



Estudos de Psicologia

ISSN: 0103-166X

estudosdepsicologia@puc-
campinas.edu.br

Pontifícia Universidade Católica de
Campinas
Brasil

Batista, Marcos Antonio; Fernandes Sisto, Fermio
Estudo para a construção de uma escala de ansiedade para adolescentes
Estudos de Psicologia, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2005, pp. 347-354
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=395336344002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estudo para a construção de uma escala de ansiedade para adolescentes

A study of an anxiety scale for adolescents

Marcos Antonio **BATISTA**¹

Fermino Fernandes **SISTO**²

Resumo

Este trabalho teve como objetivo o desenvolvimento de uma escala para avaliar o nível de ansiedade do adolescente. A amostra foi composta por 249 alunos secundaristas de uma escola estadual. O instrumento-piloto foi composto por 75 frases que, após análise de componentes principais, deram origem a uma escala com 26 itens, agrupados em quatro subescalas. O coeficiente de fidedignidade da escala geral foi igual a 0,86, indicando coerência dos itens avaliados para o construto ansiedade. Dos quatro fatores, três foram interpretados como geradores de ansiedade: um fator referente ao futuro, ao desconhecido; outro referente ao relacionamento interpessoal, sentimentos de menos valia, irritação, nervosismo, baixa resistência a cobranças; e outro fator referente à sexualidade, ao medo de sair à noite, de se envolver com drogas e do relacionamento sexual. Finalmente um fator referente a sentimentos de proteção, felicidade, dinamismo e segurança caracterizou-se como sendo compensador da ansiedade.

Palavras-chave: escala de ansiedade; adolescentes; análise fatorial; precisão do teste.

Abstract

This study proposal was the development of a scale for the adolescents' anxiety assessment. Two hundred and forty nine public high school students were investigated. A set of seventy five statements was used as instrument. The analysis of the principal component had produced a scale composed by twenty six items joint in four subclasses. The general scale coefficient of reliability was 0.86, which demonstrates the items consistency. Three out of four factors had been interpreted as anxiety generators. The first one was referred to the future and the unknown situations. The second was referred to an interpersonal relationship, worthiness feelings, angry, nervousness and low pressure endurance. The third one was referred to sexuality, as well as fear of going out tonight, getting involved with drugs and sexual relationship. Finally, the last factor is characterized as an anxiety compensating factor, referring to protective feelings, happiness, dynamism and safety.

Key words: anxiety scale; adolescents; factor analysis; test reliability.

Os transtornos de ansiedade equivalem a 12,5% dos transtornos psiquiátricos mais comuns na população (Andrade & Gorenstein, 1998), sugerindo que o psicólogo sistematize sua coleta e seus dados de forma objetiva e direta. Lewis

(1979) relatou que o tema ansiedade já era uma preocupação dos teóricos no ano de 1927, tendo encontrado três registros em *abstracts*; em 1931 eram 14, em 1950 eram 37, em 1966 o número passava de 200.

▼▼▼▼▼

¹ Curso de Psicologia, Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Francisco. Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, 13251-900, Itatiba, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: F.F. SISTO. E-mail: <fsisto@nipnet.com.br>.

Na base de dados do PsycINFO constatou-se o registro de 3 841 *abstracts* no período de 1887 a 1976. Na década de 1977 a 1987 foram encontrados 6 712 registros, na década de 1988 a 1998, 7 760 e no período de 1999 a 2000 foram registrados 1 254 estudos sobre o tema. Esses dados demonstram o quanto o tema mobiliza os pesquisadores. No entanto, os estudos apontam para a necessidade de estudos na área, pois há poucos instrumentos no mercado, e quando a população-alvo é o adolescente, a escassez é notória.

O próprio conceito de ansiedade traz em si muitas dúvidas ao profissional, acarretando dificuldade na hora de diagnosticar, de classificar sua intensidade e prescrever o tratamento. Revisando a literatura têm-se, também, fortes marcas da ambigüidade do termo.

