de cair, gente
Medo de vertigem
Quem não tem..."

Chico Buarque de Holanda**, Ciranda da Bailarina**

1
Introdução

A ansiedade é um componente normal do desenvolvimento humano diante das mudanças e situações ameaçadoras. Ela pode ser construtiva, já que evita danos ao alertar o individuo para que execute certos atos que eliminam o perigo. Também é um fenômeno adaptativo, uma vez que tem a capacidade de aperfeiçoar ou potencializar recursos do sujeito perante as exigências ambientais. Sendo assim, é uma mola propulsora do desempenho, visto que determinados graus de ansiedade melhoram a performance em infinitas situações.

A relação entre o grau de ansiedade e o desempenho foi primeiramente descrita por Yerkes e Dodson em 1908, quando formularam a teoria da curva do "U" invertido. De acordo com esse princípio, existe um ponto ótimo de ansiedade necessário para a melhor execução de uma determinada tarefa. Níveis abaixo ou acima deste ponto tendem a prejudicar a atuação. Níveis exageradamente elevados e persistentes impedem o funcionamento normal e caracterizam o aspecto patológico da ansiedade.

Diversos teóricos possuem definições semelhantes para a ansiedade. Lewis (1979), Davidoff (1983) e LeDoux (1998) a definem como um estado emocional desprazeroso, caracterizado por sentimentos de previsão de perigo, tensão e aflição.

Concordando, Almeida-Filho et al. (1997) acrescenta que a ansiedade se revela através de respostas corporais, conscientes e comportamentais. No que diz respeito às sensações corporais, apontam como principais sintomas as sensações comandadas pelo sistema nervoso autônomo e pelo sistema hormonal, entre elas, desconforto corporal, sensação de aperto no peito e na garganta, alteração do ritmo cardíaco, palpitações, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas, secura da boca, sudorese, arrepios, tremores, abalos musculares, tontura, vertigem, urgência para urinar e evacuar, formigamento nos membros, sensação de fadiga, irritabilidade, sobressaltos, náuseas, vômitos e dores abdominais.

Dentre os sintomas conscientes destacam-se as sensações de desconforto, insegurança e apreensão; hipervigilância; insônia; dificuldade de concentração, de

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

aprendizagem e de memória, além de confusões e distorções da percepção (sensação de estranheza em relação a si mesmo e ao ambiente). A resposta comportamental mais comum é a inquietude (movimentação das mãos, pés ou qualquer outra parte do corpo; andar de um lado para outro), mas também há alteração da expressão facial e da tonalidade da voz do indivíduo.

Embora a ansiedade seja um afeto universal diretamente ligado à própria condição humana, e por isso, extremamente normal e necessária (Pereira, 2004), ela passa a ser um transtorno quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não há um objeto especifico ao qual é direcionada (Andrade & Gorenstein, 2000), trazendo, assim, diversas limitações e sofrimento para aqueles que a experimentam de forma excessiva e inapropriada.

Os Transtornos de Ansiedade hoje compõem um quadro bastante significativo na população geral. De acordo com Hetem & Graeff (2004), as estatísticas da Organização Mundial de Saúde indicam que até 20% dos pacientes atendidos em centros de atenção primária apresentam pelo menos um tipo de Transtorno de Ansiedade. Para Almeida-Filho, et al.(1997), em torno de 9 a 18% da população brasileira apresenta durante a vida pelo menos um episódio relacionado aos Transtornos de Ansiedade.

O diagnóstico destes transtornos, no entanto, ainda é precário, em particular no que diz respeito ao Transtorno do Pânico. Uma razão para isso, segundo Fyer, et al. (1999), é que a maioria dos pacientes com esse tipo de transtorno é vista inicialmente por profissionais de outras especialidades, que interpretam as queixas de sintomas somáticos súbitos e avassaladores como sendo mais um evento médico emergencial corriqueiro (por exemplo, sintomas como palpitações, dispnéia, dor torácica e tontura nesses casos são mais freqüentemente associados ao infarto do miocárdio).

Para se estabelecer um diagnóstico conciso diante do sofrimento do paciente é necessário que o profissional esteja ciente da possibilidade de uma etiologia psiquiátrica e tenha tempo para uma investigação clinica especifica e minuciosa. Infelizmente, no ambiente atual das políticas de saúde, muitas pessoas com Transtorno de Pânico passam por procedimentos de avaliação não conclusivos, e acabam recebendo tratamento ineficaz (Fyer et al.,1999).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Uma forma encontrada para solucionar esse problema tem sido adotar a aplicação de instrumentos padronizados na avaliação inicial, com o objetivo de caracterizar o quadro clínico de forma sistemática e eficiente, abrangendo uma ampla gama de sintomas. As informações coletadas, além de auxiliarem na escolha do tipo de tratamento mais adequado, também investigam a melhora clínica e o efeito terapêutico do tratamento administrado, através de uma reavaliação (Ito & Ramos, 2000).

De acordo com Cunha (2002) e Pasquali (2003) os testes padronizados surgiram no século XIX, com os trabalhos de Galton (estudo das diferenças individuais), Cattel (testes mentais) e Binnet (medidas intelectuais). Já no inicio do século XX, Jung, inspirado pela teoria Psicanalítica de Freud, criou o Teste de Associação de Palavras, que, mais tarde, influenciaria o lançamento de técnicas projetivas, como os testes de Rorschach, Figuras Humanas e TAT. Esse tipo de avaliação passou a ser extremamente valorizada e utilizada na área militar e industrial do mundo inteiro.

No entanto, com o avanço das pesquisas em psiquiatria, esse tipo de avaliação sofreu certa desaceleração, principalmente por apresentar problemas psicométricos e enfatizar interpretações intuitivas. Com o advento de novas técnicas psicométricas a ciência abriu espaço para aqueles testes que acessam os sintomas, o que no ponto de vista clínico, ajuda no processo do psicodiagnóstico bem como na detecção de comorbidades. Sendo assim, obedecendo às exigências práticas e cientificas e principalmente buscando associar eficiência à diminuição de tempo e custo, cresce a necessidade de delimitar os níveis de patologia, e com isso observa-se um aumento considerável no interesse por um modelo dimensional, relacionado com instrumentos psicométricos, na avaliação de pacientes (Cunha, 2002).

Seguindo essa tendência, psicometristas têm desenvolvido formas de avaliação para estados e sintomas emocionais específicos, através de questionários, *check-lists*, inventários e escalas de auto-avaliação. No que diz respeito aos Transtornos de Ansiedade não poderia ser diferente.

Dentre as novas formas de avaliação especificas para esses transtornos, destacam-se atualmente, entre outros, o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1988) - utilizada nesse estudo, e o Inventario de Ansiedade Traço-Estado

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

(IDATE), elaborado por Spielberger et al. (1970).Além desses, diversos instrumentos têm sido desenvolvidos com o propósito de avaliar Transtornos de Ansiedade mais específicos, tais como Transtorno do Pânico, Fobias, Transtornos Obsessivo - Compulsivos, Transtornos do Estresse Pós-Traumático, etc. Dentre os utilizados no estudo do Transtorno do Pânico, destaca-se, por exemplo, a Escala de Pânico e Agorafobia (Bandelow, 1995).

Reiss et al. (1986), desenvolveram uma escala denominada Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA) com o objetivo de avaliar a Sensibilidade à Ansiedade (SA). O conceito de Sensibilidade à Ansiedade está relacionado com o medo de que os sintomas autonômicos da ansiedade podem ter conseqüências desastrosas. Uma pessoa com um índice de SA alto estará mais inclinada a interpretar sintomas de ansiedade, tais como palpitações, tonturas, náusea e sudorese, como sinais de um processo altamente patológico, em oposição a uma outra pessoa que é menos sensível a esses sintomas.

A ESA é o instrumento mais utilizado para medir a SA. Seus itens são respondidos por meio de uma escala *Lickert* de cinco pontos, variando de “Muito Pouco” a “Muitíssimo”. Compõe-se por 16 itens que medem o medo das reações somáticas (ex. “Fico assustado quando meu coração bate rápido”), medo de perder o controle cognitivo (ex. “Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco”) e medo que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente (ex. “Pra mim, é importante não demonstrar nervosismo”). Todos os itens foram estabelecidos positivamente. Além disso, as respostas a todos os 16 itens foram resumidas para se obter um escore final que indicasse a quantidade de SA. Quanto mais alto o escore, mais elevado o nível da SA.

As evidências indicam que a ESA está intimamente associada aos sintomas de ansiedade e aos ataques de pânico. Por exemplo, pacientes com Transtorno de Ansiedade apresentaram um escore elevado quando comparados com sujeitos sem esse transtorno (Taylor et al., 1992; Taylor, 1995). Além disso, os escores da ESA puderam prever os sintomas de ansiedade em respostas a desencadeadores de ataques do pânico como, por exemplo, o dióxido de carbono (Eke & McNally, 1996; Li & Zinbarg, 2007; Schmidt et al., 2007). Os escores da ESA também foram capazes de prever o desenvolvimento de ataques de pânico espontâneo em estudantes universitários (Plehn & Peterson, 2002; Maller & Reiss, 1992) e em

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

adultos jovens sem historia prévia de ataques de pânico, submetidos a um treinamento militar estressante (Schmidt et al.,1997, 1999). Estes estudos indicam que uma pontuação alta na ESA pode caracterizar um risco pré-mórbido para a etiologia dos Transtornos de Ansiedade em geral e para o Transtorno de Pânico, em particular (McNally, 1994a).

A ESA também tem provado ser um importante instrumento clínico para verificar a eficiência dos tratamentos dos transtornos ansiosos, visto que tratamentos farmacológico e cognitivo-comportamental por reduzem significativamente os sintomas de ansiedade também proporcionam um declínio nos escores da ESA (Otto & Reilly-Harrington, 1999; Watt et al, 2006).

Além disso, a ESA também tem recebido considerável suporte psicométrico (Peterson & Plehn, 1999), por apresentar uma elevada consistência interna em amostras clínicas (Taylor et al.,1991) e não clínicas (Peterson & Heilbronner, 1987). Também há evidencias mostrando que as fases da ESA parecem ser estáveis na maior parte das vezes. Estudos de teste-reteste indicam que os escores da ESA apresentaram uma alta estabilidade em um período após três anos (Maller & Reiss, 1992).

Apesar das abrangentes e bem estabelecidas propriedades psicométricas, há uma considerável controvérsia na literatura sobre a conceitualização da ESA como uma medida uni ou multidimensional de acesso a SA. Algumas pesquisas indicam que a ESA reflete uma dimensão unitária (Reiss et al., 1986; Taylor at al.,1991; Taylor et al.,1992). Entretanto, estudos mais extensivos da ESA relatam que a escala apresenta quatro fatores: dois deles relacionados ao medo de sintomas somáticos, um relacionado ao medo de sintomas cognitivos e um relacionado ao medo de que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente (Blais et al., 2001; Cox et al., 1996; Wardle et al, 1990). É também relatado que esses quatro fatores tendem a ser organizados hierarquicamente em um fator único de primeira ordem (Zinbarg et al., 1997).

Uma possível razão para o debate dimensional da SA pode estar no fato de que a estrutura fatorial varia entre populações como estudantes secundários e pacientes diagnosticados com diferentes transtornos de ansiedade (Peterson & Reiss, 1992; Taylor, 1995). Entretanto sugestões mais plausíveis apontam que a inconsistência estrutural da ESA pode estar relacionada com seu número

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

insuficiente de itens. De fato todos os 16 itens acessam o medo de reações somáticas enquanto que muito poucos itens estão associados com domínios cognitivos e sociais. È também aparente que 5 dos 16 itens do ESA apresentam um tipo de problema psicométricos conceitual (Blais et al., 2001). Entretanto, parece razoável assumir que a ESA tem alguns itens que avaliam adequadamente a estrutura do constructo SA.

A limitação da ESA impõe sérios problemas na investigação do mecanismo básico que envolve a SA. Por exemplo, é bastante provável que diferentes fatores da estrutura latente da SA estejam relacionados com mecanismos distintos associados com a etiologia do distúrbio de ansiedade em particular (Taylor & Cox, 1998a). Nesse sentido, é aparente a associação do medo das sensações somáticas com o Transtorno do pânico (Taylor et al.,1996; Zinbarg et al.,1997; Zinbarg et al.,2001). Além disso, tem sido reportado que o medo da observação pública das reações de ansiedade desenvolve importante papel no desenvolvimento da fobia social (McWilliams et al., 2000; Zinbarg & Barlow, 1996; Zinbarg et al., 1997), aonde o medo do descontrole cognitivo pode ser relacionado com a depressão (Taylor et al.,1996). Entretanto, é importante procurar medidas mais extensivas para acessar as eventuais múltiplas dimensões da SA para que sua relação com variáveis relatadas na ansiedade possam ser propriamente investigadas.

Baseados nessa teoria, Taylor e Cox (1998a) desenvolveram uma forma revisada de 36 itens da ESA, a ESA-R. Esse novo instrumento tem as mesmas instruções e o mesmo formato do original e inclui 10 dos seus 16 itens. Alguns estudos examinaram a estrutura fatorial do ESA-R. O estudo original de Taylor e Cox (1998a) revelou uma estrutura hierárquica que consiste em 4 fatores de segunda ordem 1) medo de sintomas respiratórios 2) medo que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente 3) medo de sintomas cardiovasculares e 4) medo de descontrole cognitivo. Cada fator tem pelo menos seis itens com alta carga e todos eles carregam em um fator único de primeira ordem.

Estudos fatoriais subseqüentes confirmaram que a estrutura latente do ESA-R é composta por dois fatores somáticos, um cognitivo e um social (Deacon & Abramowitz, 2006; Deacon et al., 2003). Esses achados apontam para o fato de

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

que a ESA-R é o melhor instrumento para avaliar as dimensões da SA e deve ser utilizado para investigar sua relação com diferentes transtornos de ansiedade.

Uma importante questão na investigação da estrutura fatorial da SA é o acesso desse constructo entre diferentes culturas. De fato, a avaliação da estrutura fatorial da ESA-R em população de língua não inglesa, aponta para um número diferente de fatores, indo de uma dimensão única encontrada na versão espanhola (Sandin et al.,1996) a uma estrutura multidimensional composta por quatro fatores entre a população japonesa (Maruta et el., 2007) e cambojana (Hinton et al., 2006).

A estrutura fatorial da ESA-R em população de língua não inglesa também teve resultados conflitantes. Em um estudo transcultural de larga escala envolvendo seis paises, Zvolensky et al. (2003) argumentam que a solução de dois fatores se adequam melhor ao ESA- R, incorporando todos os sintomas somáticos (cardiovascular, respiratória e gastrintestinal) em um único fator e as preocupações sociais e cognitivas em outro. Essa divisão em dois fatores também é encontrada na versão francesa da ESA-R (Bouvard et al. 2006), mas nela os fatores representam o medo das conseqüências negativas das sensações físicas de ansiedade e as preocupações sócio-cognitivas. Já a versão coreana (Lim et al., 2006) obedece ao mesmo padrão dos quatro fatores originalmente identificados por Taylor e Cox (1998a).

A ESA-R ainda não foi traduzida para o Português. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo traduzir e validar os itens da versão em português da ESA-R, contribuindo para melhor compreensão de seu constructo latente e das suas estruturas psicométricas, assim como analisar o índice de ajuste dos itens para a população brasileira. Para tal, foi utilizada uma amostra com 585 pacientes diagnosticados com quatro tipos de Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia Social (FS), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e Transtorno do Pânico (TP).

A hipótese que a SA seja um constructo composto por uma estrutura uni fatorial com um fator de primeira ordem e uma estrutura multifatorial de segunda ordem foi avaliada através da análise fatorial exploratória. A relação entre os escores da ESA-R e a ansiedade geral acessados pelo Inventário Beck de Ansiedade (BAI), também foi investigada. Por fim, eventuais escores de primeira

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

e segunda ordem foram comparados entre os diferentes grupos de Transtorno de Ansiedade.

