

ARTIGO DE REVISÃO

VANZELER, Maria Luzinete Alves^[1]

VANZELER, Maria Luzinete Alves. Transtornos de ansiedade e avaliação psicológica: Instrumentos utilizados no Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 10, Vol. 13, pp. 100-120. Outubro de 2020. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/instrumentos-utilizados

Contents

- RESUMO
- 1. INTRODUÇÃO
- 2. MÉTODO
- 3. DESENVOLVIMENTO
 - 3.1 ANSIEDADE
 - 3.2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM O DSM 5
 - 3.2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO
 - 3.2.2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)
 - 3.2.3 FOBIA ESPECÍFICA
 - 3.2.4 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (TAS)
 - 3.2.5 TRANSTORNO DO PÂNICO (TP)
 - 3.2.6 AGORAFOBIA
 - 3.2.7 MUTISMO SELETIVO
 - 4. RESULTADO E DISCUSSÃO
 - 4.1 INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE (BAI)
 - 4.2 ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)
 - 4.3 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)
 - 4.4 INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)
 - 4.5 ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON
 - 4.6 OUTRAS INSTRUMENTOS ÚTEIS NA AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE
- 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS
- 6. REFERÊNCIAS

RESUMO

Os transtornos de ansiedade caracterizam-se pelo medo e ansiedade desproporcionais à situação que desencadeia e perduram além do previsto para o evento. Causam prejuízos ao indivíduo em função do sofrimento produzido, pioram a qualidade de vida e impõem restrições sociais. As técnicas de avaliação psicológica, podem ajudar uma investigação e melhorar a compreensão desses transtornos. Este trabalho objetivou investigar os instrumentos para avaliação de ansiedade utilizados no Brasil. Desta forma Foi realizada uma revisão da literatura, buscando em livros textos especializados, periódicos e artigos indexados (no Periódicos CAPES, Lilacs, PubMed, Mediline, Scielo e Google acadêmico) com finalidade de descrever os mais utilizados. Ao final deste estudo, verificou-se que os instrumentos para avaliação dos transtornos de ansiedade podem ser divididos em sete categorias: A primeira inclui instrumentos que avaliam a ansiedade como construto global; a segunda avalia os transtornos psiquiátricos; a terceira compreende instrumentos que avaliam transtornos de ansiedade específicos, levando em conta comportamentos e pensamentos ou sentimentos sintomáticos; a quarta categoria abrange instrumentos relacionados a contextos específicos, como hospitalar ou esportivo; a quinta categoria abarca instrumentos para avaliação de características específicas relativas à ansiedade, tais como, preocupação, irritabilidade entre outros; a sexta categoria, abrange instrumentos para avaliação da saúde mental de forma geral como queixas relativas à ansiedade vistas como screening e necessidade de cuidados psiquiátricos e; finalmente a sétima categoria compreende os demais instrumentos que não se enquadram nas categorias anteriores. Ainda verificou-se que os testes mais utilizados no Brasil de 2000 a 2015 foram: Inventário de Ansiedade (BAI), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE); Escala de Ansiedade de Hamilton; Inventário de Fobia Social (SPIN). Esses instrumentos são adaptações de instrumentos internacionais para uso no Brasil.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade, instrumentos, avaliação psicológica.

1. INTRODUÇÃO

A avaliação psicológica é compreendida como um processo técnico-científico, geralmente complexo, onde são realizadas coletas de dados, e as informações prestadas pelos pacientes são interpretadas, como resultantes de interações de diversas naturezas entre os indivíduos e meio social. Desta forma são utilizados métodos, técnicas e instrumentos psicológicos de mensuração padronizada e fundamentados em uma teoria científica, sendo necessário atender aos requisitos de validade e precisão (CFP, Resolução nº 6, de 29 de março de 2019).

A avaliação psicológica deverá produzir hipóteses, ou diagnósticos, sobre uma pessoa ou um grupo de pessoas. As Hipóteses ou diagnósticos dizem respeito ao funcionamento intelectual, características da personalidade, aptidão para desempenhar uma, ou mais tarefas, entre outras possibilidades (HUTZ, 2015).

A expressão testagem psicológica é utilizada algumas vezes como sinônimo de avaliação psicológica, porém é necessário ter cuidado com esta vinculação, pois a testagem muitas vezes é parte da avaliação, mas não é necessariamente a avaliação psicológica. Embora seja fato que a avaliação psicológica possa ser feita, em certos casos específicos, usando apenas os testes psicológicos, isso não ocorre via de regra (HUTZ, 2015).

Quando se trata do termo amplo, avaliação psicológica, deve-se, primeiramente, distingui-lo dos instrumentos de avaliação. A avaliação é uma atividade mais complexa e constitui-se na busca sistemática de conhecimentos a respeito do funcionamento psicológico dos indivíduos, de forma que possa orientar ações e decisões futuras. Por outro lado os instrumentos de avaliação, são procedimentos organizados sistematicamente para coleta de informações úteis e confiáveis no sentido de servir de base a um processo mais amplo e profundo da avaliação psicológica, de formas que os instrumentos fazem parte do processo mais amplo da avaliação psicológica (PRIMI et al., 2004). Pode-se interpretar a testagem como parte do processo de avaliação psicológica em muitas situações.

Os instrumentos de modo geral são meios padronizados para se obter amostras e indicadores comportamentais com finalidade de revelar diferenças individuais nos construtos, traços latentes ou recursos psíquicos implícitos. Desta forma os traços encobertos são as variáveis causais dos comportamentos que se manifestam durante a testagem. Assim

sendo, os processos abrangentes de medidas, implicam em via indireta, através da observação de indicadores, possibilita a interferência sobre o construto a ser avaliado (GOTTFREDSON e SAKLOFSKE, 2009). Os estudos de validade buscam provar a relação causal entre as variações no construto subjacente e as alterações nos indicadores comportamentais analisados pelo instrumento, confirmando, assim, os sentidos associados aos escores relacionados ao construto (PRIMI, 2010).