De acordo com Lewis (1979), Cícero, da escola estoica (300 a.C.), teria enfatizado uma distinção entre *angore* e *anxietas*, palavras latinas derivadas da raiz *angh*, na qual *angor* seria transitório e *anxietas* seria uma predisposição permanente. Essas palavras já trariam consigo uma noção de estreitamento e constrição, desconforto ou deficiência e um sentido figurativo de humilhação e incitação de dor. Cícero teria dito que em *angor* está a idéia de pressão. Em grego *angore* e *anxietas* denotavam aflição, acentuando a tristeza e a inquietação e quase nunca incluíam a idéia de incerteza e medo, o que mais tarde seria uma característica importante na classificação da ansiedade.

Em razão da grande influência dos estudos de Freud na psicopatologia, o termo *Angst* adquiriu novos valores; sua tradução para o inglês recebeu vários sinônimos, como, por exemplo, angústia, medo, pavor, apreensão, terror, agonia, alarme, sem, contudo, trazer o sentido de antecipação do futuro, tal como Kierkegaard o empregou em sua obra. No final do século XIX, o uso psicoanalítico de *Angst* estava totalmente associado ao uso psiquiátrico e mais propenso à melancolia do que neurose de ansiedade, como anteriormente.

Muitos psicólogos tentaram definir a ansiedade com base nos resultados da aplicação de certas escalas, como a Escala Manifesta de Taylor (Taylor, 1953), pontuando como uma definição operacional. Também houve críticos que alegaram ser essa definição parcial, pois as escalas detectariam somente a ansiedade manifesta, e isso não seria suficiente para uma definição (Lewis, 1979).

Hall e Lindzey (1984) trazem a contribuição de alguns pensadores, dentre eles Kierkegaard, para quem a ansiedade estaria potencialmente presente no ser humano quando frente à possibilidade de realização. Além de ver a ansiedade como uma característica normal, ele também foi precursor em dizer que haveria outra forma de ansiedade, e a classificou como ansiedade neurótica, a qual teria sua existência com base em uma experiência não criadora ou frustrante. As pessoas realizam trocas com seu entorno, que possui zonas de perigo e insegurança. Assim, essa troca pode ser fonte de ameaça ou de satisfação, gerando sofrimento e aumento da tensão, ou produzindo bem-estar e reduzindo a tensão.

Em suas considerações gerais sobre a angústia real ou a realidade da angústia, Kusnetzoff (1982) salienta, acompanhando Laplanche, que a angústia real pode ter um desenvolvimento patológico, concreto e exterior, sendo incontrolado, irracional, e podendo culminar num ataque ou numa reação de pânico. Barlow (2000) concebe emoção como uma habilidade dirigida para a evolução e para a sobrevivência das espécies e, por esse prisma, pode-se estudar a ansiedade e suas expressões patológicas; descreve a ansiedade como uma única e coerente estrutura cognitivo-afetiva dentro do sistema motivacional, sendo o centro dessa estrutura um sentido de incontrolabilidade, focada na possibilidade de futuras ameaças, perigos ou outros eventos negativos potencialmente vindouros. Vigilância ou hipervigilância é outra característica da ansiedade que sugere prontidão e preparação para lidar com eventos potencialmente negativos; nesse sentido, a ansiedade é antecipatória.

Após um século de sua formulação, a desordem neurótica deixou de ser assim conhecida e abriu caminho para outras desordens que, por sua vez, têm sua própria lista de distúrbios, como a ansiedade e o humor. Barlow (2000) cita quatro teóricos que têm trabalhado o mesmo construto com nomes diferentes, incluindo neuroticismo (Eysenck, 1967), ansiedade-traço (Gray, 1982), inibição comportamental (Kagan, 1994) e afetividade negativa (Tellegen, 1985).

A ansiedade pode ocorrer em maior ou menor intensidade: pode ser uma leve tensão antes do encontro com alguém importante, ou a apreensão antes de um exame em que o futuro da pessoa está em jogo. Ou pode ainda ser um profundo terror que cobre a testa de

suor enquanto se espera para saber se um ente amado sofreu ou não um desastre de avião, se um filho afogou-se ou se voltou em segurança de uma tempestade. A ansiedade pode assumir formas e intensidades variadas, pois é a reação básica do ser humano frente a um perigo, a uma ameaça, ou a um valor que ele identifica com sua existência.