A avaliação das propriedades psicométricas da ESA-R, bem como o conceito de Sensibilidade à Ansiedade e sua relação com o Transtorno do Pânico serão apresentados ao longo deste trabalho. No entanto, antes de introduzir tais tópicos, vale ressaltar que questões acerca da classificação diagnóstica dos transtornos mentais tiveram forte influência na elaboração dessas novas estratégias de avaliação voltadas para a medida de sintomas específicos. Como essa questão merece destaque, a seguir serão apresentados e discutidos alguns aspectos históricos que levaram ao desenvolvimento dos sistemas atuais de classificação dos Transtornos de Ansiedade.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

2
A classificação dos transtornos de ansiedade: aspectos históricos

A vontade do Homem de entender a origem patológica da ansiedade vem de longa data, provavelmente desde a Grécia Antiga, em que as explicações na maior parte das vezes eram de origens místicas, defendidas por crenças sobrenaturais. Ao revelar que alegrias, prazeres, tristezas, desapontamentos, desesperanças e lamentações vinham do cérebro, Hipócrates, por volta de 400 a.C. eliminou a influência dos Deuses na origem das alterações mentais, e as denominou "mania", "melancolia" e "frenesi". Contudo, após o período greco-romano, o pensamento calcado em crenças sobrenaturais reaparece e persiste até a virada do século XVII, com a publicação do "Dictionnaire Universel", em 1690, de Antoine Furetière. A partir desta obra, a ansiedade passou a ser vista como uma reação natural ligada a uma situação de perigo. Dois séculos mais tarde, começaram a surgir as primeiras classificações dos Transtornos de Ansiedade (Gomes de Matos, 2005).

Para Pereira (2004), a cronologia desta classificação no meio científico se deu da seguinte forma: em 1850, Domrich descreve de forma bastante clara e minuciosa os sintomas de ansiedade. Em 1869, Beard introduz o conceito de neurastenia para designar graus menores de ansiedade e depressão, incluindo a presença de profunda exaustão, dificuldade de concentração, dores crônicas, insônia e dificuldades sexuais. Da Costa, em 1871, descreve o que hoje denominamos de Transtorno do Pânico, batizando-o de "síndrome do coração irritável", composto por palpitações frequentemente muito intensas, surgidas sob a forma de ataques, devido a uma perturbação do funcionamento do sistema nervoso simpático. Quadro semelhante foi encontrado por Lewis, em 1919, em soldados que haviam participado da Primeira Guerra Mundial. Nesta ocasião, o transtorno foi denominado "síndrome do esforço".

No entanto, a popularização da ansiedade como quadro patológico, teve origem mesmo através de pacientes clássicos tratados por Freud, como por exemplo, "Anna O.", "Dora" e o "Pequeno Hans", que inspiraram uma série de

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

classificações dos transtornos ansiosos, entre elas, “Crise Aguda de Angústia”, “Neurose de Angústia” e “Expectativa Ansiosa”, hoje denominadas Ataque de Pânico, Transtorno do Pânico e Ansiedade Generalizada respectivamente.

Freud (1895), em seu trabalho pioneiro sobre a Angústia, definiu de forma bastante clara as reações fisiológicas presentes na ansiedade, que para o presente estudo, é considerado o alvo da S.A. O que se acredita ser aqui ansiedade, Freud definiu como três tipos de Angustia: 1. Angústia Real (desencadeada pela presença de uma ameaça considerada real pelo individuo) 2. Angústia Automática (desencadeada quando o individuo se deparava com uma situação traumática) 3. Angústia Sinal ou Sinal de Angústia (ação do ego diante a uma situação de perigo, é um mecanismo psíquico, que funciona como um símbolo mnésico).

Seguindo seus estudos sobre a Angústia, de acordo com Pereira (2004),Freud também apresentou a “Neurose Obsessivo-Compulsiva” (Transtorno Obsessivo Compulsivo), a “Neurose Fóbica” (Fobias Específicas) e a “Neurose Traumática” (Transtorno do Estresse Pós-Traumático), essa última, também conhecida como “Neurose de Guerra”.

Paralelamente a Freud, Kraepelin, no final do século passado, deu início a um sistema de classificação dos transtornos mentais análogos às enfermidades físicas, distinguindo-as de acordo com sua etiologia, sintomas, evolução e prognóstico. Desta tentativa de classificar nosologicamente os transtornos mentais resultaram os grandes sistemas que utilizamos hoje, a CID 10 e o DSM-IV (Figueiredo, 2004).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

2.1
A classificação Internacional das Doenças - Décima Edição (CID 10) e o Manual de Estatística e Diagnóstica dos Transtornos Mentais-Quarta Edição Texto Revisado (DSM-IV-TR)

A classificação internacional das doenças (CID) teve inicio no século XIX, quando, no Congresso Estatístico Internacional de 1853, foi determinada a criação de nomenclaturas uniformes das causas de morte, para serem utilizada em todo o mundo. Ao longo dos anos, esse esquema de classificação passou a incluir morbidade não letais. A partir de sua quinta edição (CID-5), os transtornos

mentais passaram a ser apresentados de forma um pouco mais isolada, contendo uma categoria para transtornos mentais. Em meados do século passado, na sua sexta edição, surgiu a primeira classificação internacional das doenças mentais como uma seção exclusiva da CID (Figueiredo, 2004).

No entanto, como citou Pereira (2004), com os adventos da psicanálise e dos fenômenos psicopatológicos ressaltados durante as grandes guerras mundiais, houve um aumento significativo do interesse pelo tratamento das doenças mentais, o que também aumentou a necessidade de novas classificações que dessem conta dessas novas abordagens.

Assim, da insatisfação com as antigas classificações manifestadas pela comunidade psiquiátrica internacional, principalmente a americana, a APA (do inglês, *American Psychiatric Association*), surgiu, em 1952, uma classificação independente da CID-6, denominada Manual de Estatística e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM, do inglês, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).*

Com o passar do tempo, mudanças intelectuais, econômicas, científicas e tecnológicas influenciaram inúmeras pesquisas, e novas descobertas impulsionaram novas publicações desses manuais. Atualmente, a CID encontra-se em sua 10ª edição (CID10) e o DSM em sua 4ª, com texto revisado (DSM-IV-TR). Será apresentado abaixo, como esses dois manuais classificam os Transtornos Ansiosos, em particular, o Transtorno de Pânico.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

2.2
Os transtornos de Ansiedade na CID 10 e no DSM- IV- TR

Tanto o DSM-IV-TR (2002) como a CID-10 (1993) definem diferentes Transtornos de Ansiedade através de critérios claros garantindo assim, a formulação de diagnósticos mais precisos e confiáveis. Um diagnóstico válido é importante não só para o planejamento da intervenção terapêutica adequada como também para a condução de pesquisas que visam compreender melhor estes transtornos.

Existe uma grande concordância entre o DSM-IV-TR (2002) e a CID-10 (1993) com relação aos vários transtornos de ansiedade. Por exemplo, no que diz

respeito ao Transtorno de Ansiedade Generalizada (no DSM-IV-TR, 300.02 e na CID-10, F41.1), esses dois sistemas o caracterizam por um quadro ansioso generalizado e persistente, não restrito à circunstâncias ambientais.

Pacientes assim diagnosticados apresentam, na maior parte das vezes, sentimentos crônicos de nervosismo, preocupações excessivas, persistentes e desproporcionais à realidade acompanhado por vários sintomas somáticos, como: apreensão; tensão motora (inquietação, cefaléia tencional, tremores, incapacidade de relaxar); alta vigilância cognitiva; irritabilidade persistente; dores musculares; disfunções gastrointestinais; sudorese; taquicardia; desconforto epigástrico; tontura; boca seca; palpitações e taquicardia (Shinohara & Nardi, 2001; Papp & Gorman, 1999).

O DSM-IV-TR (2002) e a CID-10 (1993) classificam também de forma semelhante as Fobias Sociais (300.23 no DSM-IV-TR; F40.1 na DCID-10) e as Fobias Específicas (300.29 no DSM-IV-TR; F40.2 na DCID-10). O diagnóstico de Fobia Social se caracteriza pela presença de medo acentuado e persistente de situações sociais que possam envolver o desempenho de uma atividade pública na qual o indivíduo pode vir a se sentir envergonhado, e, conseqüentemente, desaprovado e rejeitado pelos outros (Falcone & Figueira, 2001). É, de uma maneira geral, um medo de se expor a outras pessoas e de ser reprovado por elas, por pensar que está se comportando de modo humilhante ou embaraçoso (Barlow & Liebowitz, 1999)

As Fobias Específicas são medos irracionais, excessivos, acentuados e persistentes revelado pela presença ou antecipação de um objeto, situação, ou atividade fóbica específica (Barlow & Liebowitz, 1999), acompanhados de comportamentos de fuga, esquiva, antecipação ansiosa e intenso sofrimento (Costa & Lanna, 2001). Os objetos e situações fóbicos mais comuns são: determinados animais, por exemplo, cães (cinofobia), gatos (ailurofobia), aranhas (aracnofobia), cobras (ofidiofobia) e certas situações específicas, como, altura (acrofobia), voar em avião (aviofobia) ou espaços fechados (claustrofobia). (DSM-IV-TR, 2002; CID-10, 1993).

A classificação do Transtorno de Estresse Agudo e do Transtorno de Estresse Pós-Traumático também é compartilhada pelos dois sistemas de classificação. O Transtorno de Estresse Agudo (308.3 no DSM-IV-TR) ou Reação

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Aguda ao Estresse (F43. 0 na CID-10) caracteriza-se pelo desenvolvimento de sintomas de ansiedade por um período transitório que ocorre imediatamente após a exposição de um evento traumático ou a uma súbita e ameaçadora mudança na posição social e/ou relações do indivíduo.

Por outro lado, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (309.81 no DSM-IV-TR, e F43.1 na CID-10), consiste numa reação tardia (pode existir um período de latência envolvendo algumas semanas, meses ou anos, após a ocorrência do trauma) e muito mais duradoura em relação ao transtorno agudo. O evento traumático (situação estressante, ameaçadora ou catastrófica) é persistentemente revivido em forma de imagens, memórias intrusas (*flashbacks*), pensamentos, percepções, sonhos ou recordações angustiantes, acompanhadas por sintomas de excitação aumentada e esquiva persistente à estímulos relacionados ao trauma (Davidson, 1999).

O DSM-IV-TR (2002) e o CID-10 (1993) podem também apresentar algumas diferenças na classificação de outros transtornos de ansiedade. Isso ocorre, por exemplo, com a classificação do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, que, no DSMIV-TR, está classificado entre os transtornos ansiosos (300.3), enquanto que na CID-10 constitui uma categoria independente (F42. 8), onde é dividido de acordo com a predominância de pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou ambos.

No entanto, em relação aos sintomas, os sistemas se apresentam de forma semelhante. Indivíduos com Transtorno Obsessivo Compulsivo apresentam obsessões (idéias ou imagens intrusivas, sem sentido, recorrente e persistente) e /ou compulsões (comportamentos repetitivos e sem propósito, de aspecto ritualístico) suficientemente graves para causar repercussão psíquica marcante, consumo considerável de tempo (mais de uma hora por dia) e/ou interferência significativa nas atividades ocupacionais, acadêmicas, sociais ou pessoais do individuo (Michael & Jenike, 1999; Range et.al., 2001).

Ainda sobre as divergências em relação à classificação, o DSM-IV-TR define dois conjuntos de critérios diagnósticos para o Transtorno do Pânico: um relacionado com a ausência e outro relacionado com a presença de agorafobia (medo de estar sozinho em locais onde a fuga seja difícil ou embaraçosa, ou onde seja difícil de conseguir ajuda caso tenha um ataque de Pânico).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Essa associação da agorafobia com o transtorno do pânico deve-se ao fato de que o DSM-IV-TR (2002), mas não a CID-10 (1993), partir do princípio de que a agorafobia se deve graças à ocorrência de ataques de pânico em locais públicos e de difícil possibilidade de fuga. Dessa forma, o DSM-IV-TR entende que a agorafobia em um transtorno secundário, classificando sempre em relação à história do pânico; ou seja: transtorno do pânico *com* (300.01) ou *sem* (300.21) agorafobia. Por outro lado, a CID-10 (1993) tem visão completamente oposta. Considera a agorafobia como transtorno principal, classificando-a de acordo com a presença (F41. 0) ou ausência (F40.01) transtorno do pânico.

Embora haja essa dissociação em relação à classificação do Transtorno do Pânico, ambos os sistemas apontam para a ocorrência de crises agudas denominadas de ataques de pânicos como uma das principais características do transtorno. Tanto para a CID-10 (1993) o DSM-IV-TR (2002), um ataque de pânico é definido como um período de intenso medo ou desconforto, acompanhado por ataques graves de ansiedade autonômica (dispnéia, palpitação, taquicardia, hiperventilação, asfixia, hipertensão arterial, dores no peito, tontura e náusea); além do medo secundário de morrer, perder o controle ou ficar louco. O ataque tem início abrupto, curta duração e atinge seu pico em torno de 5 a 10 minutos (Fyer et al.,1999; Rangé & Bernik, 2001).

Seguindo a relação entre o inicio do ataque e a presença ou ausência de desencadeantes situacionais, os ataques de pânico podem ser divididos em: 1º) Ataques de pânico inesperados (não evocados), cujo início não está associado com uma determinada situação; ou seja, o ataque de pânico ocorre de forma espontânea ou “vindo do nada”. 2º) Ataques de pânico ligado a situações (evocados), ou seja, ataques de pânico que ocorrem quase que invariavelmente imediatamente após a exposição ou antecipação a uma determinada situação extremamente perigosa. 3º) Ataques de Pânico predispostos pela situação. Neste caso, o ataque de pânico tende a ocorrer com mais freqüência na presença de uma determinada situação aversiva, mas não está necessariamente associada a ela (DSM-IV-TR, 2002).

Embora exista certo consenso em relação aos critérios para o diagnóstico do Transtorno do Pânico, a etiologia deste transtorno ainda é um ponto de grande divergência, o próximo capítulo apresenta discussões sobre o tema.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

3
Novos modelos para o pânico

Fyer et al. (1999) apontam trabalhos de diversos teóricos da Psicologia que vêem propondo uma variedade de hipóteses cognitivas, de condicionamento e de personalidade para o quadro clínico observado no Transtorno do Pânico. Dentre esses novos modelos estão o Principio do "Medo do Medo" e o Condicionamento Interoceptivo; A Teoria da Má Interpretação Catastrófica, e a Sensibilidade à Ansiedade.

3.1
Principio do "medo do medo" e condicionamento interoceptivo

O medo patológico pode ser definido por seus estímulos desencadeadores, mas alguns estudiosos, como Goldstein & Chambless (1978), acreditam que ele pode por si só ser um objeto intencional da ansiedade. Essa idéia, segundo McNally (1999) também já foi proposta por Freud, que acreditava que nos casos de agorafobia o que o paciente temia era a possibilidade de não conseguir escapar diante da ocorrência de um ataque de pânico. A agorafobia seria uma espécie de "segunda neurose", induzida pela primeira (ataque de pânico) que foi vivenciada como traumática, e que a partir dela, qualquer situação de ansiedade (mesmo moderada) seria interpretada como um sinal de que um ataque de pânico realmente estaria por vir.

Calcados nesse conceito, Goldstein & Chambless (1978) popularizaram a idéia de que a agorafobia é melhor definida como um medo do próprio medo, do que como o medo de lugares públicos ou abertos e sugeriram que esse "medo do medo" pode ser desenvolvido através de processos parecidos com o Condicionamento Interoceptivo; um tipo de condicionamento que ocorre quando se considera como estímulo condicionado as sensações corporais internas (Razran, 1961; citado em McNally, 1999).

O Condicionamento Interoceptivo como base explicativa do Pânico, parte da idéia de que o estímulo presente no momento do ataque, passa a ser

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

estabelecido como um estimulo condicionado, em que o organismo aprende relações preditivas entre os acontecimentos. Para McNally (1999), isso quer dizer que pessoas com agorafobia carregam crenças sobre as conseqüências catastróficas das sensações corporais do medo em adição ao aparecimento das sensações das respostas condicionadas.No caso do medo da ansiedade, a própria sensação fisiológica interna se torna o estímulo condicionado para a poderosa resposta do ataque de pânico.O primeiro ataque é sempre visto como um estimulo incondicionado, mas as sensações corporais associadas a ele acabam sendo identificadas tanto como um estimulo condicionado como uma resposta condicionada.

3.2
Má interpretação catastrófica

Expandindo o constructo do “medo do medo”, um grupo de pesquisadores, entre eles Clark (1986), citado em McNally (1999), postulou que o ataque de pânico é resultado de uma má interpretação catastrófica das sensações corporais, onde, por exemplo, a sensação de tontura pode ser interpretada como um sinal de que a pessoa irá desmaiar ou que palpitações podem ser interpretadas como preditoras de um ataque cardíaco.

Essas interpretações erradas pioram os sintomas de ansiedade e intensificam as sensações corporais, que sobrecarregadas, resultam no ataque de pânico. Embora essa má interpretação possa surgir da ansiedade em si, ela também está associada a outras emoções (como a raiva), ou à nenhuma (como a ingestão de cafeína). No entanto, nenhuma sensação corporal desencadeará o pânico, a menos que seja precursora de um perigo iminente (McNally, 1999).

