



Eugénia dos
Santos

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON NUMA
AMOSTRA DE PESSOAS ADULTAS COM DOENÇA MENTAL DA POPULAÇÃO PORTUGUESA



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS
PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ANSIEDADE DE
HAMILTON NUMA AMOSTRA DE PESSOAS ADULTAS COM DOENÇA
MENTAL DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Eugénia Raquel Pinheiro dos Santos

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON NUMA AMOSTRA DE
PESSOAS ADULTAS COM DOENÇA MENTAL DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

TRANSLATION, CULTURAL ADAPTATION AND EVALUATION OF THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES
OF THE HAMILTON ANXIETY SCALE AMONG A SAMPLE OF PORTUGUESE ADULT PATIENTS WITH
MENTAL DISORDERS

Dissertação de Mestrado orientada: Professora Doutora Isilda Ribeiro

Coorientada: Professor Doutor Francisco Sampaio

Eugénia Raquel Pinheiro dos Santos

Porto, 2021

“Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes.”

Odes de Ricardo Reis, Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Professora Doutora Isilda Ribeiro e Professor Doutor Francisco Sampaio, pelo tempo que me dispensaram, ao longo deste ano interminável, e pelo processo formativo que me proporcionaram, pela sua disponibilidade, dedicação e paciência.

À professora Teresa Martins, pelo auxílio imprescindível na realização da análise de dados, com recurso ao software de análise de dados AMOS, e ao professor Francisco Sampaio que colaborou, muito mais do que lhe seria exigido na análise de dados, com recurso ao programa de análise estatística IBM SPSS.

À Comissão de Ética e ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho, pela autorização para a realização da colheita de dados no serviço de Psiquiatria.

Ao Serviço de Psiquiatria onde decorreu a colheita de dados, pela autorização para a realização da mesma e, em especial, à equipa de Enfermagem, pelo acolhimento positivo.

Aos meus colegas, pelo apoio e afeto com que me envolveram nos períodos de intenso trabalho; e a alguns em particular, como as Enfermeiras Joana Coelho, Ana Rita Martins, Ana Carolina Trindade e Andreia Cruz, pela ajuda imprescindível na realização de entrevistas para a aferição da concordância entre observadores.

A todos os participantes do estudo, por tornarem possível a sua realização.

Às minhas amigas, sem elas teria sido muito mais difícil.

À minha família, em especial aos meus pais, por me fazerem acreditar que todo o esforço vale sempre a pena.

Ao Luís, pelo seu amor e paciência, por estar sempre ao meu lado e não me deixar desistir e, como Enfermeiro, ser também uma peça fundamental na colheita de dados para a aferição da concordância entre observadores.

A TODOS UM AGRADECIMENTO SINCERO: MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS

CHVNGE - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

CID-10 - Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

DGS - Direção Geral da Saúde

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

AFE - Análise Fatorial Exploratória

AFC - Análise Fatorial Confirmatória

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HAM-A - Escala de Ansiedade de Hamilton

ICC - Coeficiente de Correlação Intraclasse

ICN - International Council of Nurses

ITC - International Test Commission

KMO - Teste Kaiser Mayer Olkin

NANDA-I - Nanda Internacional, Inc.

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

STAI - Inventário Estado-Traço de Ansiedade

RESUMO

Enquadramento: A temática da ansiedade está cada vez mais presente na sociedade atual, em consequência do ritmo de vida mais stressante e face às expectativas elevadas de cada um. Apesar de a ansiedade ser uma emoção que estimula a reação e funciona como alerta para que a pessoa possa lidar com a ameaça e estimule a capacidade de realizar as atividades exigidas no quotidiano, quando esta se torna excessiva pode manifestar-se de forma negativa e tornar-se patológica, por isso, é um problema muito relevante a nível mundial e nacional. Existem várias escalas de avaliação de ansiedade validadas para Portugal, no entanto a Escala de Ansiedade de Hamilton, instrumento muito usado a nível internacional, não está validada, motivo pelo qual parece pertinente a realização deste estudo.

Objetivos: Traduzir e adaptar culturalmente a Escala de Ansiedade de Hamilton para a população portuguesa e avaliar as suas propriedades psicométricas.

Métodos: Estudo psicométrico, com amostragem não probabilística por conveniência. Numa primeira fase foi realizado o processo de tradução e adaptação cultural do instrumento para a população portuguesa e numa segunda fase a avaliação das propriedades psicométricas do mesmo.

Resultados: Foi realizada a tradução e adaptação cultural do instrumento e avaliadas as propriedades psicométricas. Foi avaliada a validade de construto, por via da análise fatorial confirmatória que confirmou a existência de duas dimensões, assim como na versão original. A análise da validade convergente, com recurso à correlação de Pearson, revelou validade convergente com o STAI Ansiedade Traço e ausência de validade convergente com o STAI Estado. No que concerne à fiabilidade, foi avaliada a consistência interna da escala global, por via do alfa de Cronbach ($\alpha=0,92$), e a concordância entre observadores, por via do coeficiente de correlação intraclassa ($ICC=0,91$).

Conclusões: O estudo permitiu a tradução e adaptação cultural do instrumento e revelou que este apresenta boas propriedades psicométricas. Contudo, não havendo validade convergente com um instrumento que, em teoria, avalia o mesmo constructo e se encontra já validado para a população portuguesa (STAI Estado), deve usar-se a Hamilton com alguma prudência, até que novos estudos que permitam esta comparação venham a ser realizados.

Palavras-Chave: Ansiedade, Escala de ansiedade de Hamilton, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Psicomетria

ABSTRACT

Background: The theme of anxiety is increasingly present in today's society, as a result of the more stressful pace of life and given the high expectations of each person. Although anxiety is an emotion that stimulates the reaction and works as an alert so that a person can deal with the threat and stimulate the ability to perform the activities required in daily life, when it becomes excessive it can manifest itself in a negative way and become pathological. Therefore, it is a very relevant problem at a global and national level. There are several anxiety assessment scales validated for Portugal, however the Hamilton Anxiety Scale, an instrument widely used internationally, is not validated, which is why it seems important to carry out this study.

Objectives: To translate and culturally adapt the Hamilton Anxiety Scale for the Portuguese population and to assess its psychometric properties.

Methods: Psychometric study, with non-probabilistic convenience sample. In a first phase, the process of translation and cultural adaptation of the instrument for the Portuguese population was carried out, and in a second phase, the evaluation of its psychometric properties.

Results: The translation and cultural adaptation of the instrument was carried out and its psychometric properties were evaluated. Construct validity was assessed through confirmatory factor analysis, which confirmed the existence of two dimensions, as in the original version. The analysis of the convergent validity, using Pearson's correlation, revealed a convergent validity with the STAI Trait Anxiety and an absence of convergent validity with the STAI State Anxiety. Regarding reliability, the internal consistency of the global scale was evaluated, via Cronbach's alpha ($\alpha=0,92$), and interobserver agreement, via the intraclass correlation coefficient ($ICC=0,91$).

Conclusions: The study allowed the translation and cultural adaptation of the instrument and revealed that it has good psychometric properties. However, since there is no convergent validity with an instrument that, in theory, evaluates the same construct and is already validated for the Portuguese population (STAI State), Hamilton should be used with some caution, until further studies allow this comparison are to be carried out.

Keywords: Anxiety, Hamilton Anxiety Scale, Psychiatric Nursing, Psychometrics

INDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1. Ansiedade	21
1.1.1. Contextualização histórica	23
1.1.2. Prevalência	23
1.2. Papel do Enfermeiro na avaliação da ansiedade	25
1.3. Instrumentos de avaliação da ansiedade validados para a população portuguesa ..	27
1.4. Escala de Ansiedade de Hamilton	30
1.5. Pertinência do estudo	31
1.6. Objetivos do estudo	33
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	35
2.1. Desenho do estudo	35
2.2. Tradução e adaptação cultural	36
2.3. Avaliação das propriedades psicométricas	39
2.3.1. Contexto e participantes	40
2.3.2. Procedimento de recolha de dados	42
2.3.3. Procedimentos de análise de dados	43
2.4. Procedimentos e considerações éticas	44
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	47
3.1. Tradução e adaptação cultural	47
3.2. Avaliação das propriedades psicométricas	48
3.2.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra	49
3.2.2. Validade	49
3.2.3. Fiabilidade	53

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
4.1. Limitações do estudo.....	64
5. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	67
CONCLUSÃO	69
BIBLIOGRAFIA.....	71
ANEXOS.....	79
Anexo I - Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)	80
Anexo II - Traduções e retrotradução da Escala de Ansiedade de Hamilton.....	83
Anexo III - Autorização da comissão de ética do CHVNGE	92
Anexo IV - Consentimento informado, livre e esclarecido, segundo a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo	96
Anexo V - Instrumento de colheita de dados	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos de Avaliação de Ansiedade validados para a população portuguesa	28
Quadro 2 - Caraterísticas sociodemográficas e clínicas da amostra	49
Quadro 3 - Resultados da Análise Fatorial Confirmatória	52
Quadro 4 - Resultados da Correlação de Pearson entre a Escala de Ansiedade Hamilton e o Inventário Estado-Traço de Ansiedade	52
Quadro 5 - Resultados da Correlação de Pearson entre a Escala de Ansiedade Hamilton dimensão somática e psíquica e o Inventário Estado-Traço de Ansiedade.....	53
Quadro 6 - Resultados da Consistência interna das dimensões da Escala de Ansiedade de Hamilton	54
Quadro 7 - Resultados do Coeficiente de Correlação Intraclassa item a item	54
Quadro 8 - Comparação das Propriedades Psicométricas da escala de Ansiedade de Hamilton em diferentes estudos	63
Quadro 9 - Comparação das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos de Avaliação da Ansiedade Validados para a População Portuguesa	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cronograma do Estudo.....	35
Figura 2 - Fluxograma: tradução e adaptação cultural.....	38
Figura 3 - Análise Fatorial Confirmatória.....	51

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo 2020/2021, julgou-se pertinente a elaboração da presente Dissertação de Mestrado, que tem como tema: Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton, numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa. Esta Dissertação foi orientada pela docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Doutora Isilda Ribeiro, e coorientada pelo Professor Doutor Francisco Sampaio, docente da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa.

A necessidade de investigar para o desenvolvimento de qualquer área de conhecimento e de qualquer profissão, cujas práticas assentem em bases científicas, é de extrema importância. No caso da profissão de Enfermagem o mesmo também se aplica, uma vez que o grande objetivo é um cuidar do outro orientado por um corpo de conhecimentos próprios e desenvolvidos à luz de princípios científicos. O Enfermeiro é o profissional de saúde com mais tempo de contacto com o utente, principalmente, no que respeita aos utentes internados. Como tal, e em especial, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) deve deter sensibilidade, competências e instrumentos que permitam, com fiabilidade, identificar problemas, potenciais focos e diagnósticos de Enfermagem, que careçam de intervenção (REPE, 1996).

A Ansiedade define-se como um sentimento de inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica, motora e/ou cognitiva (Gray, 1987) e está cada vez mais presente na sociedade atual, em consequência do ritmo de vida mais stressante e das expectativas individuais elevadas, quando esta se torna excessiva pode manifestar-se de forma negativa e tornar-se patológica, com necessidade de tratamento (Bulechek et al., 2016).

Neste sentido, existem vários instrumentos de avaliação de ansiedade, validados para a população portuguesa, no entanto a Escala de Ansiedade de Hamilton apesar de ser um instrumento amplamente usado internacionalmente, ainda não se encontrava validado para a população portuguesa. Daí surgiu a necessidade da realização deste estudo psicométrico. Com a tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas deste instrumento prevê-se que possa ser uma peça-chave na avaliação da ansiedade, por via da disponibilização de mais um instrumento de avaliação, que permitirá aos Enfermeiros quantificar uma situação subjetiva como a ansiedade. Considerando o exposto e entendendo

que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizar uma avaliação mais diferenciada do *status* mental da pessoa com perturbação da ansiedade e/ou depressiva e que estas têm uma prevalência tão grande na população portuguesa, foi elaborada a presente Dissertação, centrada na área temática da Ansiedade. O interesse pessoal e profissional sobre a temática e a necessidade de instrumentos construídos ou validados para a população portuguesa de heteroavaliação da ansiedade, levaram-nos a optar pela realização deste estudo psicométrico.

Os objetivos desta Dissertação de Mestrado centram-se em explicar o estado da arte acerca da temática ansiedade, assim como apresentar os instrumentos de avaliação de ansiedade validados para a população portuguesa, e esclarecer os princípios metodológicos seguidos para a realização do estudo psicométrico, que envolve a tradução e adaptação de um instrumento de avaliação para a população portuguesa e a avaliação das suas propriedades psicométricas, clarificar os principais resultados e realizar a sua interpretação, por via da discussão dos resultados. É, ainda, um objetivo comunicar os contributos deste estudo para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Ordem dos Enfermeiros, e ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho (CHVNGE), local onde foi realizado o estudo psicométrico.

Neste pressuposto o estudo será dividido em quatro grandes capítulos. O primeiro capítulo corresponde à fundamentação teórica, cuja finalidade se prende com a compreensão da temática em estudo. O segundo capítulo enquadra metodologicamente a Dissertação. Aqui, destaca-se o objetivo e a finalidade do estudo, a população em estudo, o instrumento de colheita de dados e as circunstâncias em que foi realizada a colheita de dados. No capítulo seguinte, apresentam-se e analisam-se os resultados, seguidamente, é explanada a discussão dos mesmos. E, por fim, no último capítulo são apresentados os contributos deste estudo para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Terminaremos apontando as principais conclusões e limitações da investigação, assim como sugerindo novas hipóteses de desenvolvimento de investigação nesta temática.