A partir da segunda metade do século XX, foram construídos instrumentos para avaliar a ansiedade. Alguns foram utilizados em muitos trabalhos científicos, a saber, *Taylor Manifest Anxiety* (Taylor, 1953), *Taylor Manifest Anxiety for Children* (Castañeda, McCandless & Palermo, 1956), *Hamilton Anxiety Scale* (Hamilton, 1959), *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall & Gorham, 1962), *Inventory Anxiety Trait-State* (Spielberger, Gorusch & Lushene, 1970), *Anxiety Status Inventory* (Zung, 1971), *The Self-rating Anxiety Scale* (Zung, 1971), *Scale Preliminary Report Symptom Checklist* (Derogatis, Lipman & Covi, 1973), *Test Anxiety inventory* (Spielberger, Gorusch & Lushene, 1970), *Clinical Anxiety Scale* (Snaith, Clayden, Husain & Sipple, 1982), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond & Snaith, 1983), *Brief Scale for Anxiety* (Tyrer, Owen & Cicchetti, 1984), *Profile of Mood States* (Lorr & McNair, 1984), *Beck Anxiety Inventory* (Beck, Brown, Epstein & Steer 1988).

Dos modelos de instrumentos citados acima, dois devem ser destacados. Um dos modelos compreende os instrumentos de auto-relato, construídos com base no traço ou nas situações para avaliar a ansiedade para testes, como por exemplo o *Test Anxiety Inventory*, desenvolvido por Spielberger, Gorusch e Lushene (1970). Nesse caso, a essência da medida é focada no traço, definido em termos de uma classe especificada de situações centradas em testes e exames. Em suas 20 questões é solicitado aos sujeitos que descrevam como se sentem e como reagem antes, durante e após um teste, apontando em que frequência experimentam cada situação.

O outro modelo compreende aqueles instrumentos que envolvem uma diferenciação entre traços e estados, como, por exemplo, o *State-Trait Anxiety Inventory* e o *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. A ansiedade-estado é definida como uma condição emocional transitória caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão e apreensão, variando em intensidade e fluindo no tempo, cabendo ao sujeito

indicar a intensidade do sentimento. A ansiedade-traço é definida como uma propensão à ansiedade relativamente estável, ou seja, a tendência do indivíduo responder a situações percebidas como ameaçadoras com elevada ansiedade, cabendo aos respondentes indicarem como eles geralmente se sentem, assinalando a frequência com que cada situação se aplica a eles.

No Brasil, foram encontrados poucos instrumentos para medir a ansiedade. Destacam-se o *State-Trait Anxiety Inventory* e *State-Trait Anxiety Inventory for Children*, traduzidos e adaptados no Brasil por Biaggio (Spielberger, 1980) como *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE) e o *Inventário de Ansiedade Traço-Estado para Crianças* (IDATE-C), além do *Taylor Manifest Anxiety for Children* (Castañeda, McCandless & Palermo, 1956), derivada da *Manifest Anxiety Scale*, traduzida e adaptada no Brasil por Almeida, Pfromm Netto e Rosamilha (1971). Essa última teve reduzido seu número de itens e passou a se chamar *Escala de Ansiedade Manifesta - forma Infantil*, e seu objetivo principal é verificar se crianças classificadas como alto-ansiosas têm mais dificuldade para aprender tarefas seriais relativamente complexas do que crianças classificadas como baixo-ansiosas.

Dentre os instrumentos estrangeiros e nacionais mais comuns, embora alguns se refiram a contextos mais específicos e não apenas à ansiedade de uma maneira geral, não se encontrou um que contemplasse características ou situações peculiares à adolescência. É nas particularidades dessa fase da vida que se propôs estudar a possibilidade de avaliação da ansiedade.