3.3
Sensibilidade à Ansiedade

As pessoas variam bastante com relação ao incômodo que sentem em relação à ansiedade. Enquanto a grande maioria considera a ansiedade simplesmente desagradável, outras a vêem com pavor, chegando a acreditar que

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

uma normal aceleração do coração significa um infarto iminente (McNally, 2002). O conceito de SA, apoiado nos conceitos de “medo do medo” e da má interpretação catastrófica, denota essa diferença individual, se referindo ao medo dos sintomas da ansiedade baseados na crença de que as sensações físicas possam estar relacionadas a conseqüências somáticas, psicológicas e sociais catastróficas (Reiss, 1987; 1991; Reiss & Mc Nally, 1985).

Ou seja, uma pessoa com um alto índice de SA deverá apresentar uma maior propensão a interpretar sintomas como palpitações, tonturas, náusea e sudorese, como sinais de um processo altamente patológico, em oposição a uma outra pessoa que é menos sensível aos sintomas de ansiedade. Por estar fortemente associada a pensamentos catastróficos, a SA tem grande importância etiológica na manutenção do medo, da ansiedade e dos transtornos a ela relacionados, em particular, o Transtorno do Pânico, visto que o ataque de pânico é resultado da má interpretação catastrófica de certas sensações corporais como preditoras de um desastre iminente (Reiss, 1987; 1991; Reiss & Mc Nally, 1985).

Isso que dizer que, quando alguém, por diversos motivos, experimenta uma sensação de ansiedade do tipo “coração acelerado”, ela pode, catastroficamente, interpretar essas sensações, acreditando que palpitações normais induzidas pelo estresse podem ser um sinal de que a pessoa irá morrer, ficar maluca ou perder o controle da sua atividade mental. Tal pensamento faz com que as palpitações tornem-se mais fortes, convencendo o individuo cada vez mais que uma catástrofe realmente está por vir. Isso intensifica ainda mais as sensações de ansiedade, e, como em um ciclo vicioso, culmina em um ataque de pânico (Donnell & Mc Nally, 1989; Holloway & Mc Nally, 1987; Schimidt et al.,1997; Asmundson et al., 1994; Reiss, 1991; Reiss & Mc Nally1985; Mc Nally, 1994a).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

4
Teoria da expectativa: medos fundamentais

A SA anteriormente descrita é um dos elementos centrais do chamado Modelo de Expectativa de Reiss, sobre o medo, a ansiedade e o pânico (Reiss, 1980, 1991). Nela, o autor propõe que existem três medos fundamentais: 1)SA, 2) medo de se ferir, adoecer ou morrer, e 3) medo de uma auto-avaliação negativa. Esses medos fundamentais, segundo Taylor & Fedoroff (1999), contribuem para o aumento do medo, da ansiedade e do pânico, por que interagem com experiências aprendidas, aumentando o risco de adquirir medos comuns e de aumentar a intensidade do medo já adquirido.

Taylor & Fedoroff (1999) consideram medos comuns os medos de: animais inofensivos (barata, gato, lagartixa), situações (altura, lugares fechados), situações sociais (falar em publico, comer na frente de outras pessoas). Esses medos podem ser "transformados" em medos fundamentais. Isso ocorre, por exemplo, quando uma pessoa com medo de avião, teme voar principalmente porque teme que o avião caia (medo de se ferir, adoecer ou morrer). Ou também, em um caso parecido, quando uma pessoa com agorafobia teme o avião porque, na verdade, teme ter um ataque de pânico durante o vôo (nesse caso, o medo fundamental é a SA).

Outro exemplo é citado por Reiss (1991), e Mc Nally (2002), para eles, se formos considerar como medos comuns o medo de gato, de altura e da ansiedade, não haveria lógica nenhuma entre o medo de gato e o medo de altura, visto que não se teme o felino porque se teme os lugares altos. Mas, sendo a S A um medo fundamental, terá sim uma base motivacional para esses dois medos, que seria: "Temo gato e altura porque temo ter um ataque de pânico se encontrar um desses dois estímulos".

Para Taylor & Fedoroff (1999), as respostas relacionadas ao medo (ansiedade, pânico, evitação e comportamento de fuga-esquiva), seja elas comuns ou fundamentais, podem ser derivadas de fatores situacionais ou pessoais. Fatores situacionais dizem respeito às expectativas de perigo, é o que uma pessoa pensa que pode acontecer quando se deparar com a situação ou objeto temido. Se

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

expressam por pensamentos do tipo: “o avião vai cair”, “vou ter um ataque de pânico durante o vôo”, “as pessoas vão notar meu medo durante o vôo”.

Já os fatores pessoais, referem-se à sensibilidade individual, é a razão pela qual a pessoa teme a antecipação do evento. Se expressam por pensamentos do tipo “se tiver uma ataque de pânico, vou ter um ataque cardíaco”.

Para a Teoria da Expectativa (Reiss, 1980), quem tem medo dos sintomas da ansiedade provavelmente desenvolve medo diante de qualquer outra situação, mesmo que, na maior parte das vezes, seja inofensiva para a maioria das pessoas. Isso se dá, pelo fato de a S A englobar pelo menos, 3 fatores: 1) Medo de sensações somáticas, 2) Medo de descontrole cognitivo, 3) Medo que as reações à ansiedade sejam percebidas por outras pessoas (Reiss,1980, 1991). De acordo com esta perspectiva, acredita-se também que a gravidade da S A pode estar relacionada com a intensidade e a quantidade de medos que uma pessoa tem.

Para se medir a S A é preciso um instrumento preditivo que identifique, por meio de uma serie de comportamentos e desordens individuais, uma super-reação para os sintomas relacionados à ansiedade, sua fuga e evitação (Peterson e Plehn, 1999). Esse instrumento será apresentado a seguir.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

5
A Escala de Sensibilidade à Ansiedade

A Escala de Sensibilidade à Ansiedade (ESA), do original, em inglês, *Anxiety Sensitivity Index (ASI),* formulada por Reiss et al.(1986) é uma escala composta por 16 itens que avaliam o quanto uma pessoa acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade possam ser assustadoras ou catastróficas (Peterson & Plehn, 1999). Seus itens focam o medo de diferentes aspectos da ansiedade. Dentre eles estão o medo das sensações físicas (tremor, tontura, náusea, falta de ar, aceleração dos batimentos cardíacos, desconforto estomacal e sensações corporais inusitadas) e as crenças sobre reações que sugerem descontrole mental (conseqüências do nervosismo, falta de concentração). Traduzidos da versão original os 16 itens da ESA são:

1. Pra mim, é importante não demonstrar nervosismo / It is important for me *not to appear nervous.*
2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco (a)./ *When I cannot keep my min don a task, I worry that I might be going crazy.*
3. Fico assustado (a) quando me sinto trêmulo (a) / *It scares me when I feel "shaky" (trembling).*
4. Fico assustado (a) quando me sinto tonto (a) / *It scares me when I feel faint.*
5. É importante para mim controlar minhas emoções / *It is important to me stay in control of my emotions.*
6. Fico assustado quando meu coração bate muito rápido/ *It scares me when my heart beats rapidilly.*
7. Fico embaraçado quando meu estomago ronca / *It embarrasses me when my stomach growls.*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

8. Fico assustado (a) quando sinto náuseas / *It scares me when I am nauseous.*
9. Quando meu coração está batendo rápido, tenho medo de estar tendo um enfarto / *When my heart is beating rapidly, I worry that I might have a heart attack.*
10. Fico assustado (a) quando sinto falta de ar / *It scares me when I become short of breath.*
11. Quando meu estomago esta embrulhado, fico preocupado (a) que estou com uma doença séria / *When my stomach is upset, I worry that I might be serious ill.*
12. Fico assustado quando não sou capaz de manter minha mente concentrada / *It scares me when I am unable to keep my mind on a task.*
13. Outras pessoas notam quando me sinto tremulo/ *Other people notice when I feel shaky.*
14. Sensações corporais incomuns me assustam / *Unusual body sensations scare me.*
15. Quando estou nervoso (a) fico preocupado (a) em estar com alguma doença mental/*When I am nernous, I worry that I might be mentally ill*.
16. Fico assustado (a) quando estou nervoso(a) / *It scares me when I am nervous.*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

5.1
Estudos Psicométricos com a Escala de Sensibilidade à Ansiedade

Estudos psicométricos com a ESA realizados por Peterson & Reiss, (1992) e Zinbarg et al. (1997; 1999), revelaram, pelo menos três fatores principais: 1. medo das sensações somáticas (medo de palpitações), 2. medo de descontrole cognitivo (medo da dificuldade de concentração) e 3. medo que os sintomas de ansiedade sejam observados publicamente (medo de ficar vermelho ou/ e de que os outros percebam que está tremendo).

No entanto, alguns itens da escala eram bastante abreviados para medir adequadamente os aspectos que se propunham. Havia por exemplo, apenas um item se referindo ao medo das sensações cardiovasculares, assim como eram poucos os itens direcionados ao medo dos sintomas respiratórios (Taylor & Cox, 1998a). Também não estava claro o que se questionava em itens como o 16. “Fico assustado quando estou nervoso”. Nesse caso, uma pessoa pode ter um escore alto no item por diversos motivos, entre alguns, porque está assustada com as palpitações, ou porque sente uma sensação de descontrole cognitivo, ou porque teme que suas reações de ansiedade sejam observadas publicamente (Deacon et al, 2003).

Um outro exemplo é o caso do item 14. “Sensações corporais incomuns me assustam”, nesse caso, não está revelada qual é sensação corporal que a pessoa perceberia como incomum ou assustadora. Confusões parecidas também foram encontradas por Taylor e Cox (1998a) nos itens 15. “Quando estou nervoso (a) fico preocupado (a) em estar com alguma doença mental”, 5. “É importante pra mim controlar minhas emoções”, 13. “Outras pessoas notam quando me sinto tremulo (os itens não se referem ao medo ou às conseqüências perigosas da ansiedade)” e 7. “Fico embaraçado quando meu estomago ronca (o item se refere ao embaraço e não à ansiedade).

Buscando solucionar esses problemas, Taylor & Cox (1998b), desenvolveram estudos objetivando aprimorar os possíveis constructos que não estavam bem determinados na escala anterior, como por exemplo, os medos de sintomas respiratórios, cardíacos e gatrointentinais e o medo do descontrole cognitivo. Desses estudos surgiu o *Anxiety Sensitivity Profile* (ASP), Perfil de Sensibilidade à Ansiedade, que consistia em uma escala de 60 itens dividida em 10 itens referindo-se a 6 diferentes medos: 1) Medo de sintomas cardiovasculares, 2) Medo de sintomas respiratórios, 3) Medo de sintomas gatrointestinais, 4) Medo de que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente 5) Medo de sintomas neurológicos e dissociativos e 6) Medo de descontrole cognitivo.

Embora fosse uma excelente medida da Sensibilidade à Ansiedade, o ASP é bastante extenso, o que fez com que fosse reduzido, dando origem a uma nova escala, a Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (Taylor &Cox, 1998).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

6

A Escala de Sensibilidade à Ansiedade - Revisada (ESA-R)

A ESA- R é uma medida de 36 itens que questiona o quanto uma pessoa acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade podem ser assustadoras ou catastróficas (Taylor & Cox, 1998). Dos 36 itens que compõem a escala, 10 foram aproveitados dos 16 itens do ESA original, acrescentando 26 itens novos, criados a partir de estudos feitos com a ASP. Assim como a ESA, a ESA-R também busca avaliar o quanto uma pessoa acredita que suas sensações relacionadas à ansiedade podem ser assustadoras ou catastróficas (Peterson & Plehn, 1999).

Da mesma forma que na ESA, os itens são respondidos em um formato de cinco opções que variam de "Muito Pouco" a "Muitíssimo", onde 0 é Muito Pouco; 1, Um Pouco; 2, Moderadamente; 3 Muito e 4 Muitíssimo. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 144. Quanto maior o resultado, maior é a Sensibilidade à Ansiedade apresentada pelo sujeito.

Traduzidos da versão original (*Anxiety Sensitivity Index- Revised)*, os 36 itens da ESA–R são:

1. Para mim, é importante não demonstrar nervosismo. / *It is important for me not to appear nervous.*
2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco (a)./ *When I cannot keep my min don a task, I worry that I might be going crazy*
3. Fico assustado (a) quando me sinto trêmulo (a) / *It scares me when I feel "shaky" (trembling).*
4. Fico assustado (a) quando me sinto tonto (a) / *It scares me when I feel faint*
5. Fico assustado (a) quando meu coração bate muito rápido/ *It scares me when my heart beats rapidilly.*
6. Fico assustado (a) quando sinto náuseas/ *It scares me when I am nauseous*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

7. Quando percebo que meu coração está batendo rápido, tenho medo de estar tendo um infarto. / *When my heart is beating rapidly, I worry that I might have a heart attack*
8. Fico assustado (a) quando sinto falta de ar / *It scares me when I become short of breath*
9. Quando meu estômago está embrulhado, fico preocupado (a) que estou com uma doença séria. / *When my stomach is upset, I worry that I might be serious ill.*
10. Fico assustado (a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo/ *It scares me when I am unable to keep my mind on a task*
11. Quando a minha cabeça esta latejando, fico preocupado (a) que se trata de um derrame. / *When my head is pounding I worry I could have a stroke*
12. Quando meu corpo começa a tremer na presença de outras pessoas, tenho medo do que elas vão pensar de mim. / *When I tremble in the presence of others I fear that people might think of me*
13. Quando sinto que não estou respirando direito, tenho medo de sufocar. *When I feel like I'm not getting enough air I scared that I might suffocate*
14. Quando estou com diarréia, fico preocupado que existe algo de errado comigo. / *When I get diarrhea, I worry that I might have something wrong with me*
15. Quando sinto um aperto no peito, tenho medo de não conseguir respirar direito./ *When my chest feels tight, I get scared that I won't be able to breath properly*
16. Quando minha respiração fica irregular, fico achando que alguma coisa ruim vai acontecer./ *when my breathing becomes irregular, I fear that something bad will happen*
17. Fico assustado (a) quando as coisas a minha volta parecem estranhas ou irreais / *It frightens me when my surroundings seem strange or unreal*
18. Sensações de asfixia me assustam/ *Smothering sensations scare me*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

19. Quando sinto dor no peito, fico preocupado (a) que vou ter um infarto. / *When I fell pain in my chest, I worry that I'm going to have a heart attack.*
20. Acho que seria horrível se eu vomitasse em público, *I think it would be horrible for me to faint in public*
21. Fico assustado (a) quando sinto que meu corpo está estranho ou diferente de alguma forma / *It scares me when my body feels strange or different in some way*
22. Tenho medo de que as outras pessoas percebam a minha ansiedade./ *I worry that other people will notice my anxiety*
23. Quando me sinto aéreo ou "fora do ar", fico preocupado (a) em estar com alguma doença mental./ *when I feel "spacey" or spaced out I worry that I might going crazy.*
24. Fico assustado (a) quando fico vermelho na frente das outras pessoas. *It scares me when I blush in front of people*
25. Quando sinto uma dor forte no estômago, fico preocupado que seja um sinal de câncer / *When I feel a strong pain in my stomach, I worry it could be cancer*
26. Quando tenho dificuldade de engolir, tenho medo de engasgar *When I have trouble swallowing, I worry that I could choke*
27. Quando sinto alterações na batida do meu coração fico achando que existe algo de muito sério comigo/ *When I notice my heart skipping a beat, I worry...seriously wrong with me.*
28. Fico preocupado quando sinto minhas mãos dormentes / *It scares me when I feel tingling or prickling sensations in my hands.*
29. Quando fico tonto, fico preocupado que existe algum problema no meu cérebro / *When I fell dizzy, I worry there is something wrong with my brain*
30. Quando começo a suar em situações sociais, fico preocupado que as pessoas pensem mal de mim. / *When I begin to sweat in a social situation, I fear people will think negatively of me*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

31. Quando meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco / when my thoughts seem to speed up, I worry that I might be going crazy.
32. Quando minha garganta fecha, tenho medo de morrer engasgado(a) / *When my throat feels tight, I worry that I could choke to death*
33. Quando meu rosto fica dormente, fico preocupado que estou tendo um derrame / *When my face feels numb, I worry that I might be having a stroke*
34. Quando não consigo pensar com clareza, fico achando que estou com algum problema /*when I have trouble thinking clearly, I worry that there is something wrong with me.*
35. Acho que seria horrível se eu desmaiasse em público / *I think it would be horrible for me to faint in public*
36. Quando minha cabeça "dá um branco", tenho medo de estar com algum problema muito sério. / *When my mind goes blank I worry there is something wrong with me*

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

6.1
Estudos Psicométricos com a Escala de Sensibilidade à Ansiedade – Revisada (ESA-R)

Um ponto importante a ser considerado na investigação da estrutura fatorial da ESA-R é a o acesso ao constructo SA e suas dimensões também em culturas de língua não inglesa. Como exemplo, estão os estudos envolvendo a tradução da ESA-R para o Espanhol (Sandin, Chorot & Mc Nally, 1996) que revelou uma estrutura com um único fator dominante, e estudos envolvendo a versão Japonesa (Maruta, Yamate, Ito, Sato, Iimori & Kato, 2007) que revelou uma estrutura composta por quatro fatores. Quatro fatores também foram encontrados na versão Cambojana da ESA-R (Hinton, Pich, Safren, Pollack, Mc Nally, 2006). Em um estudo envolvendo seis países do Leste Europeu, Zvolensky et al (2003) encontraram uma rotação de dois fatores, onde todos os itens que

envolviam o medo dos sintomas somáticos (ex. sintomas cardiovasculares, respiratórios e gastrintestinal) compunham um único fator, enquanto que itens que envolviam o medo das conseqüências cognitivas e emocionais compunham um outro. Uma estrutura fatorial composta por dois fatores também foi encontrada na versão em Francês da ESA- R (Bouvard, et al., 2003), onde os itens que compunham o medo das conseqüências negativas da ansiedade, incluindo o medo relacionado a sensação física compunham um fator, enquanto que itens que envolviam a preocupação social compunha outro fator.