Ao longo do estudo psicométrico, para a realização da tradução e adaptação cultural do instrumento para a língua portuguesa serão seguidas as *guidelines* definidas pelo International Test Commission (ITC) (2012). A colheita de dados foi realizada por via da entrevista presencial, no serviço de psiquiatria do CHVNGE, nas suas diferentes valências (internamento, hospital de dia e consulta externa), a pessoas adultas com perturbação de ansiedade e ou perturbação depressiva. O processamento dos dados recolhidos foi realizado através da criação de uma base de dados numérica, anónima e confidencial, para uso apenas nesta investigação, com recurso ao programa de análise estatística IBM SPSS *Statistics* 27. A avaliação das propriedades psicométricas do instrumento será realizada com recurso ao mesmo programa, a avaliação da validade de construto, com recurso à análise fatorial, e a validade convergente, por via do coeficiente de correlação de *Pearson*, e fiabilidade, por

via da avaliação da consistência interna, com recurso ao alfa de *Cronbach* e da concordância entre observadores, pelo coeficiente de correlação intraclasse.

Para a elaboração deste documento, foi efetuada pesquisa em livros presentes na biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em artigos disponíveis nas bases de dados eletrónicas, utilizando como idiomas preferenciais o inglês, espanhol, português e francês, sem restrições quanto à data de publicação e ao tipo de apresentação ou de publicação, em torno de quatro conceitos-chave “Ansiedade”, “Escala de Ansiedade de Hamilton”, “Enfermagem” e “Psicometria”. As pesquisas foram efetuadas por via dos motores de busca EBSCOhost Web, B-ON, com recurso às seguintes bases de dados: Medline, Scopus, Scielo Global e Web of Science; por via do repositório científico de acesso aberto de Portugal (RCAAP) e do portal da Direção-Geral da Saúde (DGS). Para além disso, e de forma a uniformizar a linguagem, foram utilizadas algumas classificações essenciais à prática de enfermagem, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a classificação dos diagnósticos de Enfermagem preconizada pela NANDA International, Inc. (NANDA-I).

É expectável que esta Dissertação permita o aprofundamento do conhecimento em Enfermagem e contribua para a melhoria da qualidade do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a execução deste estudo, e uma vez que foram realizadas entrevistas de colheitas de dados, é de salientar que foram consideradas as questões éticas, por via do consentimento informado, livre e esclarecido, assinado por todos os participantes.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Face à problemática em estudo, parece pertinente a explanação de alguns conceitos, para que, posteriormente, faça sentido o desenvolvimento desta Dissertação.

1.1. Ansiedade

A temática da ansiedade está cada vez mais presente na sociedade atual, em consequência do ritmo de vida mais stressante e face às expetativas elevadas de cada um. Apesar de a ansiedade ser uma emoção que estimula a reação e funciona como alerta para que a pessoa possa lidar com a ameaça e estimule a capacidade de realizar as atividades exigidas no quotidiano, quando esta se torna excessiva pode manifestar-se de forma negativa e tornar-se patológica (Bulechek et al., 2016).

As definições de ansiedade, de forma geral, referem-se todas, implícita ou explicitamente, a um sentimento de inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica, motora e/ou cognitiva. Estas manifestações podem estar associadas a acontecimentos ou situações de natureza passageira (ansiedade estado) ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir (ansiedade traço), provavelmente com base na própria constituição individual (Gray, 1987). Além disso, a sua intensidade pode variar, de níveis impercetíveis, até níveis extremamente elevados, capazes de alterar o funcionamento do indivíduo, de forma grave. Alguns exemplos de manifestações extremas de ansiedade são os ataques de pânico, as fobias e a perturbação obsessivo compulsiva (American Psychiatric Association, 2013).

A ansiedade é vista na Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), como um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, que é gerado em antecipação a algum acontecimento ou perigo, acompanhando-se frequentemente de sintomas autónomos como cefaleias, hipersudorese, palpitações, sensação de aperto precordial, assim como desconforto abdominal. Comumente, traduz-se por um sentimento de insegurança ou

medo, sem fundamento real. No DSM-5, a perturbação de ansiedade é classificada pelas seguintes perturbações: Perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação da ansiedade social (fobia social), perturbação de pânico, agorafobia e perturbação de ansiedade generalizada (American Psychiatric Association, 2013).

Segundo Townsend (2009), a ansiedade pode ser classificada em ligeira, moderada e grave. A ansiedade ligeira manifesta-se por sentimentos de tristeza e alteração dos mecanismos de coping. Por sua vez, a ansiedade moderada define-se por respostas neuróticas acompanhadas de alterações como distímia e ciclotímia e, por fim, a ansiedade grave associa-se a respostas de carácter psicótico, associadas algumas vezes a perturbação depressiva e a perturbação bipolar.

A ansiedade, enquanto sintoma, pode manifestar-se de várias formas, e apresenta características definidoras ao nível do comportamento, como por exemplo, sinais de inquietação, insónia, hipervigilância, preocupação excessiva e produtividade diminuída; no que concerne às características afetivas: sensação de agonia, apreensão, incerteza, irritabilidade, medo, nervosismo e sensação de inadequação; características fisiológicas como: tensão, hipersudorese, tremores e voz trémula; alterações condicionadas pelo sistema nervoso simpático: taquipneia, taquicardia, hipertensão arterial, xerostomia, anorexia e diarreia; alterações causadas pela ativação do sistema nervoso simpático: alteração do padrão do sono, hipotensão arterial, desmaio, diarreia, dor abdominal, náuseas, fadiga, urgência urinária, parestesias das extremidades; e por fim, alterações cognitivas como: défices de atenção, concentração e memória, bloqueio de pensamento, ruminação e tendência para culpabilizar os outros (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Como referido anteriormente, todos apresentamos estados de ansiedade em algum momento da vida, sem que isso seja patológico, no entanto existem diferentes níveis de ansiedade, pelo que é de extrema importância avaliá-los, no sentido de perceber quais merecem intervenção ou acompanhamento (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Este estudo psicométrico centrou-se na ansiedade, enquanto sintoma, ou seja, os dados que levam o Enfermeiro a identificar um diagnóstico de Enfermagem, em detrimento do diagnóstico médico ou psiquiátrico de Perturbação de Ansiedade, uma vez que estes são diferentes. Pelo que, no desenvolvimento desta Dissertação, procurou-se abordar, sempre, a ansiedade enquanto sintoma (diagnóstico de Enfermagem).

1.1.1. Contextualização histórica

Desde a Antiguidade que vários autores refletem sobre a ansiedade. Ainda antes de Freud eram os filósofos que se preocupavam com as crises e os conflitos entre os seres humanos.

Ao longo da história foram mencionados vários conceitos de ansiedade, alguns deles muito próximos da definição atual. Landré-Beauvais, em 1813, definiu ansiedade como certo mal-estar, inquietude e agitação excessiva. Por sua vez, Darwin, em 1873, afirmou que a ansiedade estava presente em todas as espécies animais, caracterizando-a como um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência, não diferenciando ansiedade de medo. Freud, em 1936, distinguiu a ansiedade objetiva, relacionada com os fatores do meio ambiente e a ansiedade neurótica, com origem exclusivamente intrapsíquica, surgindo assim o termo neurose de ansiedade. O problema da ansiedade (vivência de sofrimento psíquico determinado pela presença de um conflito interno) ocupou a mente de Freud, durante muito tempo e, para ele, todos nós, algumas vezes, experimentamos essa sensação ou esse estado afetivo no qual convergem importantes questões. Ao distinguir três tipos de ansiedade: real ou objetiva, neurótica e moral, Freud baseia-se nas fontes de onde provém a ansiedade e não em aspectos qualitativos. Assim, a ansiedade como medo do mundo externo seria a ansiedade objetiva, enquanto a ansiedade neurótica teria como fonte o medo do desconhecido e a moral o medo do superego. Se o verdadeiro perigo é conhecido, tem-se a ansiedade realística. Em 1936, Freud considerou a ansiedade como um estado ou condição emocional desagradável, que inclui uma componente fisiológica e comportamental, acompanhado, habitualmente, por descargas motoras, originadas por uma situação de perigo ou percebida como tal. Por esta altura, assume-se que toda esta condição se relaciona com as expectativas criadas por cada um, caracterizando-a como ansiedade por algo (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

1.1.2. Prevalência

As perturbações de ansiedade situam-se entre as perturbações mais prevalentes do mundo. Com elevados números de morbilidade por comprometimento dos serviços de saúde e mortalidade relacionada com os problemas cardiovasculares. Os clínicos que lidam com esta patologia devem ser capazes de estabelecer o diagnóstico eficazmente e iniciar o

tratamento ou estratégias de controlo, caso se justifique (Sadock & Sadock, 2007). Estas referem-se a um grupo de distúrbios mentais caracterizados por sentimentos de ansiedade e medo, sendo neste momento a doença mental mais prevalente em todo o mundo (DGS, 2017; Ritchie & Roser, 2018).

A proporção mundial de pessoas com perturbação de ansiedade, no ano de 2017, é de 3,8%, afetando 284 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo 2,8% do sexo masculino e 4,7% do sexo feminino. Quanto aos números relacionados com a perturbação depressiva, no ano de 2017 existiam 264 milhões de pessoas com este diagnóstico a nível mundial, contemplando 3,4% da população mundial. Neste acaso, atinge 2,7% do sexo masculino e 4,1% das mulheres (Ritchie & Roser, 2018). As taxas de prevalência não variam substancialmente entre os grupos etários, embora haja uma tendência observável para uma menor prevalência entre as pessoas mais idosas (DGS, 2017). A American Psychiatric Association (2013), mostra que as Perturbações de Ansiedade são as perturbações emocionais mais comuns na população e que afetam cerca de 25 milhões de americanos e que estas perturbações tendem a agravar-se quando não detetadas e a evoluir para situações mais graves e patológicas. As consequências das perturbações mentais comuns em termos de perda de saúde são enormes, constituindo incapacidade para a atividade produtiva e anos vividos com incapacidade (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2017). A depressão é classificada pela OMS como o maior contribuinte da incapacidade para a atividade produtiva, registando, em 2015, 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade. Estima-se que a nível global, mais de 300 milhões de pessoas são afetadas pela depressão, equivalentes a 4,4% da população mundial. As perturbações de ansiedade estão em 6.º lugar, estando na origem da incapacidade produtiva de 3,4% da população mundial (OMS, 2017).

Em Portugal, segundo a publicação “Saúde Mental em Números”, mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), sendo o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa. Entre as perturbações psiquiátricas, excluindo as perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes, as perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguidas pela perturbação depressiva com uma prevalência de 7,9%. As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças em Portugal, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%) (DGS, 2017).

1.2. Papel do Enfermeiro na avaliação da ansiedade

De acordo com o International Council of Nurses (ICN) (2019, pág.7), ansiedade é uma “emoção negativa: sentimento de ameaça, perigo ou angústia”. Segundo Herdman & Kamitsuru (2018, pág. 316), descrevem nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, a ansiedade define-se como “Sentimento vago e incómodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonómica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça”.

Das manifestações detetadas, objetivas ou subjetivas, destacam-se vários domínios: somático, cognitivo, emocional e comportamental, sendo estas detetadas pelo Enfermeiro. No entanto para a realização da avaliação destas manifestações com rigor, é necessário recorrer a instrumentos de avaliação de ansiedade validados para a população em causa, de modo a cumprir uma avaliação rigorosa das manifestações de ansiedade. Entende-se por manifestações diretas, alterações que o profissional de saúde, e em particular o Enfermeiro consegue detetar de forma objetiva. Por outro lado, no domínio das características detetadas indiretamente existe a diferenciação através de instrumentos de avaliação, de modo a tornar a avaliação mais rigorosa. As alterações somáticas que advêm de uma causa real ou imaginária e que antecipam algum acontecimento podem traduzir uma crise ansiosa. A presença de características a nível somático como alterações gastrointestinais: xerostomia, flatulência, indigestão, diarreia, perda de apetite, cólicas ou náuseas; alterações cardiovasculares: palpitações, lipotimia, sensação de asfixia, sensação de aperto na garganta, dor precordial; alterações respiratórias: hiperventilação, suspiro, dispneia; aumento da frequência urinária; sudorese; tensão muscular; tremores; zumbido; vertigens; visão turva; fadiga; perda de energia; peso nos membros, costas ou cabeça; cefaleias; lombalgias; mialgias podem traduzir uma crise ansiosa (Brozek et al., 2012).

A ansiedade também pode conduzir a alterações cognitivas como dificuldade de concentração, bloqueio de pensamento, capacidade diminuída para a resolução de problemas, capacidade diminuída de perceção, capacidade diminuída de aprendizagem e esquecimento; alterações emocionais e comportamentais como o cansaço, sentimentos de perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhado de pânico, sentimentos de inadequação, falta de confiança, sentimentos de aflição e nervosismo, incertezas, medo de consequências inespecíficas, preocupação, alerta exagerado, irritabilidade, sensação de excitação ou euforia, frustração, comportamento de isolamento social, choro e/ou tendência compulsiva (Brozek et al., 2012).

O Enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo está com o utente e por isso, com maior facilidade para detetar sinais e sintomas de ansiedade. A presença de manifestações de foro somático, cognitivo, emocional e/ou comportamental constituem dados relevantes para a identificação do diagnóstico de Enfermagem ansiedade (Rebelo & Carvalho, 2014).