A adolescência é uma etapa da vida marcada por transformações, o que facilita o surgimento dos estados de apreensão, podendo provocar ansiedade, que é muitas vezes vista como rebeldia pelos pais ou professores ou como obstáculo na realização de pesquisas científicas por dificultar um trabalho sistemático, dada a natureza transitória dessa fase. Günther (1996) em sua pesquisa com adolescentes aponta a necessidade de compreender melhor suas preocupações para que a atuação do adulto, com relação a eles, passe a ser mais eficaz. Revela ainda a existência de poucos trabalhos sobre as preocupações do adolescente, o que prejudica a compreensão e a comunicação da comunidade, e dos pais mais especificamente, na promoção do bem-estar desses jovens.

Sabe-se que as pessoas passam por mudanças profundas na fase da adolescência, quando acontecem significativas transformações biológicas, comportamentais e sociais que as diferenciam das crianças, mas não as tornam adultos. Ao lado disso, essas intensas transformações, tanto físicas como psicológicas, colocam o jovem sob constante estado de alerta (Ferrari, 1996).

Essas transformações implicam a necessidade do adolescente tomar certas decisões: escolher uma profissão, definir-se sexualmente, buscar companhias e participar da vida noturna. Há, ainda, questões como a das drogas, das gangues, a maior consciência da violência, a vontade de fazer coisas diferentes e conquistar uma posição de destaque na sociedade. Não se pode esquecer, também, a vontade de conquistar a independência e de não ter que seguir determinadas regras sociais.

Isso se dá de maneira comum em lares às vezes mais liberais, às vezes mais democráticos, mas, no entanto, com regras definidas de convivência e valores. A família tem expectativas em relação ao adolescente, que, por sua vez, tem vontade de viver não se sabe exatamente o quê, mas uma vida diferente da que tem vivido em sua casa.

Nesse contexto, o adolescente vive sob constantes desafios com relação a problemas reais ou a situações imaginárias e esperam-se dele respostas adequadas. Dessa forma, pode-se visualizar a situação anxiógena a que o adolescente fica exposto.

É bastante divulgada a informação de que a ansiedade, por conter aspectos psicológicos e físicos, pode tanto auxiliar os seres humanos em seu desenvolvimento como também pode levar a um quadro patológico. Em situações como essas, são necessários instrumentos de avaliação para a observação da manifestação da ansiedade, assim como que apontem em quais situações essa característica tende a ocorrer com maior frequência. Isso favorecerá o conhecimento de alguns traços do jovem, a fim de embasar uma possível orientação e minimização dos problemas trazidos pela ansiedade. Por esses motivos, propôs-se estudar a possibilidade de construção de uma escala para avaliar a manifestação anxiógena de pessoas que se encontram na adolescência, com validade de constructo e fidedignidade.

A escala de ansiedade para adolescente proposta neste trabalho se diferencia das demais disponíveis no Brasil, principalmente, pela especificidade. Em primeiro lugar, porque foram estudados jovens com idades entre catorze e dezoito anos, inseridos no atual contexto do ensino médio e ensino técnico, freqüentando escola pública, e sem histórico de qualquer episódio relacionado à saúde mental. Em segundo lugar, porque se trata de uma escala construída com base em situações indicadas por adolescentes brasileiros. Entretanto, encontra-se em conformidade com as definições aceitas pela comunidade científica internacional, ou seja, as da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e as do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV).

Método

Foram sujeitos desta pesquisa 249 estudantes, com idade entre 14 e 18 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas estaduais. Todos freqüentavam o ensino médio em escolas na cidade de São José dos Campos, e não tinham histórico de problemas de natureza psicológica.

Procedimentos para construção da escala

Para a primeira etapa da construção do Inventário de Ansiedade do Adolescente foi realizada uma pesquisa na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do CID-10, Coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS), e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-IV). Para o diagnóstico de transtorno de ansiedade são definidos dezoito sintomas físicos e emocionais, a saber: tremores ou sensação de fraqueza; tensão ou dor muscular; inquietação; fadiga fácil; falta de ar ou sensação de fôlego curto; palpitações; sudorese, mãos frias e úmidas; boca seca; vertigens e tonturas; náuseas e diarreia; rubor ou calafrios; polaciúria (aumento de números de urinadas); "bolo na garganta"; impaciência; resposta exagerada à surpresa; dificuldade de concentração ou memória prejudicada; dificuldade em conciliar e manter o sono; e irritabilidade. É recomen-

dada a observação de pelo menos 6 dos 18 sintomas freqüentemente presentes para diagnosticar o transtorno de ansiedade.