É importante mencionar que a avaliação psicológica é uma das áreas mais antigas da psicologia (ANASTASI e URBINA, 2000; PRIMI, 2010). Testagens em larga escala somente no fim final do século XIX, quando teve início a testagem psicológica moderna na França (HUTZ, 2015).

No Brasil, essa área foi incluída na própria Lei Federal no 4.119 (1962), que regulamentou a profissão de psicólogo no país e, entre outras coisas, estabelecia apenas uma função como privativa do psicólogo: a utilização de métodos e técnicas psicológicas para fins de diagnóstico psicológico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento (BUENO e PEIXOTO, 2018).

No início do século XX, já havia laboratórios realizando pesquisas em avaliação psicológica. Em 1907 foi fundado o primeiro laboratório brasileiro de avaliação psicológica e em 1924, José Joaquim de Campos da Costa de Medeiros e Albuquerque (1867-1934) publicou o livro intitulado “Testes”, com o subtítulo de “Introdução ao estudo dos meios científicos de julgar a inteligência e a aplicação dos alunos”, este foi o primeiro livro sobre testes psicológicos no Brasil (GOMES, 2009; HUTZ e BANDEIRA, 2003).

Hutz, (2015) ainda descreve o seguinte texto sobre a importância da avaliação psicológica:

Também é importante entender que a avaliação psicológica é uma área complexa com interfaces e aplicações em todas as áreas da psicologia. Em princípio, não se deve iniciar um procedimento, com pessoas ou grupos, em nenhuma área da psicologia sem um diagnóstico ou uma avaliação inicial dessa pessoa ou grupo. Realizado o procedimento (ou mesmo durante sua realização), é preciso avaliar os resultados. É, portanto, fundamental uma formação básica nessa área para

trabalhar com eficiência e qualidade como psicólogo em qualquer outra área de aplicação da psicologia. Como essa formação deve ser feita ainda é objeto de discussão. O Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP) tem promovido esse debate e publicado alguns documentos a respeito. Está claro que a formação não se encerra na graduação. O psicólogo, embora legalmente apto a utilizar testes psicológicos e fazer avaliações psicológicas em todas as áreas, deve seguir sua formação por meio de cursos de especialização ou pós-graduação (mestrado, doutorado) e da leitura sistemática da literatura especializada da área [...] (HUTZ, 2015).

Os conhecimentos da avaliação psicológica vem de encontro ao atual conceito de saúde, e das causas das doenças. A saúde não é apenas como uma ausência de sintomas, uma vez que, um indivíduo pode estar gravemente enfermo sem apresentar sintomatologia. As doenças, na visão atual, não possuem uma única determinação, mas ao contrário, são multideterminadas. Não existem duas psicologias, uma da saúde e outra relacionada da doença. Na realidade, a expressão psicologia na saúde envolve a vivência de uma pessoa e também no seu processo de adoecimento. Assim, toda doença tem aspectos psicológicos e envolve múltiplos fatores a serem avaliados, tais como estilo de vida, hábitos, cultura e mitos familiares (STRAUB, 2005).

Falando particularmente dos transtornos de ansiedade, eles afetam substancialmente a vida das pessoas, compromete as atividades cotidianas, relacionamentos sociais e outros aspectos de suas vidas. Estes transtornos apresentam reduzidos índices de regressão espontânea e forte tendência a se cronificar ou até mesmo se desdobrar em outros transtornos psiquiátricos se não forem tratados (PINE, 1997; VIANNA, 2009). Desta forma, torna-se necessário que o diagnóstico ocorra o mais cedo possível, levando-se em contas as avaliações e tratamentos adequados, assim os pacientes terão melhores prognósticos e menores serão os prejuízos para o indivíduo.

O diagnóstico correto de um transtorno de ansiedade, tanto em função da gravidade quanto das comorbidades, gera expectativa de um bom o prognóstico pois fornece informações adequadas sobre curso, prevalência e possibilidades de tratamento, além de outros fatores. Por isso mesmo, é importante que os clínicos tenham a sua disposição instrumentos apropriados para a avaliação da ansiedade, tanto para medidas de sintomas como para

triagem e diagnóstico. Bons instrumentos fornecem aparelhos padronizados e seguros para a obtenção de indicadores para avaliação do construto, de um traço latente ou processo psicológico subjacente (PRIMI, 2010), por exemplo a ansiedade e do medo – construtos que escondem sintomas dos transtornos de ansiedade (CRASKE et al., 2009). A utilização de instrumentos apropriados para a avaliação da ansiedade asseguram dados confiáveis e coerentes para a pesquisa e o tratamento dos transtornos de ansiedade, repercutindo em benefício para as pessoas que sofrem com os danos causados por esta categoria de transtorno. Para isto se tornam necessárias as investigações no sentido de buscar instrumentos cada vez mais adequados para a avaliação dos transtornos ansiosos. Neste sentido o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura científica brasileira visando a identificação dos instrumentos psicológicos utilizados para avaliação de ansiedade no Brasil.

2. MÉTODO

Foi realizado uma revisão da literatura buscando em livros textos especializados, periódicos e artigos científicos indexados (no Periódicos CAPES, Lilacs PubMed, Mediline, Scielo), visando obter as informações e relatos dos autores sobre os instrumentos utilizados na avaliação psicológica nos transtornos de ansiedade, com finalidade de descrever os mais utilizados.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 ANSIEDADE

A ansiedade é uma emoção normal, essencial e natural à vida humana, funcionando como mecanismo de defesa, de caráter adaptativo e possuindo o papel de mediar a interação do indivíduo com o meio ambiente e preparar para situações de ameaça e perigo comuns da experiência humana (RAMOS, 2011). Em geral a ansiedade funciona como sinal de alerta, pois adverte sobre perigos iminentes e impulsiona o indivíduo a tomar medidas para enfrentar as ameaças (VASCONCELOS et al., 2008).

