

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 indivíduo 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

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 específico 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 clínica específica 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).

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), Cattell (testes mentais) e Binnet (medidas intelectuais). Já no início 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 científicas 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 específicas para esses transtornos, destacam-se atualmente, entre outros, o Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1988) - utilizada nesse estudo, e o Inventário de Ansiedade Traço-Estado

(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 consequências 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

adultos jovens sem história 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 evidências 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 et 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

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. É 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

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 al., 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 países, 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 gastrointestinal) 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 unifatorial 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

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.