A presença de vários tipos de manifestações do foro somático, cognitivo, emocional ou comportamental são dados relevantes para a nomeação do foco ansiedade, como área de intervenção em Enfermagem. Não há consenso sobre o número quantitativo de dados necessários para a nomeação do diagnóstico, é certo que quantas mais manifestações forem evidenciadas e detetadas, mais sustentado e robusto será o diagnóstico de Enfermagem identificado (Rebelo & Carvalho, 2014).

Quando o Enfermeiro já validou dados relevantes e/ou sinais e sintomas convergentes para a identificação do diagnóstico de Enfermagem, através da avaliação inicial, entrevista de Enfermagem e da vigilância e observação do comportamento do utente, pode, posteriormente, recorrer à utilização de um instrumento de avaliação da ansiedade de modo a quantificar o nível de gravidade, caracterizando assim o diagnóstico de Enfermagem.

Detetada esta emoção no utente que se constate ser impeditiva na realização das atividades de vida diária, compete ao Enfermeiro colher novos dados com o objetivo de reduzir o nível de ansiedade do mesmo. O Enfermeiro deve então diversificar o seu foco de atenção para outros domínios com o objetivo de minimizar o estado de ansiedade (Rebelo & Carvalho, 2014).

A suportar o diagnóstico de ansiedade surgem frequentemente outras condições associadas denominadas de focos de atenção, às vezes também designadas de diagnósticos de Enfermagem, que concorrem para este fenómeno de Enfermagem, tais como: a insegurança, a angústia, a tristeza, o *stress* e/ou o medo. Aliás, este surge frequentemente relacionado com a ansiedade, por facilmente se confundirem. A diferença é que o medo é uma resposta a uma ameaça externa de alguma coisa, isto é mais objetivamente uma emoção negativa prendida com o facto de "sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir" (ICN, 2019, pág. 84), a ansiedade é um sinal de alerta mais geral e relacionado com mais do que um facto.

Contudo é fundamental a avaliação de cada utente, para que as intervenções de Enfermagem sejam adaptadas, consequentemente melhores resultados quando implementado o processo de Enfermagem, com diagnósticos, intervenções e resultados direcionadas ao utente ou grupo de utentes (REPE, 1996).

Assim e no que respeita aos cuidados de Enfermagem, estes têm como finalidade ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-a a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rápido quanto possível. As pessoas que se encontram a viver

processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, assim como as implicações para o projeto de vida do utente, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos contextos de vida. Assim, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018).

O EEESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o utente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EEESMP facilita que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais (Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018).

Nesta perspetiva, os Enfermeiros, e particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, apresentam competências para avaliar o indivíduo do ponto de vista holístico e coordenar a sistematização de estratégias que minimizem a ansiedade.

1.3. Instrumentos de avaliação da ansiedade validados para a população portuguesa

Em Portugal, existem alguns instrumentos de avaliação de ansiedade validados para a nossa população, pelo que importa saber quais e as suas características, neste sentido foi elaborado

um quadro síntese, intitulado Escalas de Avaliação de Ansiedade validadas para a população portuguesa (Quadro 1), que se apresenta de seguida.

Quadro 1 - Instrumentos de Avaliação de Ansiedade validados para a população portuguesa

Instrumento	Caraterísticas do instrumento	Validação
Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)	Escala de autoavaliação desenvolvida por Spielberger et al. em 1983. O STAI avalia a ansiedade-estado (condição transitória caracterizada por tensão, apreensão e hiperatividade do sistema nervoso autónomo) e ansiedade-traço (tendência geral que um indivíduo tem em responder com ansiedade aos estímulos do ambiente). É um instrumento de autopreenchimento, constituído por duas subescalas, ansiedade estado e ansiedade traço, cada uma delas composta por 20 itens, sendo a resposta a cada um deles dada numa escala ordinal de quatro pontos (Telles-Correia & Barbosa, 2009).	A versão em português, que mantém exatamente a estrutura original, foi validada por Silva e Campos, no ano de 1998
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	Esta escala foi desenvolvida por Zigmond & Snaith em 1983. Consiste em duas subescalas, uma que avalia a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens. As duas subescalas são classificadas separadamente. Cada item é respondido pelo utente, numa escala ordinal de quatro pontos (0 - inexistente, 3 - muito grave), pelo que se trata de um instrumento de autopreenchimento (Telles-Correia & Barbosa, 2009).	Foi validada para português por Pais-Ribeiro et al. (2007), tendo como população-alvo pessoas com doença médica.

Instrumento	Caraterísticas do instrumento	Validação
Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (1211)	É um instrumento de heteropreenchimento composto por 31 indicadores usados para avaliar a ansiedade. Cada indicador deve ser avaliado pelo Enfermeiro, numa revisão de cinco pontos (1 a 5), pelo que as pontuações variam de 31 a 155. Quanto maior a pontuação, menor o nível de ansiedade do utente. Neste estudo de validações, alguns indicadores foram preenchidos com a ajuda do avaliador e foi especificado um período de tempo “na última semana”.	Validado para a população portuguesa por Sampaio et al. (2018)
Inventário de Ansiedade de Beck	É um instrumento de autopreenchimento, composto por 21 itens, para cada um o utente deve selecionar a opção que descreve como se sentiu na última semana, incluindo o próprio dia, numa escala de 0 a 3, em que 0 corresponde a nunca, 1 ocasionalmente, 2 frequentemente e 3 quase sempre. A pontuação total para os itens pode variar entre 0 e 63 pontos. O nível de ansiedade é determinado segundo a pontuação: 0-10 pontos indicam ansiedade mínima; 11-19 pontos revelam ansiedade leve; 20-30 pontos indicam ansiedade moderada e 31-63 pontos revela ansiedade grave (Vivan & Argimon, 2009).	Instrumento criado por Beck et al. em 1988 e traduzido e adaptado para a população portuguesa, por Pinto-Gouveia & Fonseca (1995).
Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung	Desenvolvida por Zung (1971), é uma escala de autoavaliação. Esta escala avalia a ansiedade estado e é composta por afirmações que têm em conta as manifestações deste estado emocional referidas por doentes durante sessões clínicas (Quintão et al., 2013; Zung,	Vaz Serra et al. (1982) realizaram a aferição da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung numa amostra de população portuguesa.

Instrumento	Caraterísticas do instrumento	Validação
	1971). Este instrumento é composto por 20 itens que traduzem sintomas, dos quais a pessoa deve escolher para cada um deles, uma das quatros opções que melhor se adequa a si: “nenhuma ou raras vezes”, “algumas vezes”, “uma boa parte do tempo”, “a maior parte ou totalidade do tempo” (Mendes, 2010). A cada uma das opções é atribuída uma pontuação que vai desde 1 a 4, do menos para o mais ansioso, respetivamente (Hou et al., 2014). Assim, quanto mais ansioso estiver o utente, mais elevada será a pontuação obtida. A pontuação varia de 20 a 80. Para fazer a sua cotação divide-se a pontuação obtida pelo valor máximo possível, alcançando assim o um índice que representa o grau de ansiedade (McMahon et al., 2016; Quintão et al., 2013). As pontuações totais são divididas em 4 intervalos: 0-44 como níveis normais, 45- 59 como níveis de ansiedade moderada, 60-74 níveis de ansiedade severa, 75-100 como ansiedade extrema (Hou et al., 2014; Vinhas, 2008).	

1.4. Escala de Ansiedade de Hamilton

A Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) é um instrumento amplamente utilizado no estrangeiro, no entanto, em Portugal, por não estar ainda validado, não é possível a sua

utilização, uma vez que não existe uma adequação do instrumento de avaliação para a população portuguesa.

A Escala de Ansiedade de Hamilton remonta a 1959 e foi elaborada por Max Hamilton, tendo sido reformulada pelo mesmo em 1969, que a transformou num instrumento de avaliação de ansiedade composto por 14 itens (anexo I). Foi uma das primeiras escalas com intuito de avaliar a gravidade da ansiedade percebida, isto é, enquanto sintomas somáticos e psíquicos. Na atualidade, continua a ser amplamente usada, tendo sido traduzida em várias línguas, como Cantonês, Francês e Espanhol. A intenção original do autor, professor Doutor Max Hamilton, seria que a escala fosse utilizada para avaliar a ansiedade de utentes com perturbação de ansiedade, ou seja, não como forma de diagnosticar ou avaliar a ansiedade resultante de outros problemas ou patologias.

Trata-se de um questionário clínico de heteropreenchimento, com 14 itens, que englobam um conjunto de sintomas somáticos e psíquicos. O Enfermeiro irá avaliar cada item, em função da resposta do utente e da sua observação, sendo que cada item é pontuado de zero a quatro, em que zero corresponde a ausente, um a ligeiro, dois a moderado, três a grave e quatro a muito grave. No final da avaliação, após o somatório global, será possível identificar o nível de ansiedade do utente. O total máximo é de 56; menos de 17 indica ansiedade leve, 18 a 24 ansiedade moderada e 25 a 30 moderada a grave (Hamilton, 1969).

1.5. Pertinência do estudo

Os instrumentos de avaliação são fundamentais para uma avaliação mais precisa e sistematizada de situações subjetivas, fornecendo aos profissionais de saúde uma quantificação, no entanto cabe sempre ao Enfermeiro refletir criticamente sobre este juízo.

Como apresentado anteriormente, a maioria dos instrumentos de avaliação da ansiedade, validados para a população portuguesa, e habitualmente utilizados pelos profissionais de Enfermagem, são de autorrelato, pelo que seria uma mais-valia para os Enfermeiros e, consequentemente, para a prática de Enfermagem a validação de um instrumento de avaliação da ansiedade de heteroavaliação, com avaliação realizada pelo Enfermeiro, fundamentada nas respostas do utente sobre questões somáticas e psíquicas, mas também na observação da postura e comportamento do utente, uma vez que a ansiedade, como referido anteriormente, trata-se um estado, uma emoção, pelo que é um fator mutável e, por si, difícil de quantificar, como tal a observação da pessoa com ansiedade é um fator

importante a ter em conta. A Escala de Ansiedade de Hamilton permite esta avaliação com foco na sintomatologia somática e psíquica e na observação da pessoa.

Os instrumentos de heteroavaliação, tal como outros, têm vantagens e desvantagens, no entanto apresentam vantagens no estudo de pessoas ou fenómenos emocionais, como o construto ansiedade, uma vez que permite a compreensão de vários aspetos, através da observação. Enquanto um instrumento de autorrelato permite respostas mais precisas, pois há menos risco de influência ou distorção pelo avaliador, por outro lado, não permite o preenchimento por pessoas analfabetas, não permite o esclarecimento de dúvidas que possam surgir ou dificuldades de compreensão. O instrumento de heteroavaliação permite o preenchimento pelo próprio avaliador, à medida que faz as observações ou recebe as respostas, pode ser utilizado em quase todo o segmento da população, desde alfabetizados, analfabetos, populações heterogéneas, por ser preenchido pelo investigador, possibilita a oportunidade de estabelecer *rapport*, facilita a explicação dos objetivos da pesquisa e a elucidação sobre significados de perguntas que não sejam muito claras. Tem como desvantagens o risco de distorções realizadas pelo avaliador, a menor liberdade de resposta condicionada pela presença do avaliador (Andrade, 2009).

Este estudo psicométrico surge do facto de existirem poucos instrumentos de heteroavaliação da ansiedade, ou seja, um instrumento que possa ser aplicado pelo Enfermeiro, através das respostas do utente e da observação do profissional de saúde, que seja fácil de utilizar e permita a comparação de resultados entre avaliações realizados por diferentes avaliadores, com propriedades psicométricas aferidas para a população portuguesa.

Como referido no quadro 1, o resultado NOC para o nível de ansiedade, é o único instrumento de heteroavaliação da ansiedade validado para a população portuguesa (Sampaio et al., 2018). No entanto, este instrumento centra-se em indicadores de ansiedade, enquanto a escala de Hamilton é um instrumento, não raras vezes usado em contexto de investigação e prática clínica, que se centra na sintomatologia, conjuntos de sinais e sintomas somáticos e psíquicos, apresentados pelo utente. Como não se encontra validado em Portugal, não é possível a sua utilização, mas entendemos que seria uma mais-valia, daí ter surgido a necessidade de pesquisa sobre evidência científica sobre instrumentos de avaliação de ansiedade validados para a população portuguesa, assim como pesquisa sobre validações do instrumento de avaliação em estudo, noutros países. A avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton para a população portuguesa é, por isso, pertinente e uma mais-valia na avaliação da ansiedade, para os Enfermeiros, em especial para o EEESMP.

Uma vez que o que se pretende é a mensuração do conceito através de ferramentas válidas e confiáveis, a pesquisa metodológica exige uma revisão bibliográfica consistente, específica e exhaustiva. Para resposta a esta necessidade, foi efetuada pesquisa em livros existentes na

biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto, nas bases de dados eletrónicas, utilizando como idiomas preferenciais o inglês, espanhol, português e francês, sem restrições quanto à data de publicação e ao tipo de apresentação ou de publicação, em torno de quatro conceitos-chave “Ansiedade”, “Escala de Ansiedade de Hamilton”, “Enfermagem” e “Psicometria”, integrados na expressão de pesquisa: TITLE “Hamilton Anxiety Rating Scale” AND “Anxiety”. As pesquisas foram efetuadas com recurso aos motores de busca EBSCOhost Web e B-ON, permitindo a consulta das seguintes bases de dados: Medline, Scopus, Scielo Global e Web of Science; por via do repositório científico de acesso aberto de Portugal (RCAAP) e do portal da Direção-Geral da Saúde. Paralelamente, e de forma a uniformizar a linguagem, recorreu-se a algumas classificações essenciais à prática de Enfermagem, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I).