Alguns estudos psicométricos envolvendo a ESA-R, inclusive as propriedades psicométricas e a análise fatorial de sua versão em português são os temas do presente trabalho e serão apresentados nos capítulos a seguir.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

7
Objetivo

O presente trabalho teve como objetivo traduzir e validar os itens da versão em português da ESA-R, contribuindo para melhor compreensão de seu constructo latente e das suas estruturas psicométricas, assim como analisar o índice de ajuste dos itens para população brasileira. Para tal, foi utilizada uma amostra com 585 pacientes diagnosticados com quatro tipos de Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia Social (FS), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e Transtorno do Pânico (TP).

A estrutura latente da ESA-R foi analisada através de técnicas da análise fatorial, assim como os índices de correlação e de consistência interna do inventario. Foram analisados também os índices de correlação, através da matriz de correlação de Pearson entre o ESA-R e o Inventario Beck de ansiedade – BAI objetivando a constatar a superposição dos itens destas duas escalas, uma vez que o BAI é uma escala de ansiedade validada e muito utilizada em população brasileira.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

8
Método

8.1
Participantes

O presente estudo empregou 585 pacientes diagnosticados com Transtornos de Ansiedade, atendidos em diversas Instituições Públicas e Privadas de Saúde Mental, assim como em consultórios particulares de Psicologia (Psicoterapia Cognitivo-comportamental), Psiquiatria e Neurologia das cidades de Campos dos Goytacazes e do Rio de Janeiro, durante os anos de 2005 e 2006. A **Tabela 1.** traz informações acerca do gênero e idade dos participantes em cada um dos quatro Transtornos de Ansiedade que compõem o presente estudo. A média geral de idade foi de 33.0 anos (DP = 11.1), variando entre 18 e 72. A amostra foi composta de 171 homens (29.2%) com uma media de idade de 32,9 anos (DP=11.8) e 414 mulheres (70.8%) com uma media de idade de 33.1anos (DP= 10.8). Mais da metade da amostra foi composta por pacientes com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Aproximadamente 5% dos entrevistados sofriam de Fobia Social (FS) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Pacientes diagnosticados com Transtorno do Pânico (TP) com ou sem agorafobia representaram em torno de 1/3 da amostra.

O sexo feminino predominou em todos os quatro Transtornos de Ansiedade aqui apresentados, em uma relação de 3 mulheres para cada homem entrevistado. A Analise de Variância de Uma Via (ANOVA) indicou que não houve diferença estatisticamente significativa entre a média de idade nos quatro grupos. (F (3,581)=0.42; P=0.74).

Muitos pacientes (46.2%) com diagnóstico primário de Transtorno de Ansiedade também possuíam comorbidade com transtornos da mesma classe, ou com outros tipos encontrados no DSMIV - TR, como por exemplo, Transtornos do Humor (Depressão Maior e Depressão Leve) e Transtornos Somatoformes (Transtorno de Somatização). Aproximadamente metade da amostra (49.6%) estava sob uso de medicação psicotrópica.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 1. Pacientes com Transtornos de Ansiedade distribuídos por idade e gênero. A média e o desvio padrão da idade estão representados entre parênteses. Assim como a freqüência e a porcentagem dos gêneros.

Diagnóstico	Média de Idade	Masculino	Feminino	Total
Transtorno do Pânico	33.2 (10.7)	56 (28.7%)	139 (71.3%)	195 (33.3%)
Fobia Social	33.9 (8.1)	9 (37.5%)	15 (62.5%)	24 (4.1%)
Transtorno Obsessivo-compulsivo	31.2 (11.5)	12 (31.6%)	26 (68.4%)	38 (6.5%)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	33.0 (11.5)	94 (28.7%)	234 (71.3%)	328 (56.1%)
Total	**33.0 (11.1)**	**171 (29.2%)**	**414 (70.8%)**	**585 (100%)**

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

8.2
Instrumento

O presente estudo empregou duas escalas de ansiedade: a ESA-R e o BAI.

A ESA-R, como já foi dito anteriormente, é uma escala que mede o quão catastrófico uma pessoa acredita que suas reações à ansiedade possam ser. Seus 36 itens são respondidos por meio de uma escala *Lickert* de cinco pontos, variando "Muito Pouco" a "Muitíssimo", onde 0 é "Muito Pouco", 1. "Um pouco", 2. "Moderadamente", 3. "Muito" e 4. "Muitíssimo". A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 144. Quanto maior é o escore total, maior é o nível de AS apresentado pelo sujeito (Reiss et al.,1986; Taylor & Cox, 1998).

O BAI é uma escala que mede características comuns a ansiedade. Contém 21 itens relacionados aos sintomas ansiosos que uma pessoa pode experimentar em um período de 7 dias. Seus itens respondem, numa escala *Likert*, o quanto o individuo se sentiu incomodado com os sintomas de ansiedade na última semana. Cada item é composto por quatro informações que evoluem em um grau de intensidade de 0 a 3, onde 0 é "Absolutamente não", 1. " Levemente (não me incomodou muito", 2. "Moderadamente (foi muito desagradável mas pude

suportar)" e 3."Gravemente (dificilmente pude suportar)". Mais de uma afirmação pode ser escolhida, porém o escore computado é sempre o de maior intensidade. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 63, quanto maior é o escore total, maior é o nível de ansiedade apresentado pelo sujeito (Beck et al.,1998).

O BAI recentemente foi traduzido e adaptado para o Brasil por Jurema Alcides Cunha e publicada pela Editora Casa do Psicólogo (Cunha, 2001).Pesquisas revelam que a versão em Português do BAI possui excelentes propriedades psicométricas (Cunha, 2001). A versão em português da ESA-R foi desenvolvida para o presente trabalho.

8.2.1
Desenvolvimento da versão em Português da ESA-R

A equivalência lingüística do ESA-R foi obtida através das técnicas de tradução e tradução reversa dos itens da escala. O resultado dessas duas técnicas foi comparado com os resultados do PSWQ, outro questionário que passou pelos mesmos processos de averiguação lingüística. Tais análises levaram em consideração equivalências lingüísticas e semânticas entre as duas escalas, resultando em diversas correções e conseqüentemente na primeira versão em português da ESA-R. Uma Validade Aparente dessa versão foi feita por um grupo de pacientes bilíngües. Com a ajuda desses, se alcançou um consenso final depois de revisar cada um dos 36 itens da escala. Essa segunda versão da escala foi então testada em uma amostra de 221 estudantes do curso de Psicologia. Esse estudo piloto indicou que todos os sujeitos eram capazes de entender perfeitamente a escala, o que levou a crer que nenhum outro ajuste de tradução era mais necessário.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

8.3
Procedimentos

Todos os sujeitos eram livres para participar de um estudo e deixava-se claro que era possível abandonar o estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Também foi informado de que os resultados seriam mantidos em sigilo e não teriam qualquer impacto em suas atividades institucionais. A aplicação do teste foi realizada em grupos que variaram entre 01 a 10 pessoas. Não houve qualquer limite de tempo para aplicação das escalas. Ao final da pesquisa, os participantes interessados puderam ter acesso individual às informações de seu teste. Os diagnósticos de Transtorno de Ansiedade foram feitos por Psiquiatras e Neurologistas experientes, baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR e da CID 10, depois de uma estruturada entrevista clínica. ASI-R e o BAI foram administrados como sendo parte da compreensão da avaliação clinica. Todos os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, definidas através da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

8.4
Análises dos resultados

Os resultados coletados foram analisados através de técnicas estatísticas descritivas relacionadas com medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão). Técnicas de inferências foram empregadas para determinar diferenças entre grupos. Neste caso, a análise de variância foi empregada seguida do teste t de student para determinar diferenças especificas entre grupo. Técnicas de correlação foram utilizadas para a determinação do grau de relação entre dois conjuntos de resultados. A estimativa da consistência interna das escalas foi avaliada através do Alfa de Cronbach. A análise de itens foi realizada através de uma análise fatorial utilizando o método do componente principal e o método Promax para a rotação dos fatores através do Statistical Package of Social Science em sua 10ª versão (SPSS 10.0).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

9
Resultados

Todos os pacientes responderam as questionários. A média dos escores total da ESA- R foi de 62,7, (DP = 31,0). O Teste T de student revelou ausência de diferença significativa nos escores do ESA-R entre homens (M = 61,0; SD = 30,2) e mulheres (M = 63,4; SD = 31,3) (t(582)=0,81; P > 0,40). A consistência interna obtida através do Alpha de Cronbach indicou um valor de 0.96 para toda a amostra. Os resultados estão bem acima de 0,7, valor aceitável para o Alpha de Cronbach, de acordo com Nunnally & Bernstein (1994), indicando que a escala apresentou uma elevada consistência interna. A **Tabela 2** apresenta os escores em cada item do ESA-R e seus respectivos desvio padrão e correlação com o total da escala. A média individual dos itens foi de 1,74, variando entre a 1.20 no Item 25 (“Quando sinto uma dor forte no estomago, fico preocupado que seja um sinal de câncer”) e 2,41 no Item 5 (“Fico assustado (a) quando meu coração bate muito rápido”) A média de correlação item-total foi alta, (0,61) variando entre 0,31 no Item 1 (“Para mim, é importante não demonstrar nervosismo”) e 0,75 no Item 25 (“Quando sinto uma dor forte no estômago, fico preocupado que seja um sinal de câncer”). Fundamentado no valor de 0,3 sugerido por Nunnally & Bernstein (1994), todos os itens apresentaram um bom coeficiente de correlação item-total.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 2. Média, desvio padrão e correlação item-total para cada um dos 36 itens da ESA-R.

Itens	Média	DP*	CTI**
1. Para mim, é importante não demonstrar nervosismo.	2,21	1,14	0,31
2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco(a).	1,41	1,38	0,63
3. Fico assustado(a) quando me sinto trêmulo(a).	1,84	1,30	0,60
4. Fico assustado(a) quando me sinto tonto(a).	2,01	1,29	0,59
5. Fico assustado(a) quando o meu coração bate muito rápido.	2,41	1,30	0,63
6. Fico assustado(a) quando sinto náuseas.	1,61	1,33	0,64
7. Quando percebo o meu coração batendo rápido, tenho medo de estar tendo um infarto.	1,93	1,53	0,71
8. Fico assustado(a) quando sinto falta de ar.	2,28	1,37	0,65
9. Quando o meu estômago está embrulhado, fico preocupado(a) que estou com uma doença séria.	1,23	1,31	0,59
10. Fico assustado(a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo.	1,68	1,26	0,57
11. Quando a minha cabeça está latejando, fico preocupado(a) que se trata de um derrame.	1,40	1,39	0,65
12. Quando meu corpo começa a tremer na presença de outras pessoas, tenho medo do que elas vão pensar de mim.	1,82	1,38	0,52
13. Quando sinto que não estou respirando direito, tenho medo de sufocar.	1,85	1,41	0,70
14. Quando estou com diarréia, fico preocupado(a) que existe algo de errado comigo.	1,30	1,25	0,51
15. Quando sinto um aperto no peito, tenho medo de não conseguir respirar direito.	1,91	1,45	0,75
16. Quando minha respiração fica irregular, fico achando que alguma coisa ruim vai acontecer.	1,84	1,36	0,74
17. Fico assustado(a) quando as coisas à minha volta parecem estranhas ou irreais.	1,94	1,31	0,59
18. Sensações de asfixia me assustam.	2,29	1,33	0,67
19. Quando sinto dor no peito, fico preocupado(a) que vou ter um infarto.	1,78	1,51	0,66
20. Acho que seria horrível se eu vomitasse em público.	2,34	1,40	0,34
21. Fico assustado(a) quando sinto que meu corpo está estranho ou diferente de alguma forma.	2,05	1,22	0,53
22. Tenho medo que as outras pessoas percebam minha ansiedade.	2,00	1,35	0,50
23. Quando me sinto aéreo(a) ou "fora do ar", fico preocupado(a) em estar com alguma doença mental.	1,24	1,36	0,61
24. Fico assustado(a) quando fico vermelho(a) na frente de outras pessoas.	1,29	1,28	0,36
25. Quando sito uma dor forte no estômago, fico preocupado(a) que seja um sinal de câncer.	1,20	1,38	0,64
26. Quando eu tenho dificuldades em engolir, tenho medo de engasgar.	1,51	1,35	0,68
27. Quando sinto alterações nas batidas do meu coração, fico achando que existe algo de muito sério comigo.	1,85	1,44	0,69
28. Fico preocupado(a) quando sinto minhas mãos dormentes.	1,69	1,31	0,69
29. Quando fico tonto(a), fico preocupado(a) que existe algum problema no meu cérebro.	1,26	1,38	0,69
30. Quando começo a suar em situações sociais, fico preocupado que as pessoas pensem mal de mim.	1,41	1,39	0,56
31. Quando os meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco(a).	1,51	1,49	0,67
32. Quando minha garganta fecha, tenho medo de morrer engasgado(a).	1,68	1,51	0,63
33. Quando meu rosto fica dormente, fico preocupado(a) que estou tendo um derrame.	1,45	1,41	0,64
34. Quando não consigo pensar com clareza, fico achando que estou com algum problema.	1,68	1,31	0,59
35. Acho que seria horrível se eu desmaiasse em público.	2,08	1,45	0,52
36. Quando a minha cabeça "dá um branco", tenho medo de estar com algum problema muito sério.	1,70	1,38	0,63

* desvio padrão ** correlação total dos itens

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

9.1
Análise fatorial Exploratória

Antes de efetuar uma análise fatorial exploratória com os 36 itens da ESA-R, o coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi calculado para avaliar a possibilidade de realizar uma análise fatorial com relação à matriz correlacional 36 x 36 derivada da escala. Espera-se que o valor do KMO deva ser maior que 0,5 para que se possa processar e interpretar satisfatoriamente o resultado da análise fatorial (Tabachnick & Fidell, 2001). A análise KMO do presente estudo revelou uma carga fatorial de 0, 93, indicando uma matriz correlacional adequada. Para a extração dos fatores empregou-se o método dos componentes principais. Tal método é geralmente apontado como preferido para extração fatorial quando empregado de forma exploratória, o que é o caso do presente estudo. O método obliquo foi empregado para a rotação dos fatores. Este método foi utilizado pelo fato de existir na literatura evidencias de que os fatores desta escala estão relacionados entre si. A média mínima parcial de Velicer (Velicer, 1976) e a análise paralela (Hayton, Allen & Scarpello, 2004) foram empregadas para determinar o número de fatores extraídos através do método dos componentes principais. Esses dois procedimentos levaram a solução de quatro fatores explicando 58.40% de variância. A **Tabela 3.** apresenta as cargas fatoriais de cada item da ESA-R nos quatro fatores (Fator I: Medo dos sintomas respiratórios e cardiovasculares, Fator II: Medo de descontrole cognitivo, Fator III: Medo de que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente, Fator IV: Medo dos sintomas gastrointestinais), assim como suas respectivas comunalidades.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 3. Cargas fatoriais e comunalidades (h^2) dos 36 itens que compõem a ESA-R. (Cargas fatoriais maiores que 0.4 estão representadas em negrito).