O DSM-IV salienta ainda que na ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. O CID-10 ressalta que a personalidade ansiosa caracteriza-se por sentimentos de tensão, apreensão, insegurança e inferioridade, além de uma série de queixas relacionadas ao medo.

Foram realizadas reuniões em grupo com os dez adolescentes para levantar comportamentos e situações nos quais o construto ansiedade poderia se manifestar. Abordou-se o tema ansiedade e pediu-se para que cada um se manifestasse em relação ao que significava esse termo. Foi estabelecida uma dinâmica entre eles sem, entretanto, buscar um acordo sobre o significado do termo. Quando todos se manifestaram, foi solicitado que, com base em suas experiências de vida, verbalizassem um mínimo de três frases em que pudessem experimentar algum nível de ansiedade.

Com esses dados, foram elaboradas 75 frases expressando sintomas e situações hipotéticas que, a princípio, retratariam o traço de ansiedade. Em virtude de a natureza do traço ser densa, algumas frases ficaram com sentido positivo e outras tiveram seu sentido invertido. Foram oferecidas três opções de resposta relativas à freqüência de sua ocorrência, e atribuiu-se dois pontos à resposta *sempre*, um ponto à resposta *às vezes* e zero ponto à resposta *nunca*.

As frases construídas foram agrupadas em duas categorias. Quando a situação e ou o sintoma se relacionava ao corpo físico, foram denominadas de físicas (F) e atingiram um total de 22 frases. Quando a situação dizia respeito a aspectos psicológicos, foram denominadas de emocionais (E) e totalizaram 53 frases. Todas as frases passaram por uma minuciosa revisão semântica realizada por dois psicólogos, a fim de verificar se elas representavam adequadamente o domínio de comportamentos. E, por fim, os itens foram analisados por um professor de língua portuguesa.

Obtida a autorização da direção das escolas, o instrumento foi aplicado coletivamente em sala de aula. Após breve explicação - que deixou claro que se tratava de uma pesquisa para o desenvolvimento de um instrumento para medir a intensidade da ansiedade em

adolescentes e que a participação deveria ser livre e espontânea -, o instrumento-piloto foi distribuído aos alunos. Em seguida, o aplicador leu cada frase do instrumento-piloto em voz alta enquanto o aluno, já instruído, assinalava apenas uma freqüência (*sempre, às vezes, ou nunca*) para cada frase.

Resultados e Discussão

A análise preliminar dos dados considerou todos os itens e foi usada uma análise por componentes principais, rotação varimax, restando os fatores com eigenvalor igual ou superior a 1. Foram identificados 27 fatores, com grande dispersão dos itens. Essa dispersão e a quantidade de fatores dificultaram grandemente as interpretações.

Esses 27 fatores explicaram 66,04% da variância. A fidedignidade do instrumento foi analisada para 249 casos, com 75 itens, resultando em um coeficiente alfa de Cronbach de 0,8617; pela técnica de Spearman-Brown de metades iguais, obteve-se um coeficiente de 0,8335. Apesar de a fidedignidade encontrada ser considerada alta, os resultados sugeriram mais análises para efeitos de validade.

Procedeu-se a uma eliminação de itens, retirando as frases com freqüência acima de 85%, em uma das alternativas, entendendo que essas frases não distinguiriam as diferenças individuais entre os respondentes do instrumento-piloto. Em outros termos, foram conservadas as frases cujas freqüências possuíam variância suficiente para uma análise do tipo fatorial. Foram então realizadas análises por componentes principais, rotação varimax, impondo-se a extração de dois, três, quatro e cinco fatores. Considerando as características do construto em questão, usou-se a saturação 0,30 como critério para excluir os itens que não atingissem esse nível de saturação.

A configuração que mostrou melhores condições de interpretabilidade ficou composta de quatro fatores com 26 itens. A Tabela 1 informa os fatores, seus itens e respectivas saturações, excluídas as inferiores a 0,30.