1.6. Objetivos do estudo

Os objetivos deste estudo são: Traduzir para a língua portuguesa a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton; realizar uma adaptação cultural da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton para a população portuguesa e avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton.

Assim sendo, a finalidade deste estudo será melhorar a capacidade de avaliação da ansiedade, por parte dos Enfermeiros, por via da disponibilização de mais um instrumento de avaliação, que lhes permita quantificar uma situação subjetiva como a ansiedade e, desta forma, obter ganhos em saúde. Com vista ao aprofundamento do conhecimento em Enfermagem e contribuindo para a melhoria da qualidade do exercício profissional.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, procederemos à descrição das etapas metodológicas de investigação, de modo a esclarecer qual o percurso da mesma, no sentido de atingir os objetivos propostos. De seguida, na figura 1, surge o cronograma do estudo psicométrico realizado.

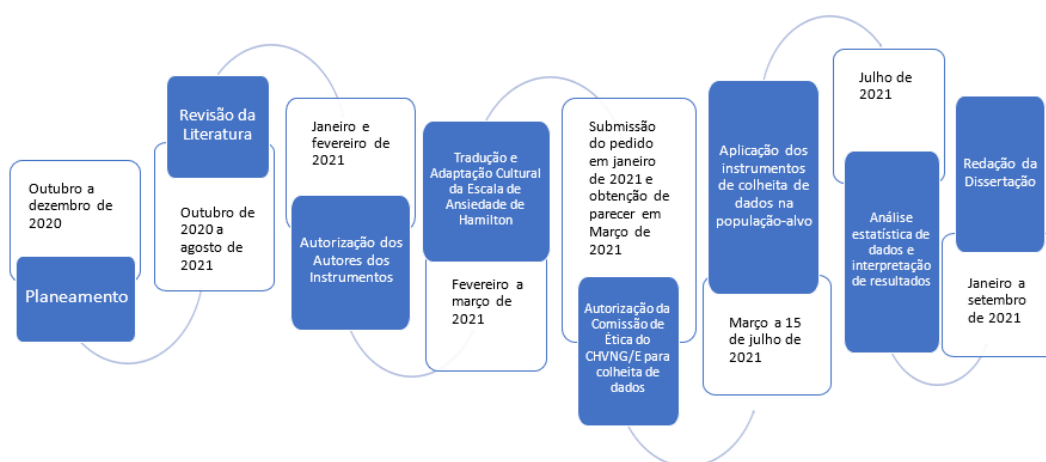


Figura 1 - Cronograma do Estudo

2.1. Desenho do estudo

Este é um estudo psicométrico, com amostragem não probabilística por conveniência. Numa primeira fase foi realizado o processo de tradução e adaptação cultural do instrumento para a população portuguesa, seguindo as *guidelines* do ITC, normas para tradução e adaptação de testes, publicadas em 2017; e numa segunda fase a avaliação das propriedades psicométricas do mesmo, com recurso a análise de dados pelo programa IBM SPSS, com o objetivo de responder à questão de investigação “Quais as propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra da população-portuguesa?”.

A maioria dos instrumentos utilizados em investigação são construídos em países de língua oficial inglesa, o que obriga a traduzi-los e a efetuar, posteriormente, estudos de adaptação e validação (Beaton et al., 2000). Segundo os mesmos autores, a adaptação e a validação de uma medida preexistente para o contexto cultural de uma população alvo, para além, de fornecer uma medida padrão para estudos internacionais, proporciona menor custo e consumo de tempo do que criar uma nova escala.

Para se conseguir um instrumento equivalente ao desenvolvido no país de origem é necessário seguir um método que assegura a equivalência entre instrumentos e a compreensão dos sujeitos a versão adaptada (Ribeiro, 1999).

Herdman et al. (1998) sugerem um roteiro de apreciação de seis tipos de equivalências: equivalência conceptual, de item, semântica, de medida, operacional e funcional. O modelo prevê as etapas de tradução, retrotradução, revisão por um grupo de peritos/população-alvo e verificação das medidas psicométricas.

2.2. Tradução e adaptação cultural

Quando falamos em tradução de um instrumento de avaliação, não falamos apenas de uma simples tradução de termos, isto é, além da tradução literal dos termos será realizada a adaptação dos mesmos à cultura portuguesa. Para isso, são necessários dois tradutores, com domínio das duas línguas e, pelo menos um deles com domínio da área de conhecimento teórico, que farão a tradução de inglês para português (ITC, 2017).

A adaptação implica perceber se o teste avalia o mesmo construto que na língua original após a tradução, nomeadamente tendo em conta expressões típicas ou culturais de determinado país ou cultura (ITC, 2017).

A tradução inicial foi efetuada por duas tradutoras independentes: uma Enfermeira a exercer funções no CHVNGE, que trabalhou como Enfermeira em Inglaterra e, por isso, com domínio da língua inglesa e da área de conhecimento teórico em estudo; e por uma licenciada em relações internacionais, com domínio na língua inglesa e que trabalha, atualmente, como tradutora.

Posteriormente, um grupo de profissionais qualificados, procedeu à comparação das duas versões (Tradução 1 (T1) e Tradução 2 (T2)). Os itens que foram considerados como menos adequados do ponto de vista do conteúdo e do significado foram reformulados, criando uma

versão consenso das traduções anteriores, denominada TS. A partir dessa análise, realizada pela equipa de investigação, elaboramos uma primeira versão da escala.

Concluído este processo, a versão de consenso foi retrotraduzida para a língua original do instrumento por uma tradutora (R1), Enfermeira portuguesa a residir em Inglaterra há 8 anos, a exercer funções no John Radcliffe Hospital Oxford, que domina a língua portuguesa e inglesa e não detém conhecimento sobre a escala original.

Posteriormente, todas as traduções efetuadas (T1, T2, TS, R1 - anexo II) foram analisadas e revistas por um grupo de profissionais constituído por sete pessoas, docentes de Enfermagem com experiência em estudos metodológicos, Enfermeiros especialistas em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, Enfermeiros com domínio da língua inglesa e por uma tradutora. A escolha do grupo teve em conta a definição de Beaton et al. (2000), que considera que a sua composição mínima deve compreender investigadores com experiência em estudos metodológicos, profissionais de saúde, profissionais linguísticos e tradutores, conforme expresso na figura 2.

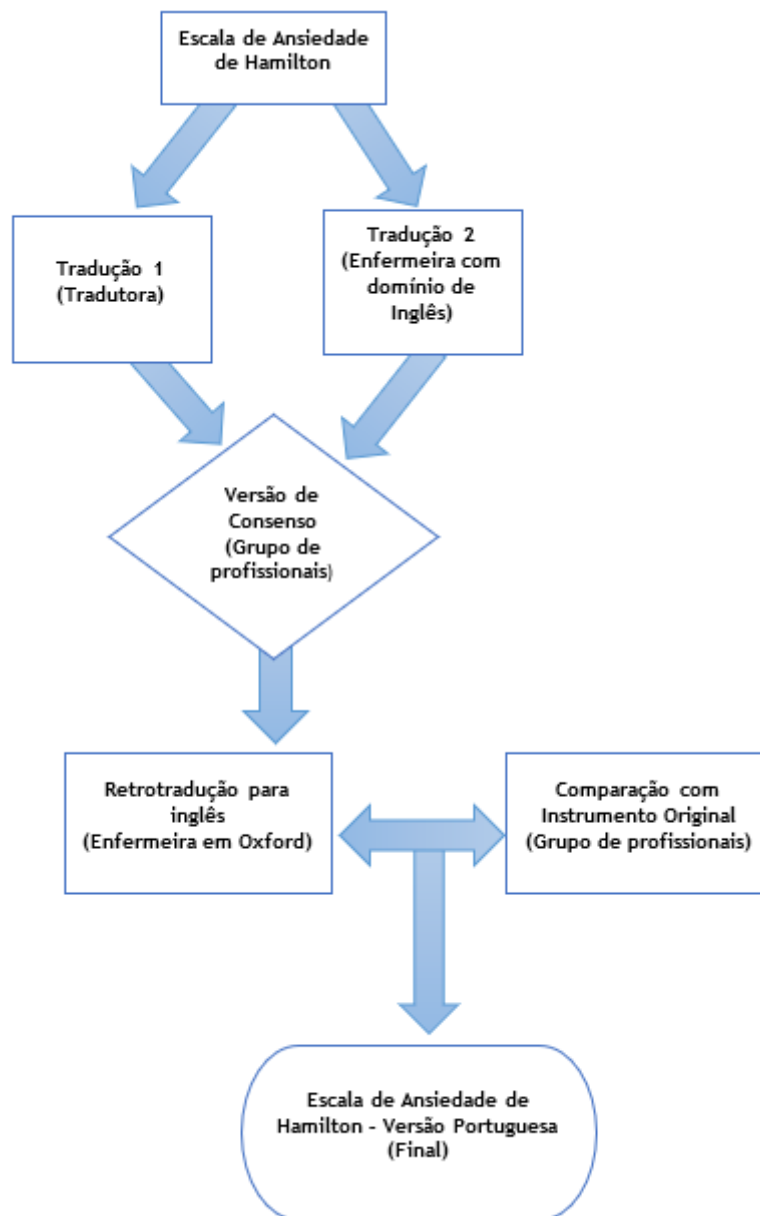


Figura 2 - Fluxograma: tradução e adaptação cultural

Após consenso quanto à versão final do instrumento e terminada a fase de análise, seguiu-se o pré-teste que segundo Fortin et al. (2009), consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra, entre 10 a 30 sujeitos, com o objetivo principal de avaliar a eficácia e pertinência do instrumento e verificar os seguintes elementos: se os termos do instrumento são compreensíveis e desprovidos de equívocos; se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas; se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse; e se as questões não apresentam ambiguidade.

No presente estudo o pré-teste foi realizado por cinco Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica selecionados intencionalmente, a exercer funções no CHVNGE e no Hospital de Magalhães Lemos, com recurso a 16 adultos, seguidos

no serviço de psiquiatria das instituições mencionadas, com diagnóstico de perturbação de ansiedade e/ou depressiva.

2.3. Avaliação das propriedades psicométricas

Para avaliar as qualidades psicométricas de qualquer instrumento de medida, deve-se efetuar estudos de fiabilidade e validade, que, no seu conjunto, indicam o grau de generalização que os resultados podem alcançar. A fiabilidade designa a precisão e a constância dos resultados que o instrumento fornece. De acordo com Ribeiro (1999), pode ser estimada por vários meios: teste-reteste, formas alternativas, imediatas ou em tempos diferentes, duas metades, alfa de *Cronbach* ou Kuder-Richardson, de avaliador. Neste estudo, não foi realizada a avaliação da estabilidade pelo teste-reteste, pelo facto de o construto “ansiedade” ser muito modificável, pelo que a avaliação em momentos diferentes poderia dar resultados diferentes não por falta de estabilidade do instrumento, mas porque o nível de ansiedade, efetivamente, se alterou. A fiabilidade do instrumento em estudo foi avaliada através da análise da consistência interna, com recurso ao alfa de *Cronbach*, e da análise da concordância entre observadores, com recurso ao coeficiente de correlação intraclasse (ICC).

O segundo método importante para a avaliação de um instrumento de medida é a sua validade. Ela indica-nos em que medida o instrumento mede aquilo que deveria ou pretende medir e em que grau os resultados predizem um comportamento relacionado com a variável em avaliação. Segundo Polit et al. (2004), existem três formas de estimar a validade: validade de conteúdo (quando existe adequação dos itens relativamente à dimensão de comportamento que se deseja avaliar), validade de critério (quando um outro instrumento de medida avalia o mesmo fenómeno e entre eles há uma boa correlação) e validade de construto (quando o instrumento valida a estrutura teórica subjacente). Neste estudo, não foi realizada a validação de conteúdo, através da organização de um grupo focal, uma vez que a escala já foi testada em vários países diferentes em pessoas com ansiedade e/ou depressão. Adicionalmente, a ansiedade é uma construção universal, avaliada em qualquer país de forma similar.

Segundo Ribeiro (1999), a validade de construto é a validade nobre de qualquer medida. É ela que garante que o teste mede aquilo a que se propõe. Para o estudo da validade referida procedemos, inicialmente, à realização de uma análise fatorial exploratória de componentes

principais. Os fatores foram rodados usando a rotação ortogonal *varimax* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). Exatamente o mesmo método que foi usado em estudos de validação internacional do mesmo instrumento (Lobo et al., 2019) e na validação do instrumento original (Hamilton, 1959). A análise fatorial exploratória consiste na identificação do número de fatores que avaliam determinada dimensão, assim como os itens que se encontram associados a cada um dos componentes (Pestana e Gageiro, 2005). Esta análise, foi realizada para verificar se, numa análise livre, eram extraídas duas dimensões, tal como na validação da versão inicial do instrumento, a dimensão somática e a dimensão psíquica, e também para avaliar a variância total explicada pelas dimensões (Hamilton, 1959). Seguidamente, foi realizada a análise fatorial confirmatória, com recurso ao software AMOS. Foi, ainda, avaliada a validade de critério, por via da validade convergente, com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, que analisou a validade convergente entre a Escala de Ansiedade de Hamilton e o inventário Ansiedade Estado-Traço.

Seguidamente serão apresentadas as características do contexto e participantes do estudo, procedimentos de colheita de dados e procedimento de análise de dados.

2.3.1. Contexto e participantes

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, nas suas três valências, sendo elas o internamento, hospital de dia e consulta externa.