A ansiedade envolve fatores cognitivos, comportamentais, afetivos, fisiológicos e

neurológicos que, modulam a percepção do indivíduo ao ambiente, e provocam respostas específicas estimulando algum tipo de ação (CLARK e BECK, 2012; CRASKE et al., 2009). Diante de estímulos ou situações estressantes, surgem respostas do organismo, tais como aumento da pressão sanguínea, aumento da frequência de batimentos cardíacos, aumento da transpiração e da atividade motora, agitação, rigidez da musculatura esquelética e alterações respiratórias, do tipo superficiais e rápidas e insônia, além de outras alterações fisiológicas (LUNDIN, 1977).

Segundo Tess (1996) a ansiedade é um sinal de alerta, uma advertência sobre perigos imediato, preparando-o a criar e tomar medidas para enfrentar uma ameaça vaga, onde a situação de perigo não é concreta, no entanto leva a um repertório comportamental e fisiológico em uma resposta e tem o sentido voltado para o futuro.

A ansiedade não é necessariamente uma condição patológica, mas uma condição natural do organismo, que permite preparar-se para uma resposta, de defesa ou ataque, da melhor forma possível, em situações novas ou desconhecidas, ou situações já conhecidas porém interpretadas como eminentemente perigosas (SILVA, 2010). Esta condição só se torna patológica quando atinge patamares muito elevados e contínuos, passando a prejudicar o desempenho nas atividades diárias e gerar desequilíbrio físico e/ou emocional e assim configurará em um estado de alerta constante, caracterizando as patologias designadas como transtornos de ansiedade (ARAÚJO, 2011).

Segundo o DSM 5, (2014), Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. Às vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de

resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais [...].

Para Antai-Otong (2003), as manifestações dos transtornos de ansiedade são os mais prevalentes e incapacitantes dos transtornos psiquiátricos, e levam seus portadores aos serviços de saúde repetidas vezes a procura de diferentes especialidades médicas, e ocasionam prejuízos ao funcionamento e a qualidade de vida dos pacientes. Os transtornos de ansiedade são diferentes tanto do medo quanto da ansiedade adaptativa, uma vez que suas manifestações são excessivas e duradouras, e vão muito além do esperado para o evento ou situação desencadeante. Muitas vezes esses transtornos desenvolvem-se na infância e podem persistir ao longo da vida adulta, se não forem tratados (APA, 2014). Estes transtornos são quadros clínicos em que os sintomas são primários, não sendo originadas a partir de outras circunstâncias psiquiátricas como a depressão, a psicose, transtornos do desenvolvimento, transtorno hiperkinético, além de outros (CASTILLO, 2000). Conforme o texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5^a edição (DSM 5), os critérios para o diagnóstico do transtorno de ansiedade devem levar em conta a frequência e intensidade de ocorrências de diferentes sintomas físicos (aumento da frequência cardíaca, palpitações, sialosquese dispneia e sudorese), comportamentais (agitação, insônia, reação exagerada a (estímulos e medos) ou cognitivas (nervosismo, apreensão, preocupação, irritabilidade e distratibilidade) (DSM 5, 2014).

O Brasil possui taxas muito elevadas de transtornos de ansiedade, sendo que fatores como: socioeconômicos, pobreza, desemprego, fatores ambientais, estilos de vida em grandes cidades favorecem este cenário (GONÇALVES e KAPCZINSKI, 2008). Por outro lado, os Transtornos de Ansiedade, estão entre os Transtornos Mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes. Segundo Asbahr, (2004) perde apenas para o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta.

Estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os Transtornos de Ansiedade infanto-juvenis, têm prevalência estimada de 8 a 12% (COSTELLO, 1989; SPENCE, 2001). Já no Brasil, um estudo populacional mostrou índice de prevalência 4,6% em crianças e 5,8% em adolescentes (FLEITLICH-BIL e GOODMAN, 2004). Ford et al., (2003) em estudos na Inglaterra, verificaram taxas de morbidade similares aqueles encontrados no Brasil, indicando prevalência de 3,4% em crianças, e 5,04% em adolescentes (FORD et al., 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência mundial do transtorno de ansiedade (TA) é de 3,6% da população. Porém no continente americano esse transtorno atinge 5,6%, sendo que no Brasil, o TA Chega a 9,3% da população, apresentando o maior número de casos de ansiedade entre os países do mundo (WHO, 2017).

Os transtornos de ansiedade são apontados como um dos mais relevantes problemas de saúde mental no Brasil e estão entre os transtornos psiquiátricos mais recorrentes. É a disfunção emocional que provavelmente mais acomete e mais interfere com a qualidade de vida e são considerados os transtornos mais incapacitantes (RAMOS, 2009). Estes dados apontam o transtorno de ansiedade como um problema de saúde pública, e sugerem que sejam realizados mais estudos a este respeito.

3.2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM O DSM 5

A reformulação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), retirou do capítulo referente aos transtornos de ansiedade, os transtornos “obsessivo compulsivo”, “de estresse agudo” e “de estresse pós-traumático”, realocando-os em novos capítulos. Os quadros fóbicos (agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social) deixaram de exigir a idade mínima de dezoito anos para o reconhecimento de seu medo excessivo ou irracional. Finalmente a duração mínima para o diagnóstico também passou a ser de seis meses sem distinção de idade (ARAÚJO e LOTUFO NETO, 2014).

O transtorno do pânico e a agorafobia, agora estão separados em diagnósticos independentes, desta forma, reconhece-se a existência de casos de agorafobia na ausência de sintomas de pânico. Além do mais, o ataque de pânico pode ocorrer em comorbidade com outros transtornos mentais que não a ansiedade isto levou o DSM 5 a incluir o ataque de pânico como especificador para os demais transtornos (ARAÚJO e LOTUFO NETO, 2014).