Os estudos realizados permitiram isolar aparentemente quatro fatores, que explicaram 34,46% da variância. Esses fatores foram interpretados como núcleos geradores ou compensadores da ansiedade em relação aos adolescentes, e foram definidos com base

Tabela 1. Saturação dos 26 itens para quatro fatores, com matriz rotada.

Itens	Fatores			
	1	2	3	4
Fico tenso só de pensar no futuro.	0,634			
Eu me preocupo quando penso que estou prestes a me tornar adulto.	0,629			
Fico triste por não saber o que fazer daqui para frente.	0,604			
Preocupo-me se vou saber resolver meus problemas sozinho.	0,540			
Os problemas de adulto me assustam.	0,516			
Quando vou ter um encontro com alguém penso sempre na mesma coisa.	0,487			
Sinto-me abandonado quando penso em sair desta instituição.	0,415			
Só de pensar que alguém poderá me oferecer drogas, fico doente.	0,375			
Se acontece alguma coisa errada, logo penso que as pessoas irão me culpar.		0,653		
Sempre sou deixado de lado pelas pessoas.		0,611		
Tenho a sensação de que tudo de ruim sobra para mim.		0,568		
Irrito-me facilmente com meus colegas.		0,517		
Não consigo resolver minhas tarefas diante das cobranças.		0,474		
Quando me cobram muito, fico irritado.		0,463		
Não tenho paciência para estudar.		0,453		
Fico nervoso nos primeiros dias de aula.		0,422		
Sinto-me mais seguro à medida que aprendo mais.			0,691	
Sinto-me cada vez melhor quando supero as dificuldades.			0,655	
Busco a todo o momento saídas para superar meus medos.			0,648	
Fico feliz quando penso que vou ter uma casa.			0,456	
Preocupo-me com a segurança da minha família.			0,431	
Tenho medo de sair à noite para ir à escola.				0,494
Fico sem saber onde colocar minhas mãos quando encontro a pessoa de que gosto.				0,449
Tenho medo de que meus familiares se envolvam com drogas.				0,451
Fico preocupado se vou saber transar pela primeira vez.				0,606
Tenho medo de sofrer abuso sexual.				0,630
Eigenvalores	2,579	2,422	2,071	1,887
Porcentual da Variância explicada	9,920	9,317	7,965	7,257

nos itens de cada núcleo. Assim sendo, interpretou-se que o primeiro núcleo *refere-se ao futuro, ao desconhecido e ao novo*, incluindo as apreensões dos adolescentes concernentes ao relacionamento interpessoal, pensamentos e problemas do cotidiano dos adultos. Interpretou-se que o segundo núcleo *refere-se ao relacionamento com os outros*, indicando sentimentos de menos valia, irritação, impaciência, nervosismo e baixa resistência a cobranças. O terceiro núcleo foi interpretado como se referindo a elementos compensadores da ansiedade e forneceu informação sobre sentimentos de proteção, felicidade, dinamismo e segurança. Interpretou-se que o quarto núcleo se refere à sexualidade, facilitando informações sobre os medos em relação ao sair à noite, envolver-se com drogas e relacionar-se sexualmente.

Após a definição dos fatores, foram calculados os coeficientes alfa e das duas metades pela técnica de Spearman-Brown (Tabela 2).

Tabela 2. Valores de alfa e Spearman-Brown (partes iguais) para os fatores e a escala geral (n = 249).

Fatores	Itens (n)	alfa	Spearman-Brown
Fator 1	8	0,6637	0,6388
Fator 2	8	0,6394	0,6095
Fator 3	5	0,5595	0,5595
Fator 4	5	0,5116	0,5116
Escala geral	21	0,7366	0,7723

Analisando-se os coeficientes de fidedignidade encontrados para cada subescala e para a escala como um todo, pôde-se confirmar uma fidedignidade bastante razoável para o instrumento como um todo, mas não para as subescalas. O fator que apresentou maior índice de fidedignidade foi o de número 1, *referente à preocupação com o futuro, o novo e o desconhecido*, e o menor índice foi o do fator 4, *referente à sexualidade*, ainda que em níveis aceitáveis, dado o número de itens (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas para os quatro fatores e escala de ansiedade do adolescente (n = 249).