As população-alvo foram utentes do Serviço de Psiquiatria. Os critérios de inclusão definidos foram: pessoas adultas, ou seja, entre os 18 e 64 anos, com diagnóstico de perturbação de ansiedade e/ou perturbação depressiva. As taxas de prevalência não variam substancialmente entre os grupos etários, embora haja uma tendência observável para uma menor prevalência entre as pessoas mais idosas, uma das razões para a escolha da população de idade adulta para a realização deste estudo (DGS, 2017). Por outro lado, Hamilton (1959), quando validou o instrumento original, definiu que este seria um instrumento de avaliação de ansiedade em pessoas adultas. Foram englobadas as pessoas com perturbações depressivas, pois apesar da escala original criada por Max Hamilton ser dirigida a pessoas com ansiedade como diagnóstico primário, em estudos internacionais, realizados para aferição das propriedades psicométricas deste mesmo instrumento, também foram englobadas estas populações, com bons resultados, nomeadamente em Espanha (Lob et al.,

2002) e na Dinamarca (Gjerris et al., 1982). Além disso, a ansiedade, enquanto sintoma, é muito frequentemente nas perturbações depressivas, o que justifica esta opção (OMS, 2017).

A validação original da Escala de Ansiedade de Hamilton foi dirigida para pessoas com perturbação de ansiedade, que apresentavam ansiedade primária e não relacionada com outros problemas de saúde, perante este facto, e para manter a mesma linha de pensamento, a população-alvo deste estudo foram adultos com perturbação de ansiedade e/ou depressiva, excluindo a ansiedade causada por outras patologias, nomeadamente a ansiedade tão presente nos utentes com psicoses (Hamilton, 1960).

O tamanho da amostra foi determinado pelo número de participantes necessários para o desenvolvimento de uma análise fatorial confirmatória. A recomendação mínima para a realização de uma análise fatorial exploratória é de cinco participantes para cada item do questionário (Hill & Hill, 2002; DeVon et al., 2007). Segundo Tabachnick & Fidell (2013), para cada item são necessários, pelo menos, 10 indivíduos para a realização de análise fatorial exploratória (EFA), sobretudo para garantir “*stable factor estimates*” e, consequentemente, a concretização da análise fatorial (Nunnally et al., 1994). De acordo com Gorsuch (1983) e Kline (1994), para a realização da análise fatorial, que não especificam como exploratória ou confirmatória, a amostra deve ter o mínimo de 100 indivíduos. Segundo Hu & Bentler, 1995, a amostra mínima para a realização da análise fatorial confirmatória é de cinco indivíduos, por variável. Guadagnoli & Velicer (1988), porém, desafiaram o critério de Gorsuch e argumentaram que nenhuma base teórica ou empírica existe para recomendações de relação entre o número de participantes e o número de variáveis. Posto isto, o número mínimo de pessoas a incluir na amostra foi definido como 140, uma vez que a Escala de Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens e é recomendada, pela maioria dos autores, uma amostra de 10 pessoas por item.

Como critérios de exclusão foram definidos: utentes com demência em estadio moderado ou grave ou com debilidade intelectual moderada a grave, utentes com estado confusional ou com agitação psicomotora, com hostilidade e/ou agressividade latente, utentes em mutismo ou com alterações da comunicação expressiva, utentes com diminuição significativa da acuidade auditiva, que impeça a entrevista. Alguns destes foram definidos para possibilitar a realização da colheita de dados, nomeadamente, as questões relacionadas com alterações da comunicação, que comprometeriam de forma direta a entrevista. Por outro lado, foram excluídas as patologias referidas, pois segundo Hamilton (1959), a ansiedade em maior ou menor grau é encontrada em estados como demência, psicoses orgânicas e esquizofrenia, mas deve ser claro que a escala não se destina a ser aplicada nestas condições.

2.3.2. Procedimento de recolha de dados

Após a apresentação do projeto de investigação à comissão de ética do CHVNGE e de se ter obtido a autorização para a realização do estudo (Anexo III) iniciou-se o processo de recolha de dados.

Todos os participantes incluídos no estudo, após aplicação dos critérios de exclusão, aceitaram colaborar de forma voluntária, após explicação sobre o interesse do estudo, garantia do anonimato e da confidencialidade das respostas, como expresso no consentimento informado, livre e esclarecido, segundo a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e a Convenção de Oviedo (Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, 2001), que todos leram e assinaram (Anexo IV).

Os materiais utilizados durante a colheita de dados agregam-se no instrumento de colheita dados (anexo V). Foi utilizado o questionário de avaliação sociodemográfica e clínica, com identificação de dados como idade, sexo, escolaridade, estado civil e patologia apresentada pelo utente (perturbação de ansiedade e/ou perturbação depressiva). Como instrumentos de recolha de dados para avaliação da ansiedade, que visa recolher os dados sobre os níveis de ansiedade da população-alvo, recorremos ao instrumento a validar, a Escala de Ansiedade de Hamilton, instrumento de heteroavaliação, composto por 14 itens que englobam fatores somáticos e psíquicos e que são avaliados quanto à intensidade de 0 (ausente) a 4 (muito grave); e a um instrumento de avaliação de ansiedade de autorrelato, o STAI, que é constituído por duas subescalas, de autopreenchimento, uma que avalia a ansiedade no momento (estado) e outro que avalia o perfil habitual (traço). Este instrumento foi utilizado para avaliação da validade convergente dos níveis de ansiedade da população-alvo, tendo sido utilizada a versão preliminar validada para a população portuguesa deste instrumento. A escolha deste instrumento deveu-se ao facto de este ser, talvez, o instrumento mais utilizado internacionalmente para avaliar a ansiedade, sendo amplamente usado em vários países, foi criado por Spielberger em 1983, com indicação específica para ser aplicado apenas a maiores de 16 anos. Em Portugal, foram três os estudos realizados sobre este instrumento (Almeida et al., 2006), sendo que o primeiro foi o mais abrangente, contando com diferentes grupos populacionais, desde estudantes a adultos no exercício da sua profissão, com idades compreendidas entre os 19 e 39 anos (Silva e Campos, 1998). Os valores de consistência interna, segundo as amostras em estudo e sexo masculino ou feminino, variam entre 0,88 e 0,93, sendo no geral satisfatórios (Silva e Campos, 1998).

A Escala de Ansiedade de Hamilton foi aplicada, em gabinete, de forma individual, respeitando a privacidade dos 140 participantes. Deste número total, voltou a ser aplicada a escala de ansiedade de Hamilton a 61 destes participantes, no sentido de possibilitar a

análise da concordância entre observadores, com recurso ao coeficiente de correlação intraclasse, sendo o número mínimo de participantes 61, a fim de detetar um coeficiente de relação intraclasse entre as avaliações considerando um nível de confiança bilateral de 95% e uma probabilidade de garantia de 50% (Zou, 2012). A aplicação do instrumento a estes 61 participantes, foi realizada por cinco Enfermeiros, selecionados intencionalmente, todos eles a exercer funções no CHVNGE, sendo três deles especialistas em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e os restantes licenciados em Enfermagem. O ideal, seria que esta reaplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton fosse realizada em momentos tão próximos quanto possíveis devido à ansiedade ser um fenómeno muito mutável, como já vem sendo referido ao longo desta Dissertação, no entanto, por questões de diferenças de horários dos profissionais de Enfermagem, nem sempre foi possível a avaliação ser realizada em momentos consecutivos.

2.3.3. Procedimentos de análise de dados

A avaliação das propriedades psicométricas foi realizada com recurso ao IBM SPSS® *Statistics* versão 27 e ao software AMOS.

Primeiramente, as propriedades psicométricas avaliadas foram a análise de frequências, para obtenção das características sociodemográficas e clínicas da amostra, e a análise das medidas de tendência central e de dispersão, com recurso ao cálculo da média, mediana e desvio padrão. Seguidamente, foi analisada a validade, por via da validade de construto, com recurso à análise fatorial confirmatória, e a validade de critério, com recurso à validade convergente entre os dois instrumentos utilizados, por via do coeficiente de correlação de Pearson. Por último, a fiabilidade foi analisada através do alfa de *Cronbach*, para avaliação da consistência interna, e a análise da concordância entre observadores, com recurso ao coeficiente de correlação intraclasse.

2.4. Procedimentos e considerações éticas

Nesta investigação foram respeitados os cinco direitos humanos fundamentais determinados pelos códigos de ética. Fortin et al. (2009, pág. 116) refere que em estudos que envolvem seres humanos, devem ser assegurados os cinco princípios ou direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética: “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal”. Durante este estudo, todos os participantes viram o seu anonimato e confidencialidade ser respeitados, todos foram informados das implicações e objetivos do estudo e assinaram o consentimento livre e informado, que como referido anteriormente se encontra no anexo IV, além disto foi respeitada a vontade individual de cada pessoa, sendo que todos os participantes aceitaram por sua iniciativa e sem qualquer tipo de pagamento ou lucro, bem como sem qualquer prejuízo no caso de não participarem. A colheita de dados foi realizada em gabinete, respeitando também a privacidade de cada um.

Os procedimentos éticos subjacentes a este estudo estão também de acordo com os determinados pelas Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte (2010), nomeadamente o uso responsável e racional dos recursos; a não exploração dos participantes; a igualdade e justiça no tratamento; os princípios da beneficência e da não maleficência; o princípio da autonomia; e o respeito pelos participantes, assegurando a privacidade e a confidencialidade dados; o direito mudar de ideias sem qualquer penalização ou justificação.

Para a realização deste estudo, que visou a tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton, foi necessário solicitar autorização aos autores dos instrumentos utilizados. Verificamos que a escala de ansiedade de Hamilton é de domínio público, facto que foi questionado à universidade de Leeds e confirmado por e-mail, uma vez que o professor doutor Max Hamilton faleceu em 1988 e não tem familiares diretos que se conheçam. Quanto ao STAI, foi solicitada autorização à autora de um dos estudos de validação do instrumento para a população portuguesa, Professora Doutora Teresa McIntyre, que autorizou a sua utilização.

Após estes trâmites iniciais, foi ainda solicitada autorização à comissão de ética do CHVNGE, instituição envolvida na colheita de dados, que enviou um parecer favorável para a realização do estudo em meados de março, que como referido anteriormente se encontra no anexo III.

No momento do início da colheita de dados, que decorreu no serviço de psiquiatria do CHVNGE, nas suas três valências: internamento, hospital de dia e consulta externa, foi ainda

solicitada autorização à diretora do serviço, à responsável pelo hospital de dia e à Enfermeira chefe, no sentido de obter autorização para circular no serviço em tempo de pandemia e também otimizar questões logística.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Depois de concluída a recolha de dados no CHVNGE, foi realizada a sua análise, utilizando o programa estatístico IBM SPSS *Statistics* 27. Os resultados do estudo serão apresentados de seguida e incluem, as etapas de tradução, retrotradução e o estudo das propriedades psicométricas do instrumento.

Foi realizada a avaliação da validade de construto com recurso à análise fatorial confirmatória e a validade de critério, recorrendo à análise da validade convergente, com recurso à aplicação do STAI e ao coeficiente de correlação de Pearson. A análise da fiabilidade foi realizada através da determinação da consistência interna, com recurso ao alfa de *Cronbach* e a avaliação da concordância entre observadores, com recurso ao coeficiente de correlação intraclasse. Optou-se por não avaliar a estabilidade (teste-reteste), pelo facto de o construto “ansiedade” ser muito modificável, pelo que a avaliação em momentos diferentes poderia dar resultados diferentes não por falta de estabilidade do instrumento, mas porque o nível de ansiedade é muito mutável e, efetivamente, se alterou.

3.1. Tradução e adaptação cultural

Do primeiro passo do processo de tradução, resultaram duas traduções independentes. No geral as duas traduções eram bastante semelhantes, as principais diferenças encontradas foram: a definição dos graus de gravidade, uma vez que na tradução 1 encontrou-se 0=ausente, 3=grave e 4=muito grave, enquanto na tradução 2 encontramos 0=inexistente, 3=severo e 4=muito severo e depois diversas diferenças em termos específicos, ao longo dos itens da escala, que pode ser consultado, como referido anteriormente no anexo II. Após a obtenção destas duas versões, foi elaborada uma versão de consenso, pelo grupo de investigadores, que inspecionou as duas versões e chegou a um consenso entre os diferentes termos encontrados, pensando sempre nos termos mais adequados para o Enfermeiro, visto tratar-se de um instrumento a ser aplicado pelo Enfermeiro, mas também com intuito de ser facilmente entendido pela pessoa. No que concerne às definições de gravidade, optou-se pelas palavras “ausente”, “grave” e “muito grave”, por nos terem parecido termos

amplamente utilizados em instrumentos de avaliação da área. Assim, foram uniformizados todos os itens, num instrumento único.

O instrumento obtido, versão de consenso, foi depois retrotraduzido para a língua inglesa, mais uma vez este instrumento apresentou-se muito semelhante ao original, apenas apresentando alguns termos ligeiramente diferentes, mas sempre com significados semelhantes, tendo-se constatado que a retrotradução não apresentava divergências significativas com o instrumento original. Após este processo, o mesmo grupo de profissionais, referido anteriormente, reuniu-se e corroborou a versão final de consenso do instrumento. Todos estes passos foram seguidos segundo as *guidelines* do ITC (2017), para a tradução e adaptação cultural de instrumentos para outras línguas ou países. Após todo o processo de tradução, retrotradução e adaptação cultural, explicitado no capítulo anterior, surgiu o instrumento de avaliação final, utilizado na colheita de dados, que surge no anexo V, que engloba o instrumento de colheita de dados, conforme referido anteriormente.