O mutismo seletivo e o transtorno de ansiedade de separação passaram a compor o capítulo dos transtornos de ansiedade. Finalmente os critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade de separação estão em conformidade com o manual anterior, porém aceitam a possibilidade de os sintomas iniciarem em idade superior a dezoito anos. Já os critérios para diagnosticar mutismo seletivo ficaram praticamente inalterados (ARAÚJO e LOTUFO NETO,

2014). Nos tópicos abaixo serão descritos os subtipos de ansiedade.

3.2.1 TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

Este transtorno é caracterizado por ansiedade excessiva em relação ao afastamento de casa ou figuras de apego, a ansiedade supera o esperado em relação ao estágio de desenvolvimento do indivíduo, e persiste por, no mínimo, um mês, provoca sofrimento intenso e danos expressivos, em distintas áreas da vida (DSM 5, 2014).

Crianças ou adolescentes, temem que alguma coisa possa acontecer a si mesmo ou ao seus cuidadores, desde que sejam afastados destes. Assim, assumem comportamento de apego excessivo a seus cuidadores, impedindo o afastamento ou até mesmo telefonando sistematicamente para eles. Necessitam de companhia para dormir e podem resistir ao sono, por medo de separação ou perda de controle. Referem-se a pesadelos, sobre os temores de separação é comum recusa escolar secundária nesses pacientes (CASTILLO, 2000).

Basta uma criança imaginar que seus pais irão se ausentar para que possam surgir manifestações somáticas de ansiedade (dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos). Algumas apresentam palpitação, tontura e impressão de desmaio. Estudos retrospectivos têm levantado a hipótese de que a ansiedade de separação na infância pode se constituir em fator de risco para o aparecimento transtornos de ansiedade no adulto (CASTILLO, 2000).

3.2.2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG)

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no

trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, desgraças com seus filhos ou questões menores (p. ex., realizar as tarefas domésticas ou se atrasar para compromissos). As crianças com o transtorno tendem a se preocupar excessivamente com sua competência ou a qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra. [...] (DSM 5, 2014, p.222).

O TAG é o transtorno de ansiedade mais comumente encontrado na prática clínica, sendo considerada uma doença crônica, associada a uma alta morbidade e a altos custos individuais e sociais, havendo grande procura por serviços médicos ambulatoriais, uma vez que os sintomas do TAG muitas vezes são confundidos com outras condições clínicas (RAMOS, 2009). A depressão muitas vezes coexiste nos portadores de TAG (MACKINNON, 2008). A sintomatologia associada ao TAG inclui agitação, fadiga, dificuldade de concentração, nervosismo, tensão muscular, transtorno do sono, preocupação em excesso (KINRYS e WYGANT, 2005).

3.2.3 FOBIA ESPECÍFICA

A fobia específica apresenta o medo ou ansiedade associado à presença de um objeto ou situação particular, (estímulo fóbico). Para o diagnóstico de fobia específica, o medo ou a ansiedade são exagerados em relação ao perigo real manifestado pelo objeto ou situação. O sofrimento causado acrescenta prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida (DSM 5, 2014).

Indivíduos com fobia específica utilizam a evitação para solucionar o problema. Sua vida se prende aos medos irreais e aflitivos. Eles explicam racionalmente seus medos, mas ao mesmo tempo reconhecem os objetos ou situações são responsáveis apenas parcialmente por seus sentimentos. Embora muitas vezes perceba seu medo como inadequado, creem que a evitação da situação é a única escolha possível devido a seu medo intenso (MACKINNON, 2008).

3.2.4 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (TAS)

O medo e a ansiedade intensos, caracterizam o TAS em situações sociais em que o indivíduo pode ser julgado pelos outros. A possibilidade de avaliação negativa, provoca intensa ansiedade, fazendo com que, muitas vezes o sujeito, evite esses momentos. A ansiedade e o medo são comparados à ameaça real manifestada pela situação social e o contexto sociocultural, que acabam por provocar esquivas persistentes que duram, usualmente, acima de seis meses. Causando sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas da vida (DSM 5, 2014).

Em amostras clínicas, o TAS tem prevalência de 12,1% durante a vida. Os pacientes com TAS são de 10 a 20% dos indivíduos com transtorno de ansiedade (MULULO et al., 2009). Segundo Ramos (2009), os sintomas do TAS podem surgir na adolescência e evoluir em curso crônico.

3.2.5 TRANSTORNO DO PÂNICO (TP)

No transtorno do pânico ocorre um surto abrupto de medo, ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos e durante este tempo os sintomas mais comuns apresentados são: palpitações, aceleração da frequência cardíaca, transpiração, sensação de falta de ar, ou de estar sufocado, sensação de tontura, medo de perder o controle ou morrer, despersonalização, desrealização, além de outros sintomas. O início é sempre súbito e a duração de 10 a 30 minutos em média (DSM 5, 2014).

O ataque de pânico pode acontecer a qualquer pessoa, porém, somente as que apresentam ataques frequentes, três ou mais durante um mês, são diagnosticadas como TP (RAMOS, 2009). Este transtorno alcança aproximadamente 3% da população e acarreta muito sofrimento a pessoa e prejuízos em sua vida (SHINOHARA, 2005). Este Transtorno crônico influencia a qualidade de vida dos pacientes, visto que sua repercussão atinge diversos os contextos social, físico, familiar e ocupacional, (CARVALHO et al., 2008).

3.2.6 AGORAFOBIA

A agorafobia caracteriza-se, pelo medo ou ansiedade acentuada ou intensa desencadeados pela exposição, real ou prevista, a diversas situações. Para se fazer o diagnóstico é necessário que os sintomas ocorram em pelo menos duas das cinco situações tais como: uso de transporte público; permanência em espaço aberto; permanência em locais fechados; permanência em uma fila ou em meio à multidão; saída de casa sozinho (DSM 5, 2014).