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Ansiedade
Média	5,59	7,13	8,58	3,94	16,66
Mediana	5,51	7,01	9,01	3,97	17,00
Moda	6,00	8,00	10,00	5,00	21,00
Desvio-padrão	3,02	2,81	1,66	2,26	5,89
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Máximo	16,00	16,00	10,00	10,00	42,00

Um último dado a ser comentado refere-se à composição final da escala. O instrumento-piloto foi composto de 75 frases, sendo 36 frases com sintomas comuns a CID-10/ DSM-IV, 26 frases com sintomas do CID-10, cinco frases com sintomas do DSM-IV e oito frases com sintomas classificados como *outros*. Após os estudos realizados com os dados coletados pelo instrumento-piloto, chegou-se a um instrumento possível, contendo 26 itens distribuídos em quatro fatores. Esses itens englobam seis sintomas dos CID-10 e DSM-IV: *tensão, impaciência, inquietação, irritabilidade, resposta exagerada à surpresa e dificuldade de concentração*; três sintomas do CID-10: *inferioridade, insegurança e medo*; um sintoma do DSM-IV: *preocupação*; e um sintoma "outros": *tristeza*.

Em termos proporcionais o sintoma *medo* é o que apresenta maior concentração, constando em seis frases, seguido dos sintomas *inferioridade e preocupação*, com quatro frases cada um; os sintomas *impaciência, inquietação, irritabilidade e resposta exagerada à surpresa* ficaram com duas frases cada um, e com uma frase ficaram os sintomas *insegurança, tensão, dificuldade de concentração e tristeza*. Isso equivale a dizer que 95,15% da escala são compostos de sintomas apontados pela CID-10 e pelo DSM-IV; mais especificamente 42,31% dos sintomas são apontados pela CID-10, 38,46% são sintomas constantes na CID-10 / DSM-IV, 15,38% dos sintomas constam do DSM-IV, restando 3,85% de sintoma que não se enquadram em nenhuma das categorias citadas acima.

Considerações Finais

Este estudo tratou da construção de uma escala de ansiedade para avaliar adolescentes com base nos sintomas de ansiedade do CID-10 e do DSM-IV. Pretendeu-se com tal ferramenta viabilizar a identificação dos sintomas da ansiedade tanto para fins de

pesquisa como para utilização por profissionais que atuam na orientação de jovens.

A escala composta de 26 itens é de fácil aplicação e não apresenta dificuldade de compreensão, podendo ser aplicada coletivamente em um tempo aproximado de 15 minutos. De maneira geral, as características psicométricas neste estudo mostraram-se dentro de um nível aceitável, ficando a fidedignidade da escala com um índice 0,73 pelo coeficiente alfa de Cronbach e 0,77 pela técnica das duas metades de Spearman-Brown, indicando coerência dos itens.

O estudo da escala de ansiedade para adolescentes revelou três núcleos geradores de ansiedade, um deles com referência ao futuro, ao novo, ao desconhecido; outro com referência ao relacionamento interpessoal, sentimentos de menos valia, irritação, nervosismo, baixa resistência a cobranças; e o último com referência à sexualidade, bem como medo de sair à noite, medo de envolver-se com drogas e medo do relacionamento sexual. Contrapondo os três núcleos anteriores, um outro se referiu à compensação da ansiedade e indicou elementos ou capacidade para resistir à situação de ansiedade, revelando sentimentos de proteção, felicidade, dinamismo e segurança.

A escala foi testada em uma amostra de jovens aparentemente sadios, ou seja, sem registro conhecido de tratamento psicológico ou psiquiátrico. No entanto, a estrutura da escala consistia numa sintomatologia patológica indicada pelo DSM-IV e pelo CID-10. Assim sendo, levantou-se o questionamento da existência de um quadro de ansiedade patológica ou não, mesmo quando encontrado um nível rebaixado de ansiedade.