Após ter sido terminado o processo de tradução e antes de se proceder à validação do instrumento, este foi alvo de um pré-teste e o feedback obtido em relação à aplicação da escala foi que se aplica em cerca de 10 a 15 minutos e que é de fácil compreensão para o Enfermeiro, no entanto os Enfermeiros relataram que alguns itens incluem muitos aspetos a avaliar, o que, por vezes, dificulta a compreensão por parte do utente e que poderá levar a viés da avaliação. Essencialmente, relataram que o instrumento era útil e avaliava sinais e sintomas comuns na população-alvo, no entanto os colegas referiram como dificuldade a especificação dos graus de gravidade, no intervalo de ausente a muito grave.

3.2. Avaliação das propriedades psicométricas

Após estar terminado o processo de tradução de um instrumento psicométrico, importa apreciar a sua validade concetual de modo a assegurar-se que a escala mede bem o conceito que é suposto medir (Fortin et al., 2009).

3.2.1. Caraterização sociodemográfica e clínica da amostra

O estudo incluiu 140 adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, acompanhados nas diferentes valências do serviço de psiquiatria do CHVNGE (Internamento - 14,3%; Hospital de Dia - 32,1% e Consulta Externa - 53,6%), com perturbação de ansiedade, perturbação depressiva ou ambas.

A idade média dos participantes foi 46,24 anos (desvio padrão=13,49) e 79,3% eram do sexo feminino, essencialmente casados (50,7%). Apenas 15,8% da amostra concluiu formação superior. As caraterísticas sociodemográficas dos participantes são apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Caraterísticas sociodemográficas e clínicas da amostra

	Variáveis	n	%
Sexo	Masculino	29	20,7
	Feminino	111	79,3
Estado Civil	Solteiro	32	22,9
	Casado ou união de facto	71	50,7
	Divorciado ou separado de facto	27	19,3
	Viúvo	10	7,1
Escolaridade	4º ano	21	15,0
	6ºano	19	13,6
	9ºano	29	20,7
	12º ano	49	35,0
	Licenciatura	18	12,9
	Mestrado	4	2,9
Patologia	Perturbação de Ansiedade	48	34,3
	Perturbação Depressiva	38	27,1
	Perturbação de Ansiedade e Depressiva	54	38,6

3.2.2. Validade

No sentido de averiguar a validade de construto do instrumento de avaliação, impôs-se a necessidade de obter a relevância da análise, que foi verificada com recurso ao teste Kaiser Mayer Olkin e ao teste Bartlett. Após esta análise, o valor de KMO obtido foi de 0,91 e o teste de Bartlett apresentou um nível de significância de esfericidade de $\chi^2=1053,486$; $df=91$; $p<0,01$, como tal, foram considerados aceitáveis para prosseguir com a análise fatorial.

Foi realizada a análise fatorial exploratória com rotação ortogonal, a variância total explicada por estas duas dimensões foi de 57,2%.

Para comparar a versão portuguesa do instrumento com a versão original, no sentido de perceber se a estrutura fatorial era sobreponível, realizamos uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) “livre”, com recurso ao software AMOS, ou seja, sem qualquer restrição ou correlação de erros. Os resultados encontrados foram pouco positivos, por exemplo, ao nível do RMSEA. Face a isto, procuramos identificar a origem destes resultados modestos e verificamos que em grande parte estes se deviam aos itens 1 e 2, e aos itens 9 e 10. Então, fizemos nova AFC com correlação entre os erros das variáveis 1 e 2, e 9 e 10, e aí os resultados obtidos já foram bastante positivos.

Os erros correlacionados, estão relacionados com o item HAM 1 e o HAM 2, que avaliam respetivamente o humor ansioso e a tensão, e com os itens HAM 9 e HAM 10, que avaliam respetivamente os sintomas cardiovasculares e respiratórios. Segundo a literatura, há relato da interligação entre os itens referidos. Whartin, em 2007, descreveu que as pessoas com transtorno de ansiedade generalizada apresentam preocupações ou sentimentos de antecipação do pior a respeito de várias situações e estão, por isso, constantemente tensas, demonstrando que o item HAM 1 e HAM 2 estão intimamente relacionados. Por outro lado, o item HAM 9 e o HAM 10, que avaliam respetivamente os sintomas cardiovasculares e os sintomas respiratórios, também são mencionados em alguns estudos como sintomas de forte associação. Os estados de ansiedade abarcam, frequente, sintomas respiratórios, como a dispneia, sendo comum a ocorrência de outros sintomas, simultaneamente, que incluem aperto no peito, palpitações e sensação de desmaio, ou seja, os sintomas cardiovasculares (Elmer, 2018).

Importa esclarecer que ao longo da apresentação de resultados, surgirão as seguintes siglas: HAM 1 - Humor ansioso; HAM 2 - Tensão; HAM 3 - Medos; HAM 4 - Insónia; HAM 5 - Nível intelectual/cognitivo; HAM 6 - Humor Depressivo; HAM 7 - Nível Somático Muscular; HAM 8 - Nível Somático Sensorial; HAM 9 - Sintomas Cardiovasculares; HAM 10 - Sintomas Respiratórios; HAM 11 - Sintomas Gastrointestinais; HAM 12 - Sintomas Geniturinários; HAM 13 - Sintomas Autonómicos; HAM 14 - Comportamento na entrevista; que representam os 14 itens da Escala de ansiedade de Hamilton.

Da análise fatorial confirmatória com estes dois erros correlacionados, surgiram os seguintes dados, expressos na imagem abaixo (figura 3).

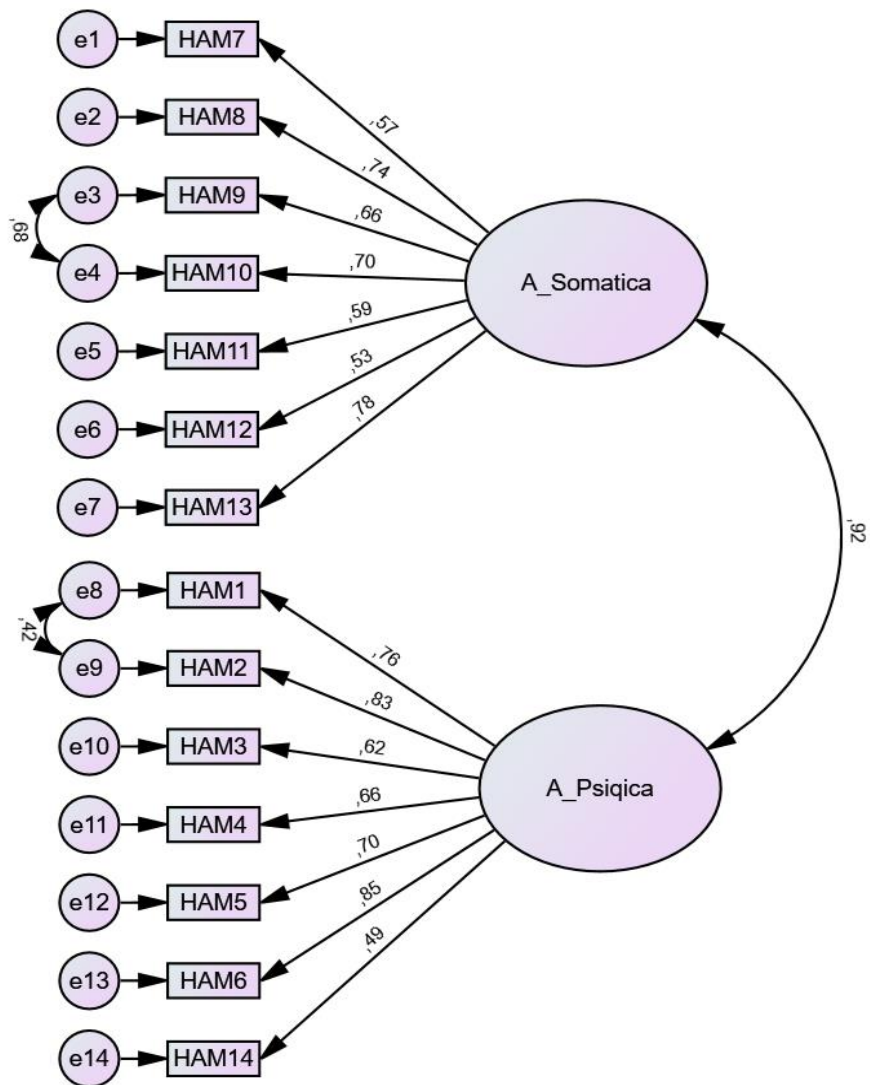


Figura 3 - Análise Fatorial Confirmatória

Da análise fatorial confirmatória realizada com dois erros correlacionados, foram encontrados os seguintes resultados, expressos no quadro 3.

Quadro 3 - Resultados da Análise Fatorial Confirmatória

Parâmetros	Resultados
CMIN/DF	1,29
CFI - Bentler's Comparative Fit Index	0,98
RMSEA - Root Mean Square Error of Aproximation	0,05
RMR - Root Mean Square Residual	0,09
GFI - Goodness of Fit Index	0,91

A validade convergente foi aferida com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, que mede o grau da correlação (e a direção dessa correlação) entre duas variáveis escalares métricas. Como expresso no quadro 4, apresentado de seguida, a Escala de Ansiedade de Hamilton apresenta uma correlação positiva estatisticamente significativa com o STAI Ansiedade Traço, no entanto, a correlação com o STAI Ansiedade Estado não é estatisticamente significativa.

Quadro 4 - Resultados da Correlação de Pearson entre a Escala de Ansiedade Hamilton e o Inventário Estado-Traço de Ansiedade

	Escala de Ansiedade de Hamilton	
	Correlação de Pearson (r)	Sig. (2-tailed) (p)
STAI Ansiedade Estado	0,09	0,28
STAI Ansiedade Traço	0,31**	0,00

** . A correlação é significativa quando $p < 0,01$

Foi ainda realizado o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre os scores totais das subescalas STAI ansiedade Traço e Estado, com os scores totais das duas dimensões da Escala de Ansiedade de Hamilton, sendo elas a ansiedade psíquica e somática. Mais uma vez, existe correlação positiva entre as dimensões ansiedade somática e psíquica, da Escala de Ansiedade de Hamilton, com o STAI Ansiedade Traço. Os resultados obtidos, do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, entre estas duas dimensões e a subescala do STAI Ansiedade Estado, mais uma vez, evidenciam valores que não são estatisticamente significativos, conforme evidenciado no quadro 5.

Quadro 5 - Resultados da Correlação de Pearson entre a Escala de Ansiedade Hamilton dimensão somática e psíquica e o Inventário Estado-Traço de Ansiedade

	Escala de Ansiedade de Hamilton - Ansiedade Psíquica		Escala de Ansiedade de Hamilton - Ansiedade Somática	
	Correlação de Pearson (r)	Sig. (2-tailed) (p)	Correlação de Pearson (r)	Sig. (2-tailed) (p)
STAI Ansiedade Estado	0,08	0,32	0,09	0,29
STAI Ansiedade Traço	0,29**	0,00	0,29**	0,00

** . A correlação é significativa quando $p < 0,01$

3.2.3. Fiabilidade

A fiabilidade foi analisada pela consistência interna através do alfa de *Cronbach*, tendo sido encontrado o valor de 0,92. Este teste foi realizado para a pontuação total do instrumento e para cada uma das dimensões que o compõem, sendo elas a dimensão somática e a dimensão psíquica, conforme apresentado de seguida no quadro 6.

Quadro 6 - Resultados da Consistência interna das dimensões da Escala de Ansiedade de Hamilton

Dimensões	alfa de Cronbach
Dimensão Psíquica (Ham 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 14)	0,87
Dimensão Somática (Ham 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13)	0,85

A análise da concordância entre observadores foi realizada com recurso ao coeficiente de correlação intraclasse e foi realizada item a item e para o score total da escala de Ansiedade de Hamilton. O valor de ICC obtido para o score global da escala foi de 0,911. No que respeita aos resultados obtidos da análise de ICC realizado item a item, os valores são apresentados no quadro seguinte (Quadro 7).

Quadro 7 - Resultados do Coeficiente de Correlação Intraclasse item a item

Item da Escala de Ansiedade de Hamilton	Resultado ICC
Ham 1	0,90
Ham 2	0,91
Ham 3	0,76
Ham 4	0,91
Ham 5	0,87
Ham 6	0,94
Ham 7	0,90
Ham 8	0,93
Ham 9	0,93
Ham 10	0,91
Ham 11	0,94
Ham 12	0,79

Ham 13	0,87
Ham 14	0,80

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objetivo deste estudo foi realizar a tradução, adaptação cultural e a validação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton para a língua portuguesa, numa amostra de adultos com doença mental. Os resultados encontrados, no geral, sustentam a validade e fiabilidade do instrumento, permitindo que este possa vir a ser utilizado no futuro em Portugal, para avaliação de Ansiedade. Contudo, a utilização deste instrumento deverá ser realizada com ponderação, uma vez que a correlação entre a Escala de Ansiedade de Hamilton e a subescala Ansiedade Estado do STAI não é estatisticamente significativa, instrumento utilizado para análise da validade convergente.

No que concerne à primeira parte do processo, a tradução e adaptação cultural do instrumento foi realizada segundo as *guidelines* do ITC (2017), uma vez que para se poder obter um instrumento traduzido que seja equivalente ao original, sob o ponto de vista cultural, assim como funcional, é fundamental estar inteirado das exigências linguísticas inerentes ao trabalho de tradução e com as especificidades culturais e psicométricas das populações a que dizem respeito (Hilton & Skrutkowski, 2002, cit. por Fortin et al., 2009). Tendo em conta estes factos, foram realizadas duas traduções iniciais independentes, uma realizada por um profissional da área de estudo com domínio da língua inglesa, e outra por uma tradutora. Essas duas versões foram uniformizadas numa versão de consenso pelo grupo de profissionais envolvidos na investigação, por sua vez, a versão de consenso foi retrotraduzida para a língua inglesa, por uma Enfermeira, que exerce funções há cerca de 8 anos, em Oxford, Inglaterra. A retrotradução foi comparada com a versão original e, após reunião do grupo de profissionais, foi possível obter consenso, uma vez que a versão retrotraduzida não apresentava divergências significativas em relação ao instrumento original. A Escala de Ansiedade de Hamilton traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa, foi utilizada na colheita de dados deste estudo psicométrico.