Quando a ansiedade ou medo forem acionados nessas situações, os indivíduos de um modo geral experimentam pensamentos de que algo terrível possa acontecer. Acreditam, que escapar dessas situações seria muito difícil, ou que não exista auxílio disponível quando ocorrerem os sintomas do pânico, ou outros sintomas incapacitantes e constrangedores. A ansiedade é evocada em quase todas as vezes que a pessoa entra em contato com a situação temida (DSM 5, 2014). Estes indivíduos desenvolvem uma série de estratégias para lidar com o medo, como sair de casa acompanhados, ou carregar sempre um calmante consigo. A ansiedade antecipatória também faz parte do quadro (RAMOS, 2009).

3.2.7 MUTISMO SELETIVO

O DSM 5, (2014), traz a descrição de que as crianças com mutismo seletivo quando encontram outras pessoas em interações sociais, não iniciam o discurso ou não respondem quando os outros lhes falam. A falta de discurso ocorre nas interações sociais tanto com adultos como com outras crianças.

Crianças com este transtorno, falam em casa na presença dos membros da família, mas muitas vezes, não falam com amigos próximos ou familiares de segundo grau. A perturbação é muitas vezes marcada por ansiedade social elevada. Na escola, estas crianças recusam, muitas vezes, falar, o tem repercussão no rendimento escolar.

Quanto ao desenvolvimento e ao curso desta perturbação, de um modo geral, o seu início verifica-se antes dos 5 anos, mas pode não ser clinicamente detectada até à entrada na escola, onde surge o aumento da interação social (DSM 5, 2014).

Os fatores de risco para o mutismo seletivo não estão bem identificados. A afetividade negativa (neuroticismo) ou inibição comportamental podem desempenhar um papel, bem como a história parental de timidez, isolamento social e ansiedade social. A nível ambiental, os pais de crianças com mutismo seletivo foram descritos como excessivamente protetores e mais controladores do que os pais de crianças com outra Perturbação de Ansiedade ou sem perturbações. Devido à significativa sobreposição entre o mutismo seletivo e a fobia social, poderão existir fatores genéticos comuns a ambas as condições (DSM 5, 2014).

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Araújo (2013), realizou uma revisão sistemática em busca dos instrumentos de avaliação psicológicas disponíveis no Brasil, com relevância para diagnósticos dos transtornos de ansiedade e dividiu os instrumentos em sete categorias. A primeira categoria inclui instrumentos que analisam a ansiedade como construto global, nesta categoria está o Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE). A segunda categoria envolve instrumentos para avaliar transtornos psiquiátricos, como o (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - SCARED) ou instrumentos para a avaliação de transtornos de ansiedade e transtornos de outras categorias psiquiátricas (por exemplo, Composite International Diagnostic Interview - CIDI).

A terceira compreende instrumentos para avaliação de transtornos de ansiedade específico por meio de comportamentos, pensamentos e/ou sentimentos sintomáticos do transtorno em questão (por exemplo, Inventário de Fobia Social - SPIN). A quarta inclui instrumentos para avaliação de ansiedade relacionada a contextos específicos (por exemplo, hospitalar, onde se aplica às escalas de ansiedade e Depressão - HADS); esportivo: Competitive State Anxiety Inventory-2 - CSAI-2). A quinta categoria abrange instrumentos para avaliação de uma peculiaridade relacionada à ansiedade, como a preocupação: Penn State Worry Questionnaire - PSWQ; sensibilidade à ansiedade: Anxiety Sensitivity Index-3 - ASI- 3). A sexta categoria, envolve instrumentos que avaliam a saúde mental de forma geral - tais como queixas relacionadas à ansiedade -, tem valor como screening indicativo da necessidade de atenção psiquiátrica, entre eles está o Self-Reporting Questionnaire-20 - SRQ-20). Já a sétima categoria compreende os demais instrumentos incluídos que não se enquadram nas categorias anteriores.

Os estudos de Obelar (2016) em uma revisão sistemática, da avaliação psicológica dos transtornos de ansiedade em adultos, incluindo todos os trabalhos publicados no período de 2000 até 2015, e que apresentassem instrumentos de avaliação psicológica de ansiedade que contemplam a população brasileira, mostrou que os instrumentos mais citados para avaliar transtornos de ansiedade no Brasil foram: Inventário Beck de Ansiedade (BAI); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE); Inventário de Fobia Social (SPIN) e a Escala de Ansiedade de Hamilton. Estes instrumentos serão descritos a seguir.

4.1 INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE (BAI)

As Escalas Beck são inventários originalmente desenvolvido por Beck, Epstein, Brown e Steer, em 1988 e adaptado por Jurema Alcides Cunha em 2001, apresenta bons coeficientes de fidedignidade e validade. A primeira amostra de confiabilidade e validade deste inventário, foi reportado pelo alfa de Cronbach em amostras de pacientes psiquiátricos, não clínica e médico clínica. Os coeficientes para a amostras não clínicas variaram de 0,71 a 0,72. Além disso o intervalo de uma semana entre teste levou a correlação entre aplicações em uma amostra da população geral de 0,99 ($p<0,001$) seu Manual evidência validade de conteúdo, convergente, discriminante e fatorial (CUNHA, 2001).

As Escalas Beck são compostas por quatro medidas: a) Inventário de Depressão (BDI) que mede a intensidade da depressão; b) Inventário de Ansiedade (BAI), que mede a intensidade da ansiedade; c) Escala de Desesperança (BHS) é conhecida medida de pessimismo e é capaz de apresentar evidências sugestivas de risco de suicídio em indivíduos deprimidos ou com história de tentativas de suicídio; e d) Escala de Ideação Suicida (BSI) que detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. Este instrumento é indicados para pessoas de 17 a 80 anos. No Brasil apenas profissionais e estudantes de Psicologia supervisionados é permitido a aplicação deste teste. As escalas podem ser aplicadas separadamente ou não. É mais indicado o seu uso conjunto, pois torna o diagnóstico mais preciso uma vez que os fenômenos investigados frequentemente estão associados. O resultado não sofre influência da ordem de apresentação (CUNHA, 2001).