Itens	Fatores				
	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	h^2
5. Fico assustado(a) quando o meu coração bate muito rápido.	**0,94**	-0,01	-0,02	-0,23	0,67
8. Fico assustado(a) quando sinto falta de ar.	**0,93**	0,04	0,02	-0,28	0,68
18. Sensações de asfixia me assustam.	**0,80**	-0,08	0,19	-0,13	0,63
15. Quando sinto um aperto no peito, tenho medo de não conseguir respirar direito.	**0,74**	0,08	-0,09	0,12	0,77
4. Fico assustado(a) quando me sinto tonto(a).	**0,73**	-0,31	0,12	0,14	0,72
13. Quando sinto que não estou respirando direito, tenho medo de sufocar.	**0,68**	-0,02	0,14	0,02	0,71
16. Quando minha respiração fica irregular, fico achando que alguma coisa ruim vai acontecer.	**0,68**	0,01	0,02	0,15	0,70
7. Quando percebo o meu coração batendo rápido, tenho medo de estar tendo um infarto.	**0,67**	0,17	-0,22	0,18	0,75
27. Quando sinto alterações nas batidas do meu coração, fico achando que existe algo de muito sério comigo.	**0,66**	0,10	-0,15	0,17	0,68
19. Quando sinto dor no peito, fico preocupado(a) que vou ter um infarto.	**0,57**	0,00	-0,16	0,34	0,69
32. Quando minha garganta fecha, tenho medo de morrer engasgado(a).	**0,57**	-0,03	0,01	0,19	0,68
3. Fico assustado(a) quando me sinto trêmulo(a).	**0,56**	-0,06	-0,12	0,30	0,68
33. Quando meu rosto fica dormente, fico preocupado(a) que estou tendo um derrame.	**0,48**	0,16	0,00	0,10	0,59
28. Fico preocupado(a) quando sinto minhas mãos dormentes.	**0,43**	0,37	0,07	-0,06	0,58
21. Fico assustado(a) quando sinto que meu corpo está estranho ou diferente de alguma forma.	**0,43**	-0,11	0,17	0,16	0,50
11. Quando a minha cabeça está latejando, fico preocupado(a) que se trata de um derrame.	0,38	0,26	-0,14	0,26	0,56
34. Quando não consigo pensar com clareza, fico achando que estou com algum problema.	0,05	**0,84**	0,05	-0,18	0,69
31. Quando os meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco(a).	-0,09	**0,84**	0,06	0,08	0,73
36. Quando a minha cabeça "dá um branco", tenho medo de estar com algum problema muito sério	-0,06	**0,74**	0,08	0,06	0,68
2. Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco(a).	0,14	**0,65**	-0,06	0,03	0,63
10. Fico assustado(a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo.	-0,02	**0,65**	0,06	0,04	0,56
23. Quando me sinto aéreo(a) ou "fora do ar", fico preocupado(a) em estar com alguma doença mental.	-0,12	**0,63**	0,14	0,18	0,62
30. Quando começo a suar em situações sociais, fico preocupado que as pessoas pensem mal de mim.	-0,11	0,03	**0,67**	0,24	0,60
22. Tenho medo que as outras pessoas percebam minha ansiedade.	-0,11	0,18	**0,67**	0,03	0,60
12. Quando meu corpo começa a tremer na presença de outras pessoas, tenho medo do que elas vão pensar de mim.	0,19	-0,14	**0,64**	0,06	0,54

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 3. (continuação)

20. Acho que seria horrível se eu vomitasse em público.	0,06	-0,02	**0,63**	-0,14	0,49
35. Acredito que seria horrível se eu desmaiasse em público.	0,04	0,16	**0,58**	-0,04	0,58
24. Fico assustado(a) quando fico vermelho(a) na frente de outras pessoas.	-0,13	-0,05	**0,53**	0,21	0,43
17. Fico assustado(a) quando as coisas à minha volta parecem estranhas ou irreais.	0,33	0,24	**0,42**	-0,23	0,54
1. Para mim, é importante não demonstrar nervosismo.	-0,06	0,18	0,36	-0,03	0,37
9. Quando o meu estômago está embrulhado, fico preocupado(a) que estou com uma doença séria.	0,03	-0,03	0,00	**0,79**	0,62
25. Quando sito uma dor forte no estômago, fico preocupado(a) que seja um sinal de câncer.	0,02	0,07	0,02	**0,75**	0,71
29. Quando fico tonto(a), fico preocupado(a) que existe algum problema no meu cérebro.	0,18	0,07	0,00	**0,63**	0,72
14. Quando estou com diarréia, fico preocupado(a) que existe algo de errado comigo.	0,13	-0,03	0,12	**0,44**	0,47
26. Quando eu tenho dificuldades em engolir, tenho medo de engasgar.	0,26	0,00	0,24	0,37	0,63
6. Fico assustado (a) quando sinto náuseas	0,27	0,03	0,21	0,31	0,53
Autovalor	14,65	3,12	1,72	1,53	
Variância	40,71	8,68	4,77	4,24	
Alpha de Cronbach	0,95	0,89	0,84	0,86	

A magnitude das comunalidades (h^2) indica que os fatores explicam uma proporção substancial entre os itens. Examinando a estrutura simples, nenhum item hiperplano foi encontrado (ou seja, os itens que não carregaram em nenhum fator). Em geral, os quatro fatores da ESA-R apresentaram uma estrutura bem definida. Todos os 36 itens apresentaram cargas significativas (>0,3) exclusivamente em um único fator. Além disso, a estrutura fatorial pareceu ser relativamente bem definida, uma vez que cada um dos quatro fatores obteve no mínimo seis itens com cargas salientes. O primeiro fator foi responsável por 40,71% de variância com um autovalor de 14,65. Esse fator foi composto por 16 itens com altas cargas fatoriais e alta consistência interna (Alpha de Cronbach igual a 0,95). Os itens relacionados ao medo de sintomas respiratórios e cardiovasculares predominaram nesse fator. O segundo fator explicou 8,68% de variância com autovalor de 3,12. Esse fator englobou 8 itens com carga muito alta (todos acima de 0,6) e foi consistente com a interpretação do medo de descontrole cognitivo. O Alpha de Cronbach para esse fator foi de 0, 89, indicando um nível alto de consistência interna. O terceiro fator explicou 4,77% de variância e um auto-valor de 1,72. Esse fator também representou itens com cargas fatoriais altas bem como uma consistência interna robusta (Alpha de Cronbach igual a 0,84).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Todos os 8 itens desse fator estavam relacionados ao medo de que as reações de ansiedade fossem observadas publicamente. Finalmente, o quarto fator, explicou 4,24%de variância com um autovalor de 1,53. Esse fator foi composto por seis itens com cargas fatoriais significativas e boa consistência interna (Alpha de Cronbach igual a 0.86). Esse fator diz respeito ao medo de sintomas gastrointestinais. Dos seis itens, quatro tratavam dessas preocupações.

9.2
Análise fatorial hierárquica

Como discutido anteriormente, existem relatos na literatura de que a ESA-R apresenta uma estrutura fatorial hierárquica. Dessa forma, realizou-se uma nova análise fatorial por meio do método dos componentes principais com os quatro fatores resultantes da primeira análise fatorial. Essa análise gerou um fator com auto-valor igual a 2,79, explicando uma variância de 69,82% e três outros fatores com autovalores pequenos (0,61, 0,36 e 0,24, respectivamente). Esse resultado indicou que a presente versão da ESA-R possui uma estrutura fatorial hierárquica, em que os quatro fatores originais carregam em um único fator de ordem superior.

Baseado nessa estrutura fatorial o procedimento de ortogonalização de Schmid-Leiman (Schmid & Leiman, 1957) foi empregado para identificar as cargas fatoriais dos 36 itens dos fatores de primeira e segunda ordem. Esse procedimento foi computado por meio de uma macro para o SPSS, desenvolvido por Wolf & Preising (2005). **A tabela 4**. apresenta o resultado dessa análise. Como se pode observar, o fator de primeira ordem apresentou uma excelente estrutura. Ele foi capaz de explicar 66,4% da variância e apresentou altas cargas fatoriais em todos os itens. Os quatro fatores de segunda ordem apresentaram cargas fatoriais com padrões muito semelhantes àqueles observados na Tabela 3**,** sugerindo a mesma interpretação desses fatores.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 4. Estrutura hierárquica da ESA-R e cargas fatoriais para os fatores de primeira e segunda ordem. As cargas maiores que 0.4 (para os fatores de primeira ordem) e 0.25 (para os fatores de segunda ordem) estão representadas em negrito.

Itens da ESA-R	Fatores de Primeira Ordem	Fatores de Segunda Ordem			
		Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV
5.Fico assustado(a) quando o meu coração bate muito rápido.	**0,56**	**0,54**	-0,01	-0,02	-0,13
8.Fico assustado(a) quando sinto falta de ar.	**0,58**	**0,53**	0,03	0,02	-0,16
18.Sensações de asfixia me assustam.	**0,61**	**0,46**	-0,05	0,14	-0,07
15.Quando sinto um aperto no peito, tenho medo de não conseguir respirar direito.	**0,71**	**0,42**	0,05	-0,07	0,07
4.Fico assustado(a) quando me sinto tonto(a).	**0,55**	**0,42**	-0,19	0,09	0,08
13.Quando sinto que não estou respirando direito, tenho medo de sufocar.	**0,65**	**0,39**	-0,01	0,11	0,01
16.Quando minha respiração fica irregular, fico achando que alguma coisa ruim vai acontecer.	**0,70**	**0,39**	0,01	0,02	0,08
7.Quando percebo o meu coração batendo rápido, tenho medo de estar tendo um infarto.	**0,69**	**0,38**	0,11	-0,17	0,10
27.Quando sinto alterações nas batidas do meu coração, fico achando que existe algo de muito sério comigo.	**0,66**	**0,38**	0,06	-0,11	0,10
32.Quando sinto dor no peito, fico preocupado(a) que vou ter um infarto.	**0,61**	**0,33**	-0,02	0,01	0,11
19. Quando minha garganta fecha, tenho medo de morrer engasgado(a).	**0,64**	**0,33**	0,00	-0,12	0,19
3.Fico assustado(a) quando me sinto trêmulo(a).	**0,58**	**0,32**	-0,04	-0,09	0,17
33.Quando meu rosto fica dormente, fico preocupado(a) que estou tendo um derrame.	**0,60**	**0,28**	0,10	0,00	0,06
21.Fico assustado(a) quando sinto que meu corpo está estranho ou diferente de alguma forma.	**0,51**	**0,25**	-0,07	0,13	0,09
28.Fico preocupado(a) quando sinto minhas mãos dormentes.	**0,64**	**0,25**	0,23	0,05	-0,03
11.Quando a minha cabeça está latejando, fico preocupado(a) que se trata de um derrame.	**0,64**	0,22	0,16	-0,11	0,15
34 Quando os meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco(a).	**0,58**	0,03	**0,53**	0,04	-0,10
31.Quando não consigo pensar com clareza, fico achando que estou com algum problema.	**0,69**	-0,05	**0,53**	0,05	0,05

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 4. (continuação)

36.Quando a minha cabeça "dá um branco", tenho medo de estar com algum problema muito sério	**0,63**	-0,03	**0,46**	0,06	0,03
2.Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco(a).	**0,61**	0,08	**0,41**	-0,05	0,02
10.Fico assustado(a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo.	**0,56**	-0,01	**0,41**	0,05	0,02
23.Quando me sinto aéreo(a) ou "fora do ar", fico preocupado(a) em estar com alguma doença mental.	**0,64**	-0,07	**0,39**	0,11	0,10
22.Tenho medo que as outras pessoas percebam minha ansiedade.	**0,52**	-0,06	0,11	**0,50**	0,02
30.Quando começo a suar em situações sociais, fico preocupado que as pessoas pensem mal de mim.	**0,58**	-0,06	0,02	**0,50**	0,13
12.Quando meu corpo começa a tremer na presença de outras pessoas, tenho medo do que elas vão pensar de mim.	**0,52**	0,11	-0,09	**0,48**	0,03
20.Acho que seria horrível se eu vomitasse em público.	**0,33**	0,03	-0,01	**0,47**	-0,08
35.Acredito que seria horrível se eu desmaiasse em público.	**0,51**	0,02	0,10	**0,44**	-0,02
24.Fico assustado(a) quando fico vermelho(a) na frente de outras pessoas.	0,38	-0,07	-0,03	**0,40**	0,12
17.Fico assustado(a) quando as coisas à minha volta parecem estranhas ou irreais.	**0,54**	0,19	0,15	**0,32**	-0,13
1.Para mim, é importante não demonstrar nervosismo.	0,30	-0,03	0,11	**0,27**	-0,02
9.Quando o meu estômago está embrulhado, fico preocupado(a) que estou com uma doença séria.	**0,66**	0,02	-0,02	0,00	**0,44**
25.Quando sito uma dor forte no estômago, fico preocupado(a) que seja um sinal de câncer.	**0,71**	0,01	0,04	0,02	**0,42**
29.Quando fico tonto(a), fico preocupado(a) que existe algum problema no meu cérebro.	**0,73**	0,10	0,04	0,00	**0,35**
14.Quando estou com diarréia, fico preocupado(a) que existe algo de errado comigo.	**0,53**	0,07	-0,02	0,09	**0,25**
26.Quando eu tenho dificuldades em engolir, tenho medo de engasgar.	**0,68**	0,15	0,00	0,18	0,21
6.Fico assustado (a) quando sinto náuseas	**0,64**	0,16	0,02	0,16	0,17
Variancia (%)	66,4	12,5	7,6	8,8	4,6

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

É importante notar que os fatores de segunda ordem derivados por meio do método Schmid-Leiman são menores do que os observados na estrutura fatorial simples apresentada na Tabela 3. Isto se dá porque o modelo de Schmid-Leiman extrai a máxima variância com relação ao fator de primeira ordem, enquanto que os fatores de segunda ordem são reduzidos a fatores residuais. Entretanto, cargas fatoriais iguais ou maiores que 0,25 são geralmente consideradas satisfatórias (Wolf & Preising, 2005).

9.3
Fatores da ESA- R e sua correlação com fatores do BAI

A relação entre os fatores de primeira e segunda ordem do ESA-R e os escores do BAI estão representados na matriz de correlação de Pearson descrita na Tabela 5. Como se pode observar, os fatores de primeira ordem do ESA-R estão relacionados uns com os outros (média de 0,60; DP = 0,10). Dois dos fatores somáticos (Fator I e IV) apresentam a maior correlação (0,76) enquanto que o Fator II (medo de descontrole cognitivo) e o Fator III (medo que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente) apresentaram a menor correlação (0,49). O fator de primeira ordem da ESA-R apresentou altas correlações com os fatores de segunda ordem, variando de 0,73 (Fator II) a 0,92 (Fator I). Por fim, os fatores de primeira e segunda ordem do ESA-R apresentaram moderada correlação com o BAI, variando de 0,49 (Fator IV) a 0,62 (Fator de primeira ordem).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

Tabela 5. Correlação entre os fatores de primeira e segunda ordem da ESA-R com o Inventário Beck de Ansiedade.

Variáveis	ESA-R Fatores de Segunda Ordem				ESA-R Fator de Primeira Ordem	BAI
	I	II	II	IV		
ESA-R Fator I: medo dos simtomas respiratórios e cardiovasculares	1,00					
ESA-R Fator II: medo de descontrole cognitivo	0,60	1,00				
ESA-R Fator III: medo de que as reações à ansiedade sejam observadas publicamente	0,49	0,62	1,00			
ESA-R Fator IV: medo de sintomas gastrintestinais	0,76	0,60	0,51	1,00		
Fator de Primeira Ordem	0,92	0,80	0,73	0,84	1,00	
Inventário Beck de Ansiedade (BAI)	0,50	0,50	0,61	0,49	0,62	1,00

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

9.4
Comparação entre os escores da ESA-R com os diferentes grupos de diagnóstico

A média geral dos fatores de primeira ordem da ESA-R com relação aos quatro grupos de Transtorno de Ansiedade está representada na **Figura 1**. A análise de variância de uma via (ANOVA) revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os quatro grupos em relação ao escore geral ($F(3,581)=35.83$; $p<0.001$). Comparações *post-hoc* revelaram que pacientes com Transtorno do Pânico obtiveram um escore significativamente mais elevado em relação aos pacientes com os outros três tipos de transtornos (todos os p´s<0.01).