No que diz respeito às características sociodemográficas dos participantes, a idade média encontrada foi de 46,24 anos, sendo a sua maioria do sexo feminino (79,3%). Comparativamente aos dados estatísticos revelados pela literatura, a nível mundial, tal como acontece com a depressão, a perturbação da ansiedade é mais comum entre as mulheres (4,6% em comparação com 2,6% nos homens) (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2013). Das pessoas observadas, 34,3% padeciam de perturbação da ansiedade, 27,1% de perturbação depressiva e 38,6% das duas patologias em simultâneo, tal como é comumente descrito na literatura. Segundo a OMS (2017), muitas pessoas experimentam, simultaneamente, ambas as condições (perturbação de ansiedade e depressiva), facto que se confirmou neste estudo, após análise das características

sociodemográficas da amostra, como revelado anteriormente; entre outros, este foi um dos critérios para a definição da população alvo deste estudo. Quanto ao estado civil, foi evidenciado que a maioria dos participantes eram casados (50,7%), quanto à escolaridade, 35% dos participantes tinham concluído o 12º ano, 20% o 9º ano e apenas 2,9% tinham mestrado. Posto isto, sob o ponto de vista sociodemográfico a amostra parece ser representativa da população em estudo, no entanto este não era um objetivo do estudo, caso fosse teríamos recorrido a uma técnica de amostragem probabilística, em detrimento de uma amostra não probabilística.

Após revisão da literatura sobre a temática, optou-se por definir o número mínimo de 10 sujeitos por item, perfazendo um total de 140 pessoas, uma vez que a escala é composta por 14 itens, no sentido de cumprir os requisitos exigidos para a realização da análise fatorial confirmatória (Nunnally & Bernstein, 1994).

No sentido de averiguar a validade de construto do instrumento de avaliação, por via da análise fatorial confirmatória, para avaliar se o modelo de análise fatorial está ajustado aos dados, que foi verificada com recurso ao teste Kaiser Mayer Olkin e ao teste Bartlett, que evidenciaram condições para avançar para a análise fatorial, uma vez que os resultados encontrados revelaram o valor de KMO de 0,91 e o teste de Bartlett apresentou um nível de esfericidade de $\chi^2=1053,486$; $df=91$; $p<0,01$. Segundo Kaiser (1974) Hutcheson & Sofroniou (1999), o teste KMO é considerado excelente se o KMO for superior a 0,90 e o teste de Bartlett é considerado adequado quando o valor do χ^2 é alto e o valor de p é inferior a 0,05 (Bartlett, 1950). Após esta análise, e segundo os pressupostos mencionados anteriormente, estes valores foram considerados aceitáveis para prosseguir com a análise fatorial.

A análise fatorial pode ser exploratória, em primeiros estudos de construção de instrumentos ou primeiras validações, com os objetivos de explicar e reduzir dados, podendo proporcionar informações muito valiosas sobre a estrutura multivariada do instrumento de mensuração. Por outro lado, em contraste à pura exploração, surge a análise confirmatória, como o próprio nome indica com o intuito de confirmar hipóteses, baseadas na teoria ou em dados empíricos prévios, nomeadamente validações anteriores do mesmo instrumento, realizadas por exemplo noutros países, como se configura neste estudo psicométrico; daí ter-se realizado uma análise fatorial confirmatória. A validade de construto é reforçada se a estrutura fatorial da escala é consistente com os construtos que o instrumento se propõe medir (Laros, 2012).

Como mencionado no capítulo referente à abordagem metodológica, no sentido apenas de validar se o instrumento expressava as duas dimensões constantes no instrumento original, dimensão ansiedade somática e dimensão ansiedade psíquica (Hamilton, 1959), foi realizada a análise fatorial exploratória com rotação ortogonal, conforme a validação original do instrumento e as validações internacionais do mesmo (Hamilton, 1959; Lobo et al, 2019), sendo que a variância total explicada por duas dimensões foi de 57,2%. Segundo Hair et al.

(2005), a variância total explicada de um instrumento deve ser, no mínimo de 60%, pelo que o valor encontrado está abaixo do valor de referência. No entanto, a análise fatorial exploratória da versão original do instrumento resultou em duas dimensões que explicavam 45% da variância (Hamilton, 1959), portanto um valor inferior ao obtido neste estudo psicométrico.

Para analisar a validade de construto foi realizada uma análise fatorial confirmatória, que demonstrou que o instrumento compreende uma estrutura fatorial com 14 itens englobados em duas dimensões (somática e psíquica), quatro deles correlacionados dois a dois entre si, daí dizer-se com dois erros correlacionados. Da análise fatorial confirmatória com estes dois erros correlacionados, observou-se que as cargas fatoriais para cada um dos itens são superiores a 0,49, o que indica que os itens são de moderada a forte magnitude, uma vez que o valor mínimo aceitável de uma carga fatorial é superior a 0,45 (Tabachnick & Fidell, 1996). Neste sentido, é possível afirmar que há uma conjugação de itens que permite avaliar a ansiedade somática, e que há outra conjugação de itens que permite avaliar a ansiedade psíquica. Se uma dimensão avalia a parte psíquica e outra avalia a parte somática, o somatório das duas permitirá uma avaliação abrangente da ansiedade.

Segundo Kline (1998), para o CMIN/DF apresentar valores aceitáveis é ideal que seja inferior a 3, indicando um ajuste aceitável entre o modelo hipotético e os dados da amostra, neste estudo o valor obtido foi de 1,29. Para o CFI (Bentler's Comparative Fit Index) são considerados aceitáveis valores superiores ou iguais a 0,90, sendo neste estudo de 0,98 (Kline 2005). Por sua vez, o RMSEA (Root Mean Square Error of Aproximation) apresenta valores aceitáveis quando inferiores ou iguais a 0,08 (MacCallum et al, 1996), neste estudo o valor obtido foi 0,05. Na literatura, é sugerido que valores de RMSEA menores que 0,05 são bons, valores entre 0,05 e 0,08 são aceitáveis, valores entre 0,08 e 0,1 são marginais e valores maiores que 0,1 são maus (MacCallum et al, 1996). Para o RMR (Root Mean Square Residual) são considerados aceitáveis valores menores ou iguais a 0,10, sendo que neste estudo o valor foi de 0,09 (Hair et al., 2010; Awang, 2012). O GFI (Goodness of Fit Index) apresenta valores considerados aceitáveis quando superiores ou iguais a 0,85, sendo que o valor obtido foi de 0,91, pelo que é um valor aceitável (Hair et al., 2010). Em síntese, os itens avaliados apresentaram valores aceitáveis quer nos fatores gerais, quer nos fatores de dimensão expectável.

A validade convergente, entre a Escala de Ansiedade de Hamilton e o STAI, foi aferida com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson, que mede o grau da correlação (e a direção dessa correlação - se positiva ou negativa) entre duas variáveis escalares métricas. Este coeficiente, normalmente representado por r assume apenas valores entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 mais perfeita será a correlação positiva entre as duas variáveis, isto é, se uma variável aumenta a outra aumenta também (Mukaka, 2012). Os valores encontrados revelam uma correlação positiva entre o score total da Escala de Ansiedade de Hamilton e a subescala STAI Ansiedade Traço ($r=0,31$; $p=0,00$), revelando validade

convergente entre estes. No entanto, entre a Escala de Ansiedade de Hamilton e a STAI Ansiedade Estado, por outro lado, não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa, denotando-se ausência de validade convergente entre estes. Foi ainda estudada a validade convergente entre as dimensões somática e psíquica da Escala de Ansiedade de Hamilton, com o STAI, tendo os resultados sido semelhantes, ou seja, ambas as dimensões, somática e psíquica, apresentam uma correlação estatisticamente significativa com o STAI Ansiedade Traço e ausência de correlação estatisticamente significativa com o STAI Ansiedade Estado.

Este facto pode ser justificado pelo grande número de evidências que demonstram uma correlação significativa entre o STAI Ansiedade Traço e outros instrumentos capazes de quantificar depressão (Barlow, et al., 1986; Chambers, et al., 2004; Mendels, et al., 1972; Spielberger et al., 2005). Além disso, existem também evidências que indicam que o STAI Ansiedade Traço tem dificuldade em diferenciar utentes com perturbações de ansiedade e depressão (Kennedy, et al., 2001). Por sua vez, Maier (1988), realizou um estudo em que aplicou a Escala de Ansiedade de Hamilton a duas amostras de pessoas, a primeira composta por 97 pessoas com perturbação de ansiedade e a segunda composta por 101 pessoas com depressão. Neste estudo realizado por Maier (1988, pág. 66, 67), foi identificado que a Escala de Ansiedade de Hamilton tem um *“high degree of overlap between the anxiolytic effects measured by HAM-A change scores and the antidepressant effects”* e, ainda, que *“The HAM-A was unable to detect anxiety states in our sample of depressed patients”*. No presente estudo psicométrico, como mencionado, anteriormente, a população era constituída por 34,3% de pessoas com perturbação de Ansiedade, 27,1% com perturbação depressiva e 38,6% das pessoas, a percentagem mais alta, apresentavam as duas patologias em simultâneo. O desenvolvimento de instrumentos capazes de discriminar e quantificar sintomas de ansiedade e depressão tem sido objeto de ampla investigação.

Outra justificação, poderia estar relacionada com as diferenças entre um instrumento ser de autopreenchimento e outro de heteroavaliação, uma vez que a perceção do utente pode ser diferente da avaliação do Enfermeiro, profissional qualificado que, muitas vezes, pode sobrevalorizar ou desvalorizar alguns aspetos, de forma diferente do utente, assim como o utente pode, perante o Enfermeiro, minimizar as suas queixas, não respondendo de forma tão livre ao questionário, como quando preenchido por ele próprio (Bruss et al., 1994). Ou seja, tende a ser maior a diferença avaliativa entre a avaliação do Enfermeiro e a autoavaliação do utente. Por outro lado, o utente tende também a avaliar de forma diferente o seu estado atual (Ansiedade Estado) do seu padrão habitual (Ansiedade Traço).

Não havendo validade convergente com um instrumento que, em teoria, avalia o mesmo construto e se encontra já validado para a população portuguesa (STAI Ansiedade Estado), deve usar-se a Escala de Ansiedade de Hamilton com alguma prudência até que novos estudos que permitam esta comparação venham a ser realizados, por forma a perceber se esta ausência de validade convergente se tratou de um acaso ou se é uma ausência efetiva,

e, comprovando-se esta última hipótese, será necessário efetuar estudos no sentido de esclarecer se a Escala de Ansiedade de Hamilton apresenta validade convergente quando comparada com outros instrumentos de avaliação de ansiedade, validados para a população portuguesa.

Posteriormente, para avaliarmos a fiabilidade do instrumento, foi analisada a consistência interna, com recurso ao cálculo do alfa de *Cronbach*. Foram considerados como adequados um valor de alfa de *Cronbach* entre 0,70 e 0,90 (*Cronbach*, 1951); considerando um valor de alfa $\geq 0,70$ como adequado (Nunnally & Bernstein, 1994); se $\alpha \geq 0,90$, a consistência interna é considerada excelente (Kim et al., 2016). Neste caso o alfa de *Cronbach* encontrado foi de 0,92, pelo que demonstra uma excelente consistência interna. Todavia, o facto de a consistência interna ser superior a 0,90 pode ser entendido como sinónimo de que existem no instrumento itens redundantes; no entanto, de acordo com Kottner et al. (2011), sempre que um instrumento de avaliação concorra para a tomada de decisão clínica deve considerar-se um alfa de *Cronbach* de 0,90 como se tratando do valor mínimo aceitável, pelo que se optou pela não eliminação de qualquer item para reduzir a consistência interna do instrumento avaliado.

Neste estudo, a Escala de Ansiedade de Hamilton foi novamente aplicada a 61 participantes, por diferentes Enfermeiros, de modo a ser possível realizar a análise da concordância entre observadores, através do coeficiente de correlação intraclasse, segundo o valor mínimo definido por Zou (2012). Obteve-se um ICC total de 0,91 para um CI de 95%, o que vai ao encontro das recomendações sugeridas por Streiner e Norman (2003), pelo que foram encontrados bons resultados neste aspeto. Esta análise foi realizada item a item e para o score global da escala, tal como realizado no estudo de validação do mesmo instrumento em Espanha, por Lobo et al. (2009). Os valores desse coeficiente variam entre 0 e 1; a concordância é considerada muito boa se o coeficiente for maior que 0,90, boa se estiver entre 0,71 e 0,90, medíocre entre 0,31 e 0,50 e má ou nula se for menor que 0,31 (Cicchetti, 1994; Fleiss et al., 2004; Zou, 2012). Foi utilizado o modelo *One-way random effects*, uma vez que a avaliação foi realizada por um conjunto de avaliadores, diferentes Enfermeiros, que foram escolhidos de uma população possível de avaliadores (Koo et al., 2016). Posto isto, constatou-se boa concordância entre observadores neste estudo, estes dados podem ser justificados pelo facto de os Enfermeiros, enquanto grupo profissional, partilharem uma cultura profissional comum, com perceções similares, embora possam existir diferenças individuais, que condicionem diferentes avaliações.