O BAI foi adaptado e padronizado para a população brasileira por Cunha (2001). Avalia sintomas de ansiedade numa escala de zero a quatro pontos, e identifica níveis de gravidade crescentes de cada sintoma (TAVARES et al., 2012).

4.2 ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

São vários os instrumentos já descritos com finalidade de avaliar a ansiedade e da depressão, (Escala de Ansiedade de Hamilton, o Inventário de Ansiedade IDATE I e II, os Inventários de Ansiedade e de Depressão de Beck e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). A maioria delas foi criada para ser utilizada em pacientes com transtornos psiquiátricos. Porém a HADS foi inicialmente criada para verificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes em hospitais e clínicas não-psiquiátricas, mais tarde passou a ser utilizada em pacientes não-internados e em indivíduos teoricamente livres de transtornos.

A HADS foi limitada em 14 itens, divididos em sub-escalas de ansiedade e de depressão. Zigmond e Snaith (1983), recomendaram dois pontos de corte em ambas as subescalas do seguinte modo: casos possíveis com pontuação maior que 8 e casos prováveis, maior que 11 pontos. Ainda sugeriram um terceiro ponto de corte: em relação a distúrbios graves os quais receberam mais de 15 pontos.

Este instrumento já foi traduzida para vários idiomas. Botega et al., (1995) produziram um estudo de validação da HADS em português. A HADS difere das demais escalas por excluir a interferência dos distúrbios somáticos, assim não estão presentes na pontuação desta escala, sintomas de ansiedade ou de depressão associados a doenças físicas.

Portanto não são incluídos itens como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tontura, etc.

4.3 INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO (IDATE)

Este Inventário é um dos instrumentos mais usados com objetivo de quantificar componentes subjetivos da ansiedade (KEEDWELL e SNAITH, 1996). Foi elaborado por Spielberger; Gorsuch

e Lushene (1970) e no Brasil foi traduzido e adaptado por Biaggio e Natalício (1979). O IDATE tem uma escala para avaliar a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que verifica a ansiedade enquanto traço (IDATE-T).

O estado ansioso retrata uma resposta transitória relacionada a uma situação de adversidade que se apresenta em dado momento, já o traço refere-se a um aspecto mais estável, a propensão do indivíduo em lidar com maior ou menor ansiedade ao longo da vida (CATTELL e SCHEIER, 1961).

O IDATE foi desenvolvido inicialmente com finalidade de medir estruturas latentes específicas, em que cada escala corresponderia a um único fator (SPIELBERGER et al., 1970). No entanto, foram realizados estudos nas décadas de 1970-80 com fundamentação técnica e estatística de análise fatorial, que indicaram a existência de dois fatores para o IDATE-E e para o IDATE-T (BARKER; BARKER e WADSWORTH, 1977; GAUDRY e POOLE, 1975; LOO, 1979; SPIELBERGER et al., 1980). Este padrão de resultados gerou discussão sobre a verdadeira estrutura potencial destas escalas, principalmente em relação ao IDATE-T que demonstrava maior problema de interpretação quanto à natureza de seus fatores.

Spielberger et al., (1980) evidenciaram que a melhor classificação dos itens relativos a estes dois fatores era aquela que continha conteúdos que manifestavam a presença ou ausência de ansiedade.

No Brasil, a estrutura fatorial do IDATE-T foi pouco estudado. Entre os estudos, encontram-se os de Pasquali et al., (1994) bem como os de Andrade et al., (2001), que encontraram diferentes estruturas fatoriais em relação ao IDATE-T. Por exemplo, Pasquali et al. (1994), verificaram uma solução que ajudou a interpretação dos dois fatores do IDATE-T em “ansiedade presente” e “ansiedade ausente”. Por outro lado, Andrade et al. (2001) relataram a presença de dois fatores relacionados com ansiedade e depressão.

As apreciações sobre a estrutura fatorial do IDATE constatam índice de consistência alta nas duas escalas, sendo que o alfa de Cronbach em três amostras variou entre 0,82 e 0,89 (LORICCHIO, 2012).

4.4 INVENTÁRIO DE FOBIA SOCIAL (SPIN)

O Mini Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN) é composto por três itens, os quais avaliam o medo de constrangimento e evitação. Para cada item do inventário, é solicitado ao indivíduo que indique o quanto as situações o incomodaram na última semana, devendo marcar uma das cinco opções existentes, as quais variam de “Nada a extremamente”. A pontuação para cada opção, varia de 0 a 4, e a pontuação total do instrumento varia de 0 a 12. Escores de 6 pontos ou mais sugerem que o clínico deve investigar a presença de fobia social generalizada. A versão original em inglês deste instrumento apresenta boa sensibilidade (88,7%), especificidade (90,0%) e eficiência diagnóstica (89,9%). Esse instrumento constitui uma boa ferramenta para rastreamento da fobia social generalizada (CONNOR et al., 2001).

O Inventário de Fobia Social (SPIN) foi validado para o contexto brasileiro por Osório et al., (2005), sendo organizados em 17 itens que analisam sintomas relacionados ao transtorno de ansiedade social. Estudos têm demonstrado indicadores de validade e fidedignidade confiáveis para o SPIN em amostras brasileiras (ALVES, 2012). É um instrumento breve, autoaplicável e de fácil administração, capaz de detectar sintomas de medo, evitação e fisiológicos (ANGÉLICO, 2012).

4.5 ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON

A Escala de Ansiedade de Hamilton é composto de 14 itens divididos em dois grupos, com 7 itens: o primeiro grupo comprehende os sintomas de humor ansioso, já o segundo comprehende sintomas físicos de ansiedade. Os itens são avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos que considera desde a ausência (0) até a alta intensidade de sintomas (4) (OBELAR, 2016).