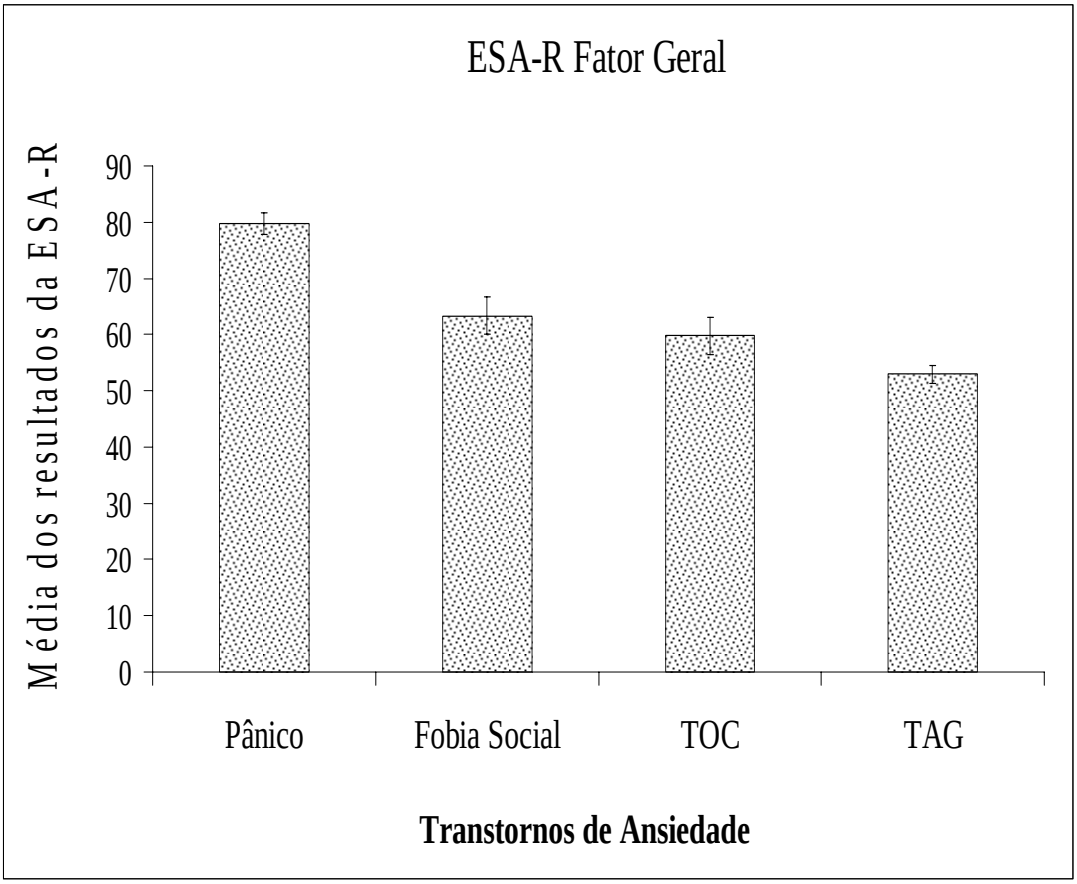

Figura 1. Média dos fatores de primeira ordem da ESA-R nos diferentes grupos de Transtorno de Ansiedade, onde Pânico = Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada.

A média entre os quatro fatores de segunda ordem da ESA-R em relação aos quatro grupos diferentes de Transtornos de Ansiedade está representada na Figura 2. A média para o Fator I (medo dos sintomas respiratórios e cardiovasculares) está representada na **Figura 2A**. A ANOVA indicou uma diferença estatisticamente significante entre os quatro grupos ($F(3,581)=49,77$; $p<0,001$). Comparações *post-hoc* revelaram que pacientes com Pânico tiveram um escore significativamente maior em comparação aos demais grupos (todos os p´s<0,001).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

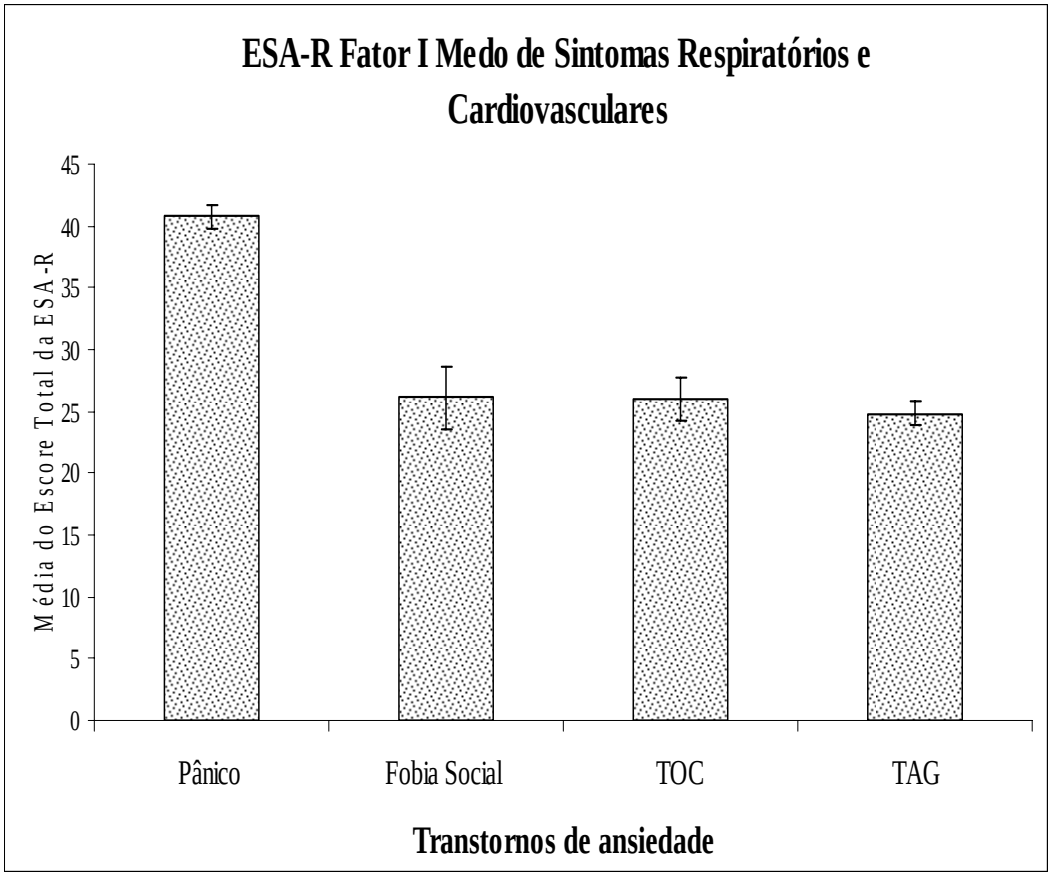

Figura 2A. Média do Fator I: Medo dos sintomas respiratórios e cardiovasculares, em relação aos diferentes grupos de Transtornos de Ansiedade, onde Pânico = Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada.

A **Figura 2B**. apresenta a média do Fator II (medo de descontrole cognitivo).Uma ANOVA revelou uma diferença entre os grupos ($F(3,581)=13,56$; $p<0,001$). Comparações *post-hoc* revelaram que pacientes com Fobia Social apresentaram um escore significativamente maior em relação aos outros grupos (todos os p´s <0,05), enquanto que pacientes com TAG apresentaram um escore significativamente menor em relação aos demais grupos (todos os p´s<0,05). A diferença entre o grupo de Fobia Social e TOC deve ser interpretada cautelosamente, visto que a amostra desses pacientes foi relativamente baixa (24 e 38 pacientes, respectivamente)

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

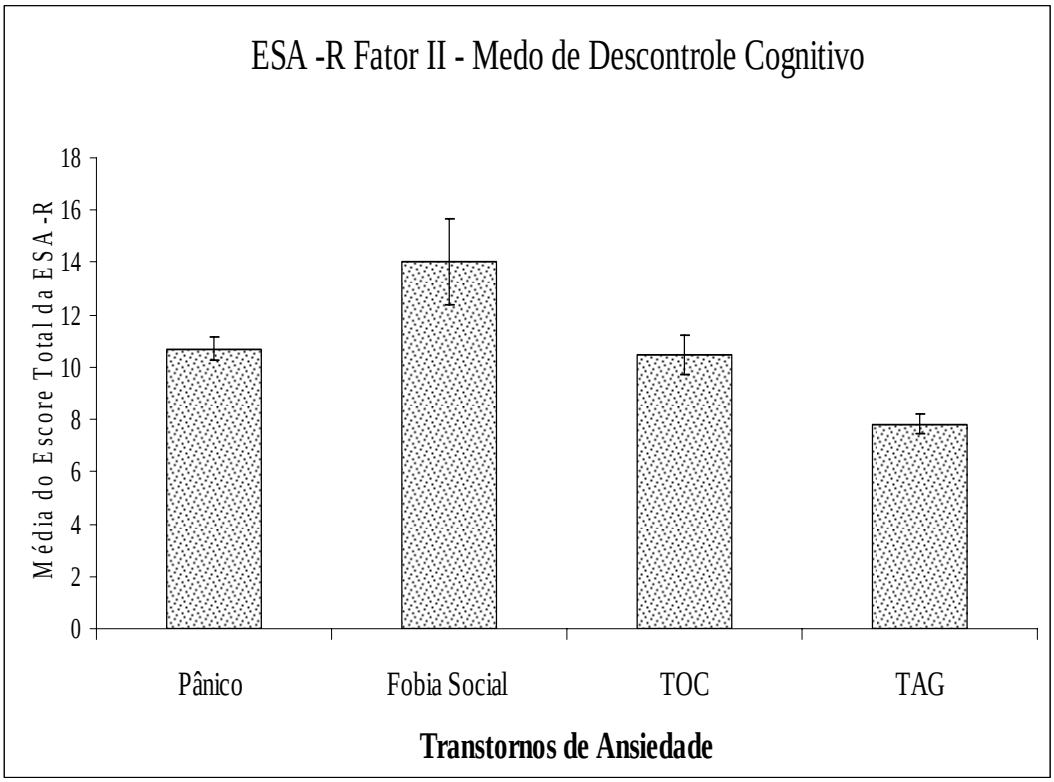

Figura 2B. Média do Fator II: Medo de descontrole cognitivo, em relação aos diferentes grupos de Transtornos de Ansiedade, onde Pânico = Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada.

A média no Fator III (medo de que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente) está representada na **Figura 2C**. Novamente, uma ANOVA indicou uma diferença estatisticamente significante entre os quatro grupos de pacientes ($F(3,581)=9.29$; $p<0,001$). Comparações *post-hoc* indicaram que pacientes com TAG obtiveram um escore significativamente menor quando comparado com os outros grupos (todos os p´s <0,001).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

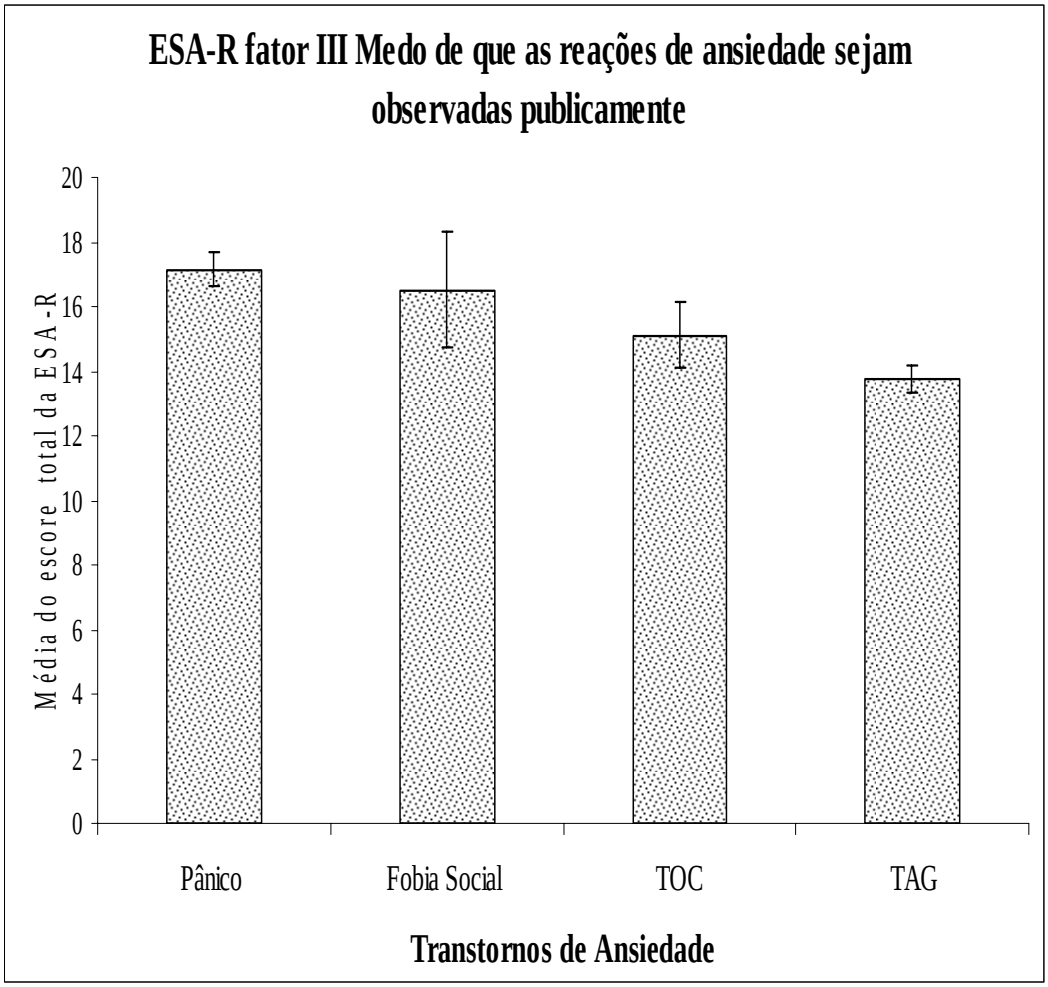

Figura 2C. Média do Fator III: Medo de que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente, em relação aos diferentes grupos de Transtornos de Ansiedade,onde Pânico = Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Por fim, a **Figura 2D.** apresenta a média do Fator IV (medo dos sintomas gastrointestinais). Mais uma vez um ANOVA revelou diferença significativa entre os grupos ($F(3,581)=27,54$; $p<0,001$). Pacientes com Pânico obtiverem um escore significativamente maior em relação aos demais grupos (todos os p's<0,01).

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

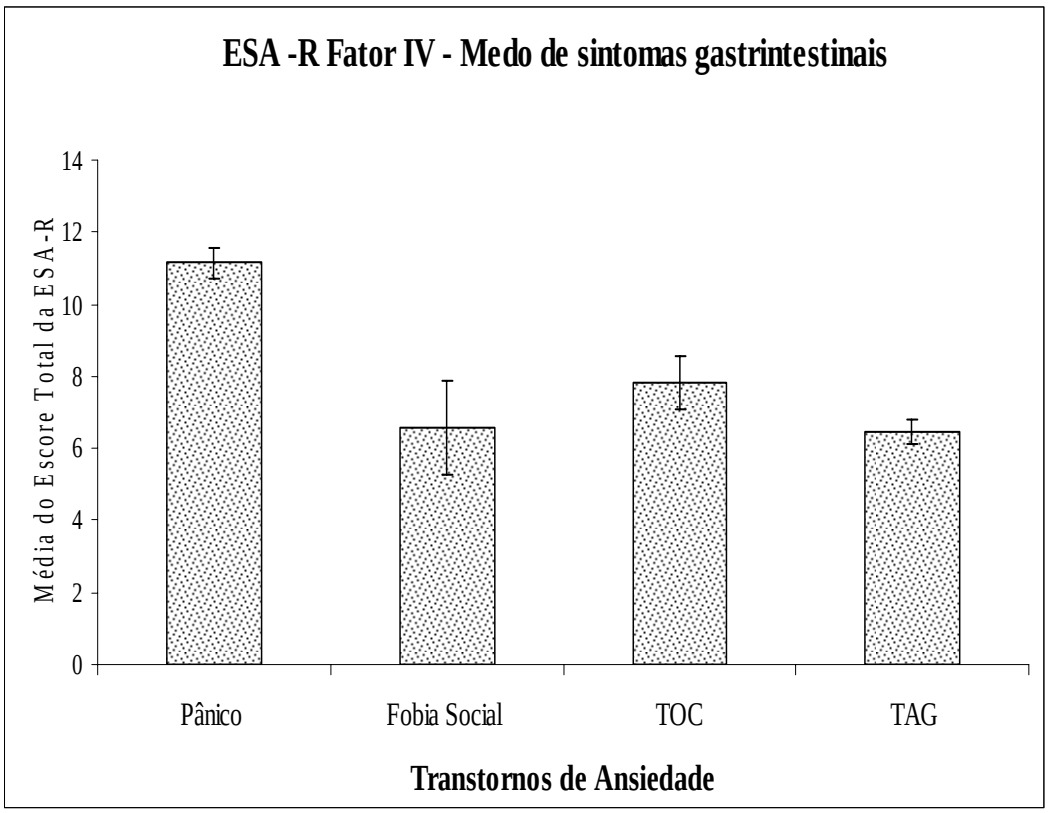

Figura 2D. Média do Fator IV: Medo dos sintomas gastrointestinais, em relação aos diferentes grupos de Transtornos de Ansiedade, onde Pânico = Transtorno do Pânico com ou sem Agorafobia; TOC=Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TAG = Transtorno de Ansiedade Generalizada.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

10
Discussão

Embora a ESA-R constitua-se um dos instrumentos mais utilizados para se acessar o nível de Sensibilidade à Ansiedade, muito pouco ainda se sabe acerca de suas propriedades psicométricas no Brasil. Na verdade, o presente estudo representa a primeira avaliação das propriedades psicométricas e da estrutura latente da versão em Português da ESA-R. Os resultados coletados indicaram uma grande consistência com outras pesquisas que apóiam a idéia de que a ESA-R constitui um instrumento capaz de avaliar o constructo "Sensibilidade à Ansiedade" e suas dimensões (Bouvard et al., 2006; Deacon et al., 2003; Deacon et al., 2006; Lim et al., 2006; Taylor & Cox, 1998a; Zvolensky et al., 2003). Entretanto, antes de apresentar os achados do presente estudo, considera-se significante dissertar sobre a importância dos instrumentos de medida e de suas padronizações.