Visto que, através da revisão bibliográfica, se percebeu que existem diversos estudos de validação internacionais referentes ao instrumento em estudo e diversos estudos de validação do STAI para a população portuguesa, é pertinente comparar os dados obtidos na validação das propriedades psicométricas deste instrumento de avaliação de ansiedade, para a população portuguesa, com os resultados das validações anteriores.

No que concerne ao instrumento utilizado para verificar a validade convergente, o inventário Estado-Traço de Ansiedade foi validado por Silva e Campos (1998), para a população portuguesa, em diferentes grupos populacionais, como estudantes do ensino secundário, universitários e adultos em exercício da sua profissão, com idades compreendidas entre os 19 e os 39 anos. Centrando-nos na população adulta, que foi constituída por 517 pessoas, os valores do coeficiente de alfa de *Cronbach* encontrados revelaram-se satisfatórios, 0,91 e 0,93 no STAI Ansiedade Estado e 0,89 e 0,90 no STAI Ansiedade Traço, valores referentes ao sexo masculino e feminino respetivamente (Silva & Campos, 1998). Neste estudo apenas foi avaliada a consistência interna do instrumento, não tendo sido aferida, por exemplo, a validade de construto.

Em relação ao instrumento abordado neste estudo psicométrico, a Escala de Ansiedade de Hamilton, na validação original realizada por Hamilton em 1959, não são apresentados resultados comparáveis com este estudo, uma vez que foram utilizados diferentes testes psicométricos. Contudo, a análise fatorial exploratória da versão original do instrumento resultou em duas dimensões que explicavam 45% da variância, portanto um valor inferior ao obtido neste estudo psicométrico (Hamilton, 1959). Segundo a literatura consultada, comparativamente aos estudos de validação realizados noutros países para o mesmo instrumento, em Espanha, no estudo realizado por Lobo et al. (2009) que incluiu 108 pessoas com perturbação depressiva e 106 pessoas com perturbação de ansiedade, foi obtido o valor de alfa de *Cronbach* de 0,89, que revela uma boa consistência interna; e um coeficiente de correlação intraclasse de 0,92, no que concerne à validade convergente, avaliada com recurso ao inventário Estado-Traço de Ansiedade, foi obtido o resultado de $p < 0,05$. No estudo realizado por Maier et al., no ano de 1988, o coeficiente de correlação intraclasse revelou o valor total de 0,74, revelando uma menor concordância entre observadores. Este estudo foi realizado com recurso a 97 pessoas com perturbação de ansiedade e 101 perturbação depressiva (Maier et al., 1988). O estudo realizado por Gjerris et al. (1983), não apresenta dados passíveis de comparação, uma vez que se tratou de um estudo apenas com pessoas com perturbação depressiva, de correlação com a escala de melancolia de Bech-Rafaelsen. Os resultados encontrados na literatura encontram-se de seguida, no quadro 8.

Quadro 8 - Comparação das Propriedades Psicométricas da escala de Ansiedade de Hamilton em diferentes estudos

Estudo	AFC	Alfa de <i>Cronbach</i>	ICC
Hamilton, 1959	duas dimensões que explicavam 45% da variância	_____	_____
Lobo et al., 2009	_____	0,89	0,92
Maier et al., 1988	_____	_____	0,74
Estudo Atual	duas dimensões que explicavam 57,2% da variância	0,92	0,91

Quanto aos outros instrumentos de avaliação da ansiedade, validados para a população portuguesa, que já foram abordados no quadro 1, foram obtidos os seguintes dados psicométricos: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): consistência interna da subescala Ansiedade de HADS é igual a 0,76 (Pais-Ribeiro et al., 2007); Resultado NOC “Nível de Ansiedade”: Alfa de *Cronbach* de 0,90 e o ICC foi de 0,99, estudo da concordância de observadores realizado por dois avaliadores (Sampaio et al., 2018); Inventário de Beck: apresenta boas propriedades psicométricas, consistência interna (alfa de *Cronbach*) de 0,92 e fiabilidade de 0,75 (Vivian & Argimon, 2009). Estes dados psicométricos são apresentados no quadro 9.

Quadro 9 - Comparação das Propriedades Psicométricas dos Instrumentos de Avaliação da Ansiedade Validados para a População Portuguesa

Estudo	Alfa de <i>Cronbach</i>	ICC
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007)	0,76	_____
Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Sampaio et al., 2018)	0,90	0,99
Inventário de Beck (Vivian & Argimon, 2009)	0,92	0,75
Estudo Atual	0,92	0,91

Por último, salientar o facto de que foram apenas utilizados para comparação dos dados obtidos da validação das propriedades psicométricas os artigos internacionais de validação da Escala de Ansiedade de Hamilton, que se aplicaram a adultos com perturbação de ansiedade ou depressiva, para tentar manter a mesma linha de pensamento, contudo foram encontrados, durante a pesquisa bibliográfica, artigos de validação do instrumento em adolescentes (Clark & Donovan, 1994) e em pessoas com doença de Parkinson (Leentjens et al., 2011; Kummer et al., 2010), porém como Hamilton (1959) dirigiu a escala, originalmente, para pessoas adultas com ansiedade, em detrimento da ansiedade causada por outras patologias, estes artigos não foram utilizados como comparação.

Em suma, face ao exposto anteriormente, os resultados obtidos na avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton, no que respeita à avaliação da fiabilidade, por via da análise da consistência interna ou da concordância entre observadores, vão de encontro aos resultados positivos de estudos anteriores.

4.1. Limitações do estudo

A limitação mais significativa para a realização deste estudo psicométrico, prendeu-se com a dificuldade em aplicar o instrumento de colheita de dados a 140 participantes, amostra mínima para a realização deste estudo, por várias questões relacionadas com o serviço onde foi realizada a colheita de dados e com a situação pandémica, que reduziu a ida dos utentes ao hospital e aumentou as consultas telefónicas, revelando-se um verdadeiro desafio encontrar 140 pessoas, que cumprissem os critérios definidos para a participação neste estudo.

Assim sendo, os resultados encontrados devem ser analisados tendo em conta as seguintes limitações: a amostra foi constituída apenas por indivíduos do mesmo serviço e do mesmo hospital, sendo que em estudos futuros seria relevante englobar também utentes seguidos noutros hospitais ou serviços. Importa ainda acrescentar que poderia ser uma mais valia realizar este estudo ao nível dos cuidados de saúde primários, pois muitos dos utentes com diagnóstico de ansiedade e depressão são acompanhados apenas pelo médico de família, chegando apenas os casos mais graves aos hospitais. Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), há registo nos cuidados de saúde primários, em Portugal Continental, de 74,5% das perturbações depressivas e 72,6% das perturbações de ansiedade. Adicionalmente, seria importante recorrer a uma técnica de amostragem probabilística para que esta fosse mais representativa.

Além disto, em estudos futuros, o ideal seria que a aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton fosse realizada em momentos consecutivos por dois Enfermeiros, de modo a possibilitar uma análise da concordância entre observadores mais “real”, visto que a ansiedade é um fenómeno muito mutável, que pode implicar alterações nos resultados da análise da concordância entre observadores, por efetivamente a pessoa apresentar em momentos diferentes, diferentes níveis de ansiedade. Neste estudo psicométrico, nem sempre foi possível realizar avaliações consecutivas, devido às limitações de horário dos diferentes Enfermeiros, pelo que é uma recomendação de melhoria para estudos futuros.

Outra limitação, mas neste caso, do instrumento, prende-se com o facto de a Escala de Ansiedade de Hamilton, embora seja amplamente utilizada, como referido anteriormente, ter algumas lacunas apontadas, nomeadamente o facto de não excluir os efeitos dos ansiolíticos e antidepressivos nos utentes, bem como o facto de alguns dos sintomas somáticos, muitas vezes, serem efeitos colaterais relatados destas mesmas medicações, pelo que a sua utilização poderá ser limitada por estes fatores (Maier et al., 1988). Por outro lado, trata-se de um instrumento de heteroavaliação, ou seja, uma avaliação realizada pelo profissional de Enfermagem, que pode sobrevalorizar ou desvalorizar determinados aspetos, em função da sua experiência e do conhecimento do utente em causa. Por outro lado, foi referida, pelos profissionais que realizaram o pré-teste do instrumento, a dificuldade em caracterizar cada grau de gravidade de sintomas, relatando que o que eu posso considerar ser grave, outra pessoa pode considerar muito grave, por exemplo, podendo causar algum viés. Apesar disto, este facto não foi corroborado pela avaliação da concordância de observadores, uma vez que até se obteve uma boa concordância segundo análise realizada com recurso ao coeficiente de correlação intraclasse.

No futuro, seria importante validar a Escala de Ansiedade de Hamilton com recurso a outros instrumentos, bem como junto de outras populações, para verificar se os resultados encontrados neste estudo se verificam, assim como importa também realizar novos estudos de validação, em Portugal, em que se compare novamente a Hamilton com o STAI Ansiedade Estado, também para verificar se o que aconteceu foi um mero acaso, ou se de facto, a ausência de validade convergente se confirma.

Outra sugestão poderá passar por validar uma entrevista padronizada para aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton, para possibilitar maior uniformidade na sua aplicação e avaliação da ansiedade através do relato do utente e não apenas através de uma quantificação. De ressaltar, que esta não é uma ideia inovadora, uma vez que, noutros países, existem entrevistas padronizadas para este efeito, pelo que, no futuro, poderá ser interessante validar um destes instrumentos para a população portuguesa. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América, composto por um grupo de investigadores da Pensilvânia, Boston, Nova Iorque e Carolina do Norte, intitulado “*Reliability and Validity of a structured interview guide for the hamilton anxiety rating scale (SIGH-A)*”, apresentam vantagens para aplicação do instrumento por ser mais estruturado e facilitar a avaliação por

profissionais menos experientes (Shear et. al, 2001), assim como outro estudo semelhante, realizado num hospital da Pensilvânia, intitulado “*Hamilton Anxiety Rating Scale Interview Guides: joint interview and test-retest methods for inter-rater reliability*” (Bruss et al., 1994).

5. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O avanço no conhecimento requer que o EEESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação científica na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, participando, igualmente, em projetos de investigação que tenham como objetivo aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialização, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. É, por isso, fundamental que os Enfermeiros utilizem um corpo de conhecimentos sólido de Enfermagem para alcançar maior responsabilidade e autonomia profissional, pois a prática de Enfermagem só pode ser considerada autónoma, se baseada em investigação em Enfermagem (Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2018).

O presente estudo apresenta resultados relevantes para o aumento do corpo de conhecimento da disciplina de Enfermagem, na medida em que se trata da tradução, adaptação cultural e validação das propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação de ansiedade, que quando validado, poderá ser utilizado pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para avaliar a ansiedade, enquanto sinal e sintoma, ou seja, enquanto diagnóstico de Enfermagem. Em termos de educação em Enfermagem, também será uma mais-valia, pois poderá vir a ser incluído nos planos de estudos de forma a ser ensinado aos estudantes, que também o poderão utilizar. No que respeita à gestão de cuidados e avaliação de qualidade de cuidados de saúde e de Enfermagem, poderá ser uma mais-valia, uma vez que será mais um instrumento válido e fiável de avaliação de ansiedade.

As propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton parecem suportar a sua utilização em contexto clínico, permitindo a avaliação da ansiedade, em adultos com perturbação de ansiedade e/ou depressiva. Este trata-se de um instrumento de fácil utilização e aplicabilidade em contexto clínico por parte dos profissionais de Enfermagem, principalmente útil para os especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, dada a sua estreita relação e contacto frequente com o utente com problemas de saúde mental, como a ansiedade. Desta forma, é importante a continuidade e replicação deste tipo de estudo, quer em Portugal, quer noutros países.

CONCLUSÃO

A realização da presente Dissertação de Mestrado demonstrou-se bastante enriquecedora, uma vez que possibilitou o desenvolvimento de evidência científica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ao longo deste estudo, foi realizada a tradução e adaptação cultural da Escala de Ansiedade de Hamilton, tendo sido apresentada a versão final do instrumento, a ser validado para a população portuguesa. Seguidamente, foram realizadas as entrevistas de colheita de dados a 140 pessoas com perturbação de ansiedade e/ou depressiva, seguidas no CHVNGE e todos os dados obtidos foram processados com recurso a uma base de dados criado no IBM SPSS versão 27. Dentro desta amostra de 140 pessoas, a Escala de Ansiedade Hamilton, foi aplicada por outros Enfermeiros, selecionados intencionalmente, a 61 participantes do estudo, para possibilitar, depois, a análise da concordância entre observadores. Posteriormente, foram avaliadas as propriedades psicométricas do instrumento. Foi realizada a análise fatorial confirmatória, que demonstrou que o instrumento compreende uma estrutura fatorial com 14 itens englobados em duas dimensões (somática e psíquica). Foi também avaliada a validade convergente, que revelou ausência de correlação estatisticamente significativa com o STAI Ansiedade Estado e uma correlação estatisticamente significativa com o STAI Ansiedade Traço. No que concerne à fiabilidade foi avaliada a consistência interna, por via do alfa de *Cronbach*, tendo sido alcançado um valor de $\alpha=0,92$, que corrobora uma excelente consistência interna do instrumento. Por fim, foi analisada a concordância entre observadores, por via do coeficiente de correlação intraclasse, revelando uma boa concordância entre observadores. Em síntese, os resultados encontrados esclareceram que a Escala de Ansiedade de Hamilton apresenta boas propriedades psicométricas.

A avaliação das propriedades psicométricas consubstanciou a validade