4.6 OUTRAS INSTRUMENTOS ÚTEIS NA AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Além dos instrumentos descritos acima por terem sido constatados como os mais usados ao longo de 15 anos (2000 a 2015) na revisão de Obelar (2016), muitos outros testes são usados com finalidade de avaliar os transtornos de ansiedade e devido a importância

psicológica de cada um. Escala breve de avaliação psiquiátrica (BPRS); Escala de Ansiedade de Zung; Subescala de ansiedade do Symptom Checklist (SCL-90); Escala Clínica de Ansiedade (CAS); Escala Breve de Ansiedade (BAS); POMS (Profile of Mood States (POMS).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ansiedade é uma emoção normal, um sinal de alerta, que adverte sobre perigos iminentes e que tem por função de mediar à interação do homem com o meio ambiente; sendo então uma reação natural e necessária para autopreservação. Sintomas de ansiedade são esperados em situações apropriadas. A ansiedade é considerada patológica, quando, desproporcional em relação ao estímulo desencadeante. O Transtorno de Ansiedade é geralmente identificado pela ocorrência repetida e intensa de diversos sintomas físicos (taquicardia, sialosquese, hiperventilação pulmonar e transpiração excessiva), comportamentais (agitação, insônia, exacerbação das reações a estímulos e medos) ou cognitivos (agitação, aflição, preocupação, nervosismo e deficiência de atenção) (LOUZÃ et al., 2011).

Na população brasileira os transtornos de ansiedade tem alta prevalência e são muito incapacitantes, ocasionando importante prejuízo funcional e social, e alto custo financeiro para o serviço público. A realização de diagnóstico mais preciso e eficaz torna-se necessário para que o tratamento possa ser realizado de forma correta. (MARCULINO et al., 2007). A avaliação psicológica, quando efetuada com instrumentos válidos, confiáveis e atualizados pode ser de grande ajuda ao aprimoramento diagnóstico e à orientação e planejamento do tratamento.

Um instrumento de avaliação psicológica deve estar adequado, e ter bases teóricas bem fundamentadas em evidências empíricas, para gerar diagnósticos e prognósticos seguros (CUNHA, 2001; PRIMI, 2010).

Os Instrumentos que avaliam ansiedade devem garantir confiança aos clínicos e pesquisadores para que realizem processos de triagem e diagnóstico com segurança, dando suporte às práticas clínicas e acadêmicas no planejamento e na eficácia das intervenções. É importante que os profissionais conheçam as qualidades dos instrumentos disponíveis no

Brasil para a avaliação dos transtornos de ansiedade e das qualidades dos instrumentos para ter condições de selecionar o melhor e mais adequado instrumento para medir o que se deseja, de acordo com os objetivos em questão.

A avaliação psicológica deve ser compreendida como mais do que simplesmente um campo aplicado ao uso de medidas e técnicas. A avaliação, em geral, e o desenvolvimento de instrumentos, servem para objetivar e operacionalizar teorias e construtos (PRIMI, 2010). Eles envolvem a relação dos conceitos teóricos com os elementos observáveis e exigem a aplicação do método científico. Buscando evidências de adequação dos instrumentos de avaliação, os estudos auxiliam o desenvolvimento dos construtos avaliados (PRIMI, 2010). Assim, os avanços dos estudos acerca da avaliação de ansiedade oferecem bases teóricas e empíricos para o desenvolvimento e conhecimento deste construto e para a prevenção e o tratamento dos Transtornos de ansiedade.

6. REFERÊNCIAS

ALVES, Nelson Torro et al. Ansiedade social e atribuição de emoções a faces neutras. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 17, n. 1, p. 129-134, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora, 2014.

ANDRADE, L. et al. Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 34, n. 3, p. 367-374, 2001.

ANGÉLICO, Antonio Paulo; CRIPPA, José Alexandre S.; LOUREIRO, Sonia Regina. Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do transtorno de ansiedade social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 3, p. 467-476, 2012.

ANTAI-OTONG, Deborah. Anxiety disorders: treatment considerations. *Nursing clinics of North America*, v. 38, n. 1, p. 35-44, 2003.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO Desousa, Diogo et al. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Avaliação Psicológica*, v. 12, n. 3, 2013.

ARAUJO, Neuraci Gonçalves de. Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 7, n. 2, p. 37-45, 2011.

ASBAHR, Fernando R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 2, p. 28-34, 2004.

BARKER, Barbara M.; BARKER JR, Harry R.; WADSWORTH JR, Allen P. Factor analysis of the items of the state-trait anxiety inventory. *Journal of Clinical Psychology*, v. 33, n. 2, p. 450-455, 1977.

BIAGGIO, Angela, Maria B.; NATALÍCIO, Luiz. Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE). Rio de Janeiro: CEPA, v. 15, 1979.

BOTEGA, Neury J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de saúde pública*, v. 29, p. 359-363, 1995.

BOWMAN, Marilyn L. Testing individual differences in ancient China. *American Psychologist*, v. 44, n. 3, p. 576b, 1989.

BUENO, José Maurício Haas; PEIXOTO, Evandro Morais. Avaliação psicológica no Brasil e no mundo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. SPE, p. 108-121, 2018.

CARVALHO, Marcele Regine de; NARDI, Antonio Egidio; RANGÉ, Bernard. Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 35, n. 2, p. 66-73, 2008.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.

22, p. 20-23, 2000.

CATTELL, Raymond B.; SCHEIER, Ivan H. *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald Press, New York. 1961.

CLARK, David. A.; BECK, Aron, T. *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed. 2012.

CONNOR, Kathryn M. et al. Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, v. 14, n. 2, p. 137-140, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP, Resolução nº 6, de 29 de março de 2019. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2019.