Os instrumentos e técnicas de medida proporcionam a ponte mais útil entre os mundos do dia-a-dia do leigo e dos especialistas em ciência. A Matemática é uma língua universal, e associada à Medicina, possibilita que, mesmo ignorando sobre determinada patologia possa-se saber, pelos números, sua intensidade. Tratando-se de Saúde Mental, a Psicometria é a ciência que permite a ligação entre os números e os fenômenos psíquicos, através da quantificação. Os números, aqui, são uma forma de expressar os acontecimentos da mente humana (Pasquali, 2003). Para que não haja falhas nessa expressão, é de extrema importância seguir alguns preceitos, principalmente aqueles que dizem respeito à padronização.

A padronização de testes, inventários, escalas e c*keclists* possibilita o desenvolvimento de normas nacionais, deixando mais apropriada a interpretação dos escores resultantes em um determinado instrumento na medida em que uniformaliza o processo de aplicação, avaliação e interpretação destes, permitindo que seja aplicado e avaliado de forma idêntica por qualquer aplicador (Erthal, 1999), o que diminui as variâncias de erro e amplia as possibilidades de pesquisas cientificas diante da possibilidade da reprodução de resultados.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

De uma forma geral, os instrumentos de medida em Psicologia testam indícios de comportamento, o que deixa uma margem ampla quanto a sua confiabilidade. Para minimizá-la é preciso que o instrumento seja fidedigno e válido (Erthal,1999; Anastasi & Urbina,2000; Cunha 2002; Pasquali 2003; Levin & Fox, 2004).

A fidedignidade possibilita que um teste proporcione medidas confiáveis, de forma que, nas vezes em que este voltar a ser aplicado, possa reproduzir aproximadamente os resultados anteriormente encontrados (Erthal, 1999). Para averiguar a fidedignidade de um instrumento é importante atentar para dois tópicos de extrema importância: a análise fatorial e a consistência interna (Erthal, 1999; Anastasi & Urbina, 2000; Cunha 2002; Pasquali 2003).

A análise fatorial tem um papel fundamental para a determinação da dimensionalidade do teste, visto que investiga a possibilidade de uma série de itens ser reduzida a uma única variável denominada fator, com o qual todas as variáveis da série estão relacionadas (Cunha, 2002). Se isso ocorre, então os fatores são unidimensionais, ou seja, medem o mesmo conteúdo. A unidimensionalidade mostra o quão relacionado uns com os outros os itens estão, e se medem o mesmo constructo. A relação de cada item com o fator se dá pela correlação ou covariância e é denominada de carga fatorial. A carga fatorial do item revela a porcentagem de correlação existente entre o item e o fator. Varia de 0% a 100% e quanto maior for a correlação, maior sua validade, já itens com cargas fatoriais perto de 0 são itens estranhos, e vão contra a unidimensionalidade de um instrumento (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2003).

Entende-se por consistência interna a consistência de respostas dada a todos os itens de um determinado instrumento, em que quanto maior for a homogeneidade do conteúdo expresso através dos itens, menor será a variabilidade desta consistência e a quantidade de erros encontrados neste instrumento (Anastasi & Urbina, 2000; Cunha, 2002; Pasquali, 2003). O que determina a consistência interna de um instrumento por inteiro, por meio da verificação do nível de coerência que cada item de um instrumento tem com os demais é o coeficiente de fidedignidade denominado coeficiente alpha de Crombach. (Pasquali, 2003). O alpha de Crombach é a probabilidade que um instrumento tem de cometer um erro (Erthal, 1999), varia de 0 a 1 e quanto mais

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

próximo de 1 se encontrar, maior será o grau de consistência interna do instrumento em questão (Pasquali, 2003).

Como já foi dito anteriormente, um instrumento para ser considerável confiável, além de fidedigno, também é preciso ser válido. Validação é um item em Psicometria que busca mostrar a capacidade, ou não, que um instrumento tem para medir aquilo que propõe (Pasquali, 1999, 2003). Refere-se ao que o instrumento mede e à qualidade desta medida (Anastasi & Urbina, 2000). Um dos tipos de validade é a validade relacionada ao constructo, que está relacionada com o constructo teórico para o qual o instrumento foi encarregado a medir (Cunha, 2002). A validade relacionada ao constructo possui vários tipos, um deles é denominado validade convergente, ou, validade de convergência, que tem como principal objetivo avaliar se o instrumento utilizado possui alguma relação substancial com outras formas já existentes de avaliar constructos semelhantes (Pasquali, 2003). A alta correlação entre esses diferentes instrumentos evidencia que o novo teste mede o mesmo traço de comportamento que o teste antigo – e já validado, estava designado a medir (Anastasi e Urbina, 2000; Pasquali, 2003).

Voltando aos resultados do presente estudo, o alpha de Crombach apresentou-se elevado para o fator de primeira ordem (0,96) assim como para os quatro fatores de segunda ordem, (variando de 0,84 a 0,95). Além disso, a escala apresentou coeficientes de correlação item-total relativamente altos com relação a todos os 36 itens, indicando que todos os itens da ESA-R foram adequados psicometricamente.

O presente estudo identificou também uma boa validade de convergência entre a versão em português desta escala com os sintomas de ansiedade em geral, avaliados através do BAI. Esta correlação moderada entre o fator de primeira ordem da ESA-R e os de segunda ordem do BAI também foi descrita por Lim e seus colegas (Lim et. al., 2006) e indica que a Sensibilidade à Ansiedade e a ansiedade geral representam diferentes constructos intimamente relacionados.

Os resultados do presente estudo também foram ao encontro da visão de que a Sensibilidade à Ansiedade consiste em um constructo multidimensional, apresentando uma estrutura organizada hierarquicamente. A análise exploratória de primeira ordem detectou quatro dimensões relacionadas a 1) Medo de sintomas cardiovasculares e respiratórios; 2) Medo de descontrole cognitivo; 3) Medo que

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

as reações de ansiedade sejam observadas publicamente e 4) Medo de sintomas gastrointestinais. As cargas fatoriais de todos os itens, de um modo geral, foram altas, e restritas a cada um destes fatores. A análise fatorial exploratória de segunda ordem indicou que os quatro fatores de segunda ordem carregaram em um único fator de primeira ordem. Todos os itens apresentaram cargas expressivas no fator de primeira ordem. Além disso, o fator de primeira ordem foi capaz de explicar cerca de 70% da covariância. Esse resultado indica a importância da dimensão geral do constructo Sensibilidade à Ansiedade.

Entre os quatro fatores de segunda ordem, as dimensões cognitiva (Fator II: Medo de descontrole cognitivo) e social (Fator III: Medo que as reações de ansiedade sejam observadas publicamente) encontradas no presente estudo são bem estabelecidas na literatura. Em estudos como o de Taylor & Cox (1998 a), os itens que representam esses fatores são exatamente os mesmos. O fator que trata das dimensões cognitivas, por exemplo, estão representados, exatamente pelos mesmos itens. São eles: 34. "Quando não consigo pensar com clareza, fico achando que estou com algum problema"; 31. "Quando os meus pensamentos parecem se acelerar, tenho medo de estar ficando louco (a)"; 36."Quando a minha cabeça 'dá um branco', tenho medo de estar com algum problema muito sério"; 2."Quando não consigo me concentrar, tenho medo de estar ficando louco(a)"; 10. "Fico assustado(a) quando não consigo me concentrar no que estou fazendo"; 23."Quando me sinto aéreo(a) ou "fora do ar", fico preocupado(a) em estar com alguma doença mental".

No que diz respeito à dimensão social, esses dois estudos também obtiveram resultados bem parecidos, os itens em comum foram: 30. "Quando começo a suar em situações sociais, fico preocupado que as pessoas pensem mal de mim"; 12. "Tenho medo de que as outras pessoas percebam minha ansiedade"; 20. "Acho que seria horrível se eu vomitasse em público"; 35. "Acredito que seria horrível se eu desmaiasse em público"; 24. "Fico assustado (a) quando fico vermelho (a) na frente de outras pessoas"; 22. "Tenho medo que as outras pessoas percebam minha ansiedade"; 1. "Pra mim é importante não demonstrar nervosismo". O único item que não estava apresentado de forma semelhante nesses dois estudos foi o 17. "Fico assustado(a) quando as coisas à minha volta

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

parecem estranhas ou irreais", que, no presente estudo representava uma dimensão social e em Taylor & Cox (1998 a) uma dimensão somática.

No entanto, em relação aos fatores somáticos (Fator I: Medo dos sintomas respiratórios e cardiovasculares e Fator IV: Medo dos sintomas gastrointestinais), foram encontrados algumas controvérsias na literatura, visto que, para muitos autores seus itens tratam de domínios diferentes. Deacon e colegas (2003), por exemplo, afirmam que esses fatores somáticos podem estar relacionados tanto ao medo das sensações somáticas quanto à crença de que essas sensações possam ter conseqüências perigosas, o que quer dizer que não tratam do mesmo assunto, visto que medo e crença constituem fenômenos distintos se levarmos em consideração o constructo Sensibilidade à Ansiedade. Pesquisas acerca desse constructo assumem que se tornar assustado com uma sensação relacionada à ansiedade não é o mesmo que possuir crenças acerca das conseqüências perigosas dessas sensações. Por exemplo, no item 18. "Sensações de asfixia me assustam", o que assusta é a sensação somática em si, diferente do item 13. "Quando sinto que não estou respirando direito tenho medo de sufocar", em que o que preocupa é a conseqüência da sensação somática.

Embora nenhum estudo sobre a análise fatorial da ESA-R tenha sido capaz de detectar um fator relacionado ao medo dos sintomas gatrointestinais, existem evidências que sugerem que os itens relacionados a esses sintomas podem constituir uma importante dimensão da Sensibilidade à Ansiedade. Nesse sentido, Wardle e outros (1990) demonstram na ESA, a presença de um fator relacionado ao medo de sintomas gastrointestinais entre pacientes com agorafobia. Além disso, uma análise fatorial realizada em um instrumento com 60 itens relacionados com a Sensibilidade à Ansiedade, o ASP (Anxiety Sensitivity Profile), identificou claramente a presença de fatores relacionados ao medo dos sintomas gastrintestinais (Olatunji et al., 2005; Taylor & Cox, 1998b; Van der Does et al., 2003). Esses resultados indicam que o constructo "Sensibilidade à Ansiedade" possui múltiplos fatores de segunda ordem relacionados às reações somáticas que podem não ser apropriadamente acessados pela ESA-R.

Os escores dos fatores de primeira ordem da ESA-R comparados entre os diferentes grupos de Transtorno de Ansiedade indicaram que pacientes com Pânico apresentaram escores significativamente maiores em relação aos demais

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

grupos. Isoladamente, uma dissociação entre o Transtorno do Pânico e os outros Transtornos de Ansiedade foi encontrada nas duas dimensões somáticas da ESA-R. Esse resultado duplo converge com outros estudos que sugerem que as dimensões somáticas da Sensibilidade à Ansiedade são fortemente associadas ao Transtorno do Pânico (Blais et al., 2001; Cox et al.,1999; Rector et al, 2006; Rodriguez et al, 2004; Zinbarg, et al, 1997).

Isso ocorre porque é nessas dimensões, que a Sensibilidade à Ansiedade é melhor acessada, visto que além de tratar da sintomatologia da ansiedade propriamente dita, esses itens também se referem à crença acerca das conseqüências perigosas das sensações somáticas. E, como já foi dito ao longo deste estudo, a interpretação catastrófica dessas sensações intensifica as respostas à ansiedade, que aumentam cada vez mais, e, como em um ciclo vicioso, culmina no ataque de pânico (Donnell & Mc Nally, 1989; Holloway & Mc Nally, 1987; Schimidt et al.,1997; Asmundson et al., 1994; Reiss, 1991; Reiss & McNally, 1985; Mc Nally, 1994a). A experiência clinica sugere que pacientes com Transtorno de Pânico não só temem sensações somáticas especificas (ex.falta de ar) como também apresentam crenças explicitas acerca de suas conseqüências perigosas (ex. a falta de ar pode me sufocar). Essa relação já não ocorre com outros Transtornos de Ansiedade, onde, mesmo apresentando sintomas clínicos significantes, os pacientes dificilmente temem suas conseqüências (Taylor & Cox, 1998 a).

Embora alguns estudos indiquem que as dimensões cognitivas da Sensibilidade à Ansiedade estão fortemente associadas ao TAG (Rector et al., 2006; Deacon et al., 2006), os resultados do presente estudo indicaram um índice inferior entre esses pacientes quando comparados com pacientes com os outros três Transtornos de Ansiedade aqui apresentados. Uma possível explicação para essa divergência de resultados pode estar relacionada com o fato de que a natureza das preocupações associadas ao TAG são de certa forma diferentes das preocupações dominantes encontradas na dimensão cognitiva da ESA-R. De acordo com o DSM-IV-TR (2002) as preocupações normalmente são associadas a um prejuízo das funções pessoais, sociais ou acadêmicas, enquanto que na ESA-R, os itens que envolvem o medo de descontrole cognitivo estão mais associados

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

a incapacitação mental, como por exemplo, “ficar maluco” ou “mentalmente doente”.

Outra razão para o baixo escore do TAG nas dimensões cognitivas da ESA-R pode estar relacionado às diferenças culturais acerca da expressão dos sintomas do TAG. Hoge e outros, (2006), por exemplo, demonstraram que pacientes americanos com TAG aprestaram um índice de ansiedade em relação aos sintomas cognitivos mais elevado em relação a pacientes do Nepal com diagnóstico semelhante. Diferenças culturais também podem ser as responsáveis pelo escore surpreendentemente alto apresentado pelos pacientes com Pânico na dimensão cognitiva da ESA-R. Isso mostra que futuros estudos trans-culturais são necessários para melhor entender a relação entre as dimensões cognitivas da ESA-R e os Transtornos do Pânico e Transtornos de Ansiedade Generalizada.

A dimensão social da Sensibilidade à Ansiedade parece ter o papel principal na Fobia Social (McWilliams et al., 2000; Zinbarg et al., 1997; 1999). Consistente com esta visão, o grupo de Fobia Social apresentou um escore elevado nesse fator quando comparado com pacientes com TAG.

É importante salientar que o presente estudo apresentou limitações importantes que deveriam ser exploradas em pesquisas futuras. Por exemplo, é possível que o pequeno número de pacientes com Fobia Social e TOC tenha comprometido o resultado com relação a estes dois transtornos de ansiedade e o constructo latente da ESA-R. A presença de uma amostra não clinica poderia ser particularmente importante para avaliar a estrutura fatorial dessa versão da escala em um contexto em que os sujeitos não apresentassem Transtornos de Ansiedade. Essa amostra não clínica poderia ser também empregada como linha de base normativa para comparação com os quatro grupos que apresentaram diferentes Transtornos de Ansiedade.

Finalmente, não é possível afirmar a existência de uma relação de causa e efeito entre o constructo “sensibilidade à ansiedade” e os transtornos de ansiedade devido a natureza transversal do presente estudo. Dessa forma, trabalhos futuros que possam empregar um delineamento longitudinal seria importante para avaliar a relação entre os Transtornos de Ansiedade e as distintas dimensões do constructo “sensibilidade à ansiedade”.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

11

Referências bibliográficas

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.; COUTINHO,E.; FRANÇA, J.; FERNANDEZ, J.; ANDREOLI, S.; BUSNELLO, E. Brazilian multicentric study of psychiatric morbity. **British Journal of Psychiatry**, 171: 524-529, 1997.