Pelos CID-10 e DSM-IV, o profissional que avalia um indivíduo poderá enquadrá-lo como portador de transtorno ansioso se ele apresentar seis sintomas físicos ou psicológicos dos dezoito citados a seguir: tremores ou sensação de fraqueza; tensão ou dor muscular; inquietação; fadiga fácil; falta de ar ou sensação de fôlego curto; palpitações; sudorese, mãos frias e úmidas; boca seca; vertigens e tonturas; náuseas e diarreia; rubor ou calafrios; polaciúria (aumento de números de urinadas); "bolo na garganta"; impaciência; resposta exagerada à surpresa; dificuldade de concentração ou memória prejudicada; dificuldade em conciliar e manter o sono; irritabilidade. O DSM-IV ainda enfatiza que o enfoque da ansiedade consiste na *preocupação* e o CID-10 salienta

que uma personalidade ansiosa caracteriza-se pela apreensão, pelo medo, pela inferioridade e pela insegurança.

Uma vez que as frases foram pontuadas atribuindo-se dois pontos às respostas sempre, havendo seis respostas sempre nas frases com sintomas de inferioridade, insegurança, medo, tensão, impaciência, inquietação, irritabilidade, resposta exagerada à surpresa, dificuldade de concentração e preocupação, pode-se ter indícios de um quadro patológico de acordo com o CID-10 e o DSM-IV. Além disso, se houver resposta nunca para os sintomas do fator compensador da ansiedade, ela deverá ser interpretada como sendo geradora de ansiedade, uma vez que estará medindo seu valor inverso.

Diante de tais considerações, para realização de novas pesquisas a escala revela condições satisfatórias, mas para a utilização por educadores e psicólogos, orienta-se cautela. Mesmo assim, sugere-se encaminhar o adolescente para um especialista quando ele atingir um escore acima de 12 pontos, a fim de que possa receber uma análise e acompanhamento mais detalhado.

Dada a inexistência de escala para avaliar o adolescente especificamente, há falta de dados para comparar seus resultados. Entretanto, apesar de a escala ter apresentado razoável qualidade psicométrica quanto à validade, aponta-se para a necessidade da realização de mais estudos, tanto para averiguar a estabilidade da estrutura encontrada, como para verificar outras evidências de validação e precisão.

Referências

- Andrade, L.H.S.G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (6), Edição especial, 285-290.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55 (11), 1247-1263.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R.A. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893-897.
- Biaggio, A.M.B. (1983). *Pesquisa em psicologia do desenvolvimento e da personalidade*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Castañeda, A.T., McCandless, B., & Palermo, D. (1956). The children's form of the manifest anxiety scale. *Child Development*, 27 (3), 317-326.
- Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. (1993). *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90. an outpatient Psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9 (1), 13-27.
- Ferrari, A.B. (1996). *Adolescência: o segundo desafio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Günther, I.A. (1996). Preocupações de adolescentes ou os jovens têm na cabeça mais do que bonés. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 12 (1), 61-69.
- Hall, C.S., & Lindzey, G. (1984). *Teorias da personalidade* (18 ed., rev). São Paulo: E.P.U.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety state by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32 (1), 50-55.
- Kusnetzoff, J.C. (1982). *Introdução à psicopatologia psicanalítica* (5 ed.) Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Lewis, A. (1979). *Problems presented by ambiguous word "anxiety" as used in psychopathology. The Later Papers of Sir Aubrey Lewis*. Oxford: University Press.
- Lorr, M., & McNair, D.M. (1984). *The manual of the profile of mood states – POMS*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. DSM-IV (1995). 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10 (4), 799-812.
- Rosamilha, N. (1971). *Psicologia da ansiedade infantil*. São Paulo: Edusp.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D. (1980). *Inventário de ansiedade traço-estado: IDATE-C*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Snaith, R.P., Clayden, A.D., Husain, A., & Sipple, M. (1982). The Clinical Anxiety Scale. An instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale. *British Journal of Psychiatry*, 141 (4), 518-523.
- Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 48 (2), 285-290.
- Tyrer, P., Owen, R.T., & Cicchetti, D. (1984). The brief scale for anxiety: a subdivision of the comprehensive psychopathological rating scale. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 47 (9), 970-5.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Official Journal of the Academy of Psychosomatic Medicine*, 12 (6), 371-379.

Recebido para publicação em 26 de setembro de 2003 e aceito em 29 de junho de 2005.