COSTELLO, Elizabeth. E. *Developments in child psychiatric epidemiology*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.28, p.836-841,1989.

CRASKE, Michelle G. et al. What is an anxiety disorder?. *Depression and anxiety*, v. 26, n. 12, p. 1066-1085, 2009.

CUNHA, Jurema Alcides et al. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 11-13, 2001.

FLEITLICH-BILYK, Bacy; GOODMAN, Robert. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders insoutheast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

FORD, Tamsin; GOODMAN, Robert; MELTZER, Howard. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, v. 42, n. 10, p. 1203-1211, 2003.

GAUDRY, Eric; VAGG, Peter; SPIELBERGER, Charles D. Validation of the state-trait distinction in anxiety research. *Multivariate Behavioral Research*, v. 10, n. 3, p. 331-341, 1975.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GOMES, W. B. A tradição em avaliação psicológica no Rio Grande do Sul: a liderança e a referência de Jurema Alcides Cunha. Avanços e polemicas em avaliação psicológica: em homenagem a Jurema Alcides Cunha, 1ª Ed., São Paulo: casa do psicólogo, p. 7, 2009.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; KAPCZINSKI, Flávio Pereira. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro. V. 24, n. 9. p.2043-2053, 2008.

GOTTFREDSON, Linda; SAKLOFSKE, Donald H. Intelligence: Foundations and issues in assessment. Canadian Psychology/Psychologie canadienne, v. 50, n. 3, p. 183, 2009.

HUTZ, Claudio Simons; BANDEIRA, Denise Ruschel. Avaliação psicológica no Brasil: situação atual e desafios para o futuro. Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 261-275, 2003.

HUTZ, Claudio Simon. O que é avaliação psicológica: métodos, técnicas e testes. Psicométria. Cap, v. 1, p. 11-21, 2015

KEEDWELL, Paul; SNAITH, R. P. What do anxiety scales measure?. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 93, n. 3, p. 177-180, 1996.

KINRYS, Gustavo; WYGANT, Lisa E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento?. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, supl. II, p. 43 - 45, 2005.

LOO, Robert. The State-Trait Anxiety Inventory A-Trait scale: Dimensions and their generalization. Journal of personality assessment, 1979.

LORICCHIO, Tânia Mara Brito; LEITE, José Roberto. Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito. Avaliação Psicológica, v. 11, n. 1, p. 37-47, 2012.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; CORDÁS, TákiAthanássios. Transtornos da personalidade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2011.

LUNDIN, R. W. Personalidade: Uma análise do comportamento (RR Kerbauy, Trad.). São Paulo, SP: EPU.(Original publicado em 1969), 1977.

MACIKINNON, Roger A. A entrevista psiquiátrica clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2008.

MARCOLINO, José Álvaro Marques et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

MELO, Laiz Alves Guimarães. Avaliação psicológica em crianças e adolescentes em situação de risco. Revista Especialize On-line IPOG, v.1, n. 13, p. 1-13, 2017

MULULO, Sara Costa Cabral et al. Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. Revista Psiquiatria RS, v. 31, n. 3, p. 1-10, 2009.

OBELAR, Rosemeri Marques. Avaliação psicológica nos transtornos de ansiedade. Estudos brasileiros. Monografia (Especialização em Avaliação Psicológica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de pós-graduação em Psicologia, Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017[cited 2017 Nov 04]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

OSÓRIO, Flávia de Lima; CRIPPA, José Alexandre de Souza; LOUREIRO, Sonia Regina. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, n. 2, p. 73-83, 2005.

PASQUALI, Luiz; PINELLI JÚNIOR, Balsem; SOLHA, Andréia Carvalho. Contribuição à validação e normalização da escala de ansiedade-traço do IDATE. Psicol. teor. pesqui, v. 10, n. 3, p. 411-20, 1994.

PINE, Daniel S. Childhood anxiety disorders. Current Opinion in Pediatrics, v. 9, n. 4, p. 329-338, 1997.

PRIMI, Ricardo et al. Critérios para avaliação de testes psicológicos. Em Conselho Federal de Psicologia - CFP (Org.), Avaliação dos testes psicológicos: relatório, p. 31-55. Brasília: CFP. 2004

PRIMI, Ricardo. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 25ANOS, p. 25-36, 2010.

RAMOS, Renato T. Transtornos de Ansiedade. *RBM, Revista Brasileira de Medicina*, v.66 n.11. p. 365-374, 2009

SHINOHARA, Helene. Transtorno de pânico: da teoria à prática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 1, n. 2, p. 115-122, 2005.

SILVA, André Luiz Picolli da. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 30, n. 1, p. 200-211, 2010.

SPENCE, Susan H. et al. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour research and therapy*, v. 39, n. 11, p. 1293-1316, 2001.

SPIELBERGER Charles Donald, et al. STAI: manual for the State – Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1970

SPIELBERGER, Charles D. et al. The factor structure of the state-trait anxiety inventory. *Stress and anxiety*, v. 7, p. 95-109, 1980.

STRAUB, Ricardo O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.2005

TAVARES, Gislaine Pereira; SCHEFFER, Morgana; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 25, n. 1, p. 89-95, 2012.

TESS, Vera Lucia Carvalho. Disfunções sexuais em pacientes com transtorno de pânico com e sem agorafobia. 1996. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

VASCONCELOS, Arilane da Silva; COSTA, Cristina; BARBOSA, Leopoldo Nelson Fernandes. Do transtorno de ansiedade ao câncer. Revista da SBPH, v. 11, n. 2, p. 51-71, 2008.

VIANNA, Renata Ribeiro Alves Brarboza. Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC-VB). Psicologia Clínica, v. 21, n. 2, p. 500-500, 2009.

ZIGMOND, Anthony S.; SNAITH, R. Philip. The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

^[1] Doutora em Patologia experimental e comparada – USP-SP.

Enviado: Julho, 2020.

Aprovado: Outubro, 2020.