ANASTASI, A.; URBINA, S. *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ASMUNDSON G., NORTON G.; WILSON, K; SANDLER, L; Subjective symptoms and cardiac reactivity to brief hyperventilacion in individuals with high anxiety sensitivity. **Behaviour Research and Therapy**, 32: 237-241, 1994.

BANDELOW, B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. **International Clinical Psychopharmacology**, 10: 73-81, 1995.

BARLOW, H.; LIEBOWITZ, M. Fobia Especifica e Fobia Social. Em KAPLAN, H.; SADOCK (Orgs),**Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 1314-1327, 1999.

BECK, A.; BROWN, G.; EPSTEIN, N.; STEER, R. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56: 893-897, 1988.

BLAIS, M.; OTTO, M.; ZUCKER, B.; MCNALLY, R.; SCHMIDT, N.; FAVA, M.; POLLACK, M. The anxiety sensitivity index: item analysis and suggestions for refinement, **Journal of Personality Assessment**, 77: 272-294, 2001.

BOUVARD, M ; AYXERESVIGHETTO, A.,DUPONT,H. ; AUPETITJ. ; PORTALIER, S ; ARRINDELL, W. Preliminary validation of the French translation of anxiety sensibility index-revised (ASI-R). **Encephale**, 29: 157-164, 2006.

Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clinicas e diretrizes diagnosticas. Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, M.; LANNA, A. Fobias Especificas. Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo- comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed, p.208-216, 2001.

COX, B.; BORGER, S.; ENNS, M.; MURRAY, W. Anxiety sensitivity and emotional disorders: Psychometric studies and their theoretical implications. In S. Taylor (Ed.), **Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 115-148, 1999.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

COX, B.; PARKER, J.; SWINSON, R. Anxiety sensitivity: confirmatory evidence for a multidimensional construct. **Behaviour Research and Therapy**, 34: 591-598, 1996.

CUNHA, J. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

————. *Psicodiagnóstico-V,* Porto Alegre: Artmed, 2002.

DAVIDOFF, L. *Introdução à Psicologia.* São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1983.

DAVIDSON, J. Transtorno de Estresse Pós Traumático e Transtorno de Estresse Agudo. Em KAPLAN, H.; SADOK, B. (Orgs), **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 1337-1347, 1999.

DEACON, B.; ABRAMOWITZ, J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, 20: 837-857. 2006.

DEACON, B.; ABRAMOWITZ, J.; WOODS, C.; TOLIN, D. The Anxiety Sensitivity Index-Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. **Behaviour Research and Therapy**, 41: 1427-1449, 2003.

DONNEL, C.; MCNALLY, R. Anxiety Sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. **Behaviour Research and Therapy**, 27: 325-332, 1989.

DSM-IV-TR – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (Trad. Cláudia Dornelles; 4 e.d. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2002

EKE, M.; MCNALLY, R. Anxiety sensitivity, suffocation fear, trait anxiety, and breath-holding duration as predictors of response to carbon dioxide challenge. **Behaviour Research and Therapy**, 34: 603-307, 1996.

ERTHAL, T.C.S. **Manual de Psicometria,** 5ª Edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

FALCONE, E.; FIGUEIRA, I. (2001). **Transtorno de Ansiedade Social.** Em B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, pp. 183-207, 2001.

FIGUEIREDO, M. Classificação. Em HETEM,L; GRAEFF, F. (Org.), **Transtornos de Ansiedade**. São Paulo: Atheneu, p. 29-51, 2004.

FREUD, S. (1895). Neurastenia e neurose de Angustia. Em **Edição Standard Brasileiras das Obra Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1991

FYER, A.; MANNUZZA, S.; COPLAN, J.D.Transtorno de Pânico e Agorafobia. Em KAPLAN, H. SADOK, B. (Orgs). **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 1300-1313, 1999.

GOLDSTEIN, A.; CAMBLESS, D. A Reanalysis of agoraphobia. **Behavior Therapy**, 9: 47-59, 1978.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

GOMES DE MATOS, E. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol. 27, no. 3, p. 312-318, 2005.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; ZUERDI, A. (Org.) **Escala de Avaliação Clinica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.** São Paulo: Lemos- Editorial, 2000.

HAYTON, J.; DAVID, G. Via Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. **Organizational research methods**, 7(2): 191-205, 2004.

HETEM, L.; GRAEFF, F. *Transtornos de Ansiedade.* São Paulo: Atheneu, 2004.

HINTON, D.; PICH, V.; SAFREN, S; POLLACK, M.; MCNALLY, R.. Anxietysensitivity among Cambodian refugees with panic disorder: A factor analytic investigation. **J. Anxiety Disord**. 20(3): 281-295, 2006.

HOGE, R.; TAMRAKAR, S.; CHRISTIAN, K.; MAHARA, N.; NEPAL, M.; POLLAKM.; SIMON, N. Cross-cultural differences in somatic presentation in patients with generalized anxiety disorder. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 194: 962-966, 2006.

HOLLOWAY, W.; MCNALLY, R. Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation. **Journal of Abnormal Psychology**, 4: 330-334, 1987.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. *Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica.* 9ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAWYER, S.; KARG, R.; MURPHY, J.; MCGLYNN, F. Heavy drinking among college students is influenced by anxiety sensitivity, gender, and contexts for alcohol use. **J. Anxiety Disord**. 16(2): 165-73, 2002.

LEDOUX, J. *O cérebro emocional -os misteriosos alicerces da vida emocional.* Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

LEVIN, J.; FOX, J.A. *Estatística para ciências humanas,* 9ª Edição, São Paulo: Prentice Hall, 2004.

LI, W.; ZINBARG, R. Anxietysensitivityand panic attacks: a 1-year longitudinal study. **Behav. Modif**., Mar, 31(2): 145-61, 2007.

LIM, Y.; YU, B.; KIM, J.K. Anxiety Sensitivity Index-revised: its factor structure, reliability, and validity in clinical and nonclinical samples. **Depress Anxiety**, 2006.

MALLER, R.; REISS, S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987, **Journal of Anxiety Disorders,** 6, pp. 241-247, 1992.

MARUTA, T.; YAMATE, T.; ITO, K.; SATO, M.; IIMORI, M.; KATO, M. Reliability and validity of the Japanese version of the Anxiety Sensitivity Index. **Compr. Psychiatry**. May-Jun; 48(3): 289-92, 2007.

MC NALLY, R. *PanicDisorder: Acriticalanalysis*. Guilford Press, New York, 1994.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

MC NALLY, R. Theoretical Approaches to the Fear of Anxiety. In: TAYLOR, S. (Org.), *Anxiety Sensitivity:Theory, research and treatement of the fear of anxiety*. New Jersey: Lawrence Erlbau Associates, p. 3-16, 1999.

MC NALLY, R. Anxiety Sensitivity and Panic Disorder, **Biol. Psychiatry**, 52: 938-946, 2002.

MCWILLIAMS, L.; STEWART, S; MACPHERSON, P. Does the social concerns component of the anxiety sensitivity index belong to the domain of anxiety sensitivity or the domain of negative evaluation sensitivity? **Behav. Res. Ther.**, 38(10): 985-992, 2000.

MICHAEL, A.; JENIKE, P. Transtorno de Estresse Pós Traumático e Transtorno de Estresse Agudo. Em KAPLAN, H; SADOK, B. (Orgs). **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 1327-1337, 1999.

NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. *Psychometric theory*, McGraw-Hill, New York, 1994.

OLATUNJI, B.; SAWCHUK, C.; DEACON, B.; TOLIN, D.; LILIENFELD, S.; WILLIA, M.; MEUNIER, S.; LOHR, J.; CONNOLLY, M. The Anxiety Sensitivity Profile revisited: factor structure and psychometric properties in two nonclinical samples. **J. Anxiety Disord**., 19(6): 603-625, 2005.

OTTO, M; REILLY-HARRINGTON, N. The impact of treatment on anxiety sensitivity. In: TAYLOR, S. (Org.) *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety*, Erlbaum, Mahwah, NJ, pp. 321-336, 1999.

PAPP, A; LAZLO; JACK, M. Transtorno de Ansiedade Generalizada.Em KAPLAN, H.; SADOK, B. (Orgs),*Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 1347-1360, 1999.

PASQUALI, L. (Ed.). *Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração.* Brasília: LabPAM / IBAPP, 1999.

_____. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

PEREIRA, M. Conceito de Ansiedade. Em HETEM, L.; GRAEFF, F. (Org.) *Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Atheneu, p. 3-28, 2004.

PETERSON, R.; PLEHN, K. Measuring Anxiety Sensitivity. Em TAYLOR (Org.) *Anxiety Sensitivity: Theory, research, and treatement of the fear of anxiety.* New Jersey: Lawrence Erlbau Associates, p. 61-81, 1999.

PETERSON, R.; HEILBRONNER, R. The anxiety sensitivity index: Construct validity and factor analytic structure. **Journal of Anxiety Disorders**, 1: 117-121, 1987.

PETERSON, R.; REISS, S. Anxiety Sensitivity Index Manual, Revised**,** Worthington, Ohio, **International Diagnostic Systems**, 1992.

PLEHN, K.; PETERSON, R. Anxiety sensitivity as apredictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. **J. Anxiety Disord.**, 16(4): 455-74, 2002.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

RANGÉ, B.; ASBAHR, F.; MORITZ, C.; ITO, L. Transtorno Obsessivo compulsivo. Em RANGÉ, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, p. 145-182, 2001.

RECTOR, N.; SZACUN-SHIMIZU, K.; LEYBMAN, M. Anxiety sensitivity within the anxietydisorders:Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity, **Behavior Research Therapy**, 2006.

REISS, S. Pavilovian condition in gand human fear: An expectancy model. **Behavior Therapy**, 11: 380-396, 1980.

REISS, S.; MCNALLY, R. Expectancy model of fear. In: REISS, S.; BOOTZIN, R. (Eds.) **Theorical Issues in Behavorial Therapy,** Academic Press, San Diego, CA, pp. 107-121, 1985.

REISS, S.; PETERSON, R.; GURSKY, D.; MCNALLY, R. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. **Behaviour Research and Therapy**, 24(1), 1-8, 1996.

——————. Theorical perspectives on the fear, anxiety, and panic. **Clinical Psychology Review**, 7: 585-596, 1987.

——————. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. **Clinical Psychology Review**, 11: 141-153, 1991.

RODRIGUEZ, B.; BRUCE, S.; PAGANO, M.; SPENCER, M.; KELLER, M. Factor structure and stability of the anxiety sensitivity index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. **Behavior Research and Therapy**, 42: 79-91, 2004.

SANDIN, B.; CHOROT, P.; MCNALLY, R. Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. **Behavior Research and Therapy**, 34: 283-290, 1996.

SCHMID, J.; LEIMAN J. The development of hierarchical factor solutions. **Psychometrika**, 22: 53-61, 1957.

SCHMIDT, N.; LERREW, D.; JACKSON, R.J. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. **Journal of Abnormal Psychology**, 3: 355-364, 1997.

——————. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. **Journal of Abnormal Psychology**, 108: 532–537, 1999.

SCHMIDT, N.; MANER, J.; ZVOLENSKY, M. Reactivity to challenge with carbon dioxide as a prospective predictor of panic attacks. .**Psychiatry Research**, 2007.

SHINOHARA, H.; NARDI, A. Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em RANGÉ, B. (Org.), *Psicoterapias cognitivo- comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 217-229, 2001.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

TABACHNICK, B.; FIDELL, L. *Using Multivariate Statistics*. 3rd. Edition, New York: Harper Collins.2001.

TAYLOR, S.; KOCH, W.; CROCKETT, D. Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, 5: 293-311, 1991.

——————. Conceptualizations of anxiety sensitivity. **Psychological Assessment**, 4: 245-250, 1992.

TAYLOR, S.; KOCH, W.; MCNALLY, R. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? **J. Anxiety Disord.**, 6: 249-25, 1992.

TAYLOR S. Anxiety sensitivity: theoretical perspectives and recent findings. **Behav. Res. Ther.**, Mar; 33(3): 243-58, 1995.

TAYLOR, S.; KOCH, W.; WOODY, S.; MCLEAN, P. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? **J. Abnorm. Psychol.**, Aug; 105(3): 474-9, 1996.

TAYLOR, S.; COX, B. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. **J. Anxiety Disord.**, Sep-Oct; 12 (5): 463-83, 1998a.

——————. Anxiety sensitivity: multiple dimensions and hierarchic structure. **Behav. Res. Ther.**, Jan; 36(1): 37-51,1998b.

TAYLOR, S.; FEDOROFF, I. Theoretical Approaches to the Fear of Anxiety. In TAYLOR, S (Org.), *Anxiety Sensitivity:Theory, research, and treatement of the fear of anxiety*. New Jersey: Lawrence Erlbau Associates, p. 17-33, 1999.

VANDERDOES, W.; DUIJSENS, I.; EURELINGSBONTEKOE, E.; VERSCHUUR, M; SPINHOVEN, P. Anxiety sensitivity profile: dimensional structure and relationship with temperament and character. **Psychother Psychosom**. Jul-Aug; 72(4): 217-22, Links 2003.

VELICER, W. Determining the number of components from the matrix of partial correlations. **Psychometrika**, 41: 321-327, 1976.

WARDLE, J.; AHMAD, T.; HAYWARD, P. Anxiety sensitivity in agoraphobia. **Journal of Anxiety Disorders**, 4 (4): 325-333, 1990.

WATT, M.; STEWART, S.; LEFAIVRE, M.; UMAN, L. A brief cognitive-behavioral approach to reducing anxiety sensitivity decreases pain-related anxiety. **Cogn. Behav. Ther**., .35(4): 248-56, 2006.

WOLFF, H.; PREISING, K. Exploring Item and Higher Order Factor Structure With the Schmid-leiman Solution: Syntax Codes for SPSS and SAS. **Behavior Research Methods, Instruments, & Computers**, vol. 37, No. 1. February, pp. 48-58, 2005.

YERKES, R.; DODSON, J. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. **Journal of Comparative Neurology and Psychology**, 18: 459-482, 1908.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

ZIMBARG, R.; BROWN, T. The hierarchial structure and general factor saturation of the anxiety sensitivity index: evidence and implications. **Psychological Assessment**, 9: 277-284, 1997.

ZIMBARG, R.; MOHLMAN, J.; HONG, N. Dimensions of Anxiety Sensitivity. In TAYLOR, S. (Org) Anxiety Sensitivity. Theory, research and treatment of the fear of anxiety. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

ZVOLENSKY, M.; ARRINDELL, W.; TAYLOR, S.; BOUVARD, M.; COX, B.; STEWART, S.; SANDIN, B.; CARDENAS, S.; EIFERT, G.H**.** Anxiety sensitivity in six countries. **Behavior Research Therapy**, Jul; 41(7): 841-59, 2003.

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA

12

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Coordenador: J. Landeira Fernandez (Departamento de Psicologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC-Rio)

1. NATUREZA DA PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa realizada pelo Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Ela tem como finalidade avaliar a sensibilidade à ansiedade das pessoas

2. PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participarão da pesquisa aproximadamente 300 pessoas, de 18 a 60 anos de idade, de ambos os sexos, com qualquer nível de escolaridade, em tratamento (psicoterápico, farmacológico e outros) ou não, com diagnóstico de Transtornos de Ansiedade.

3. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA

Para participar desta pesquisa você precisará somente responder ao questionário que lhe será entregue. Neste questionário, você vai fornecer informações básicas como idade, nível de instrução, profissão, etc. Além delas, haverá perguntas a respeito das suas impressões sobre como você lida com as sensações de ansiedade. Você tem total liberdade para se recusar a participar desse estudo, ou para mudar de idéia após aceitar, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Para mais informações sobre a pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC- Rio, pelo telefone (21) 31141185.

4. RISCOS E DESCONFORTO

A participação nesta pesquisa não envolve riscos.

5. CONFIDENCIALIDADE

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais, somente os pesquisadores terão acesso a elas. Os dados da pesquisa serão identificados com um código, e não com o seu nome. Os dados obtidos serão para uso exclusivo nesta pesquisa e apenas os resultados gerais poderão ser apresentados e discutidos em eventos científicos

6. BENEFÍCIOS

Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esta pesquisa nos dê informações importantes sobre as conseqüências das reações à ansiedade

7. PAGAMENTO

Você não terá nenhum tipo de despesa ou receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Tendo em vista as informações acima apresentadas, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar desta pesquisa.

_____

(Nome)

_____

(Local e data)

_____

(Assinatura)

PUC-Rio - Certificação Digital Nº 0510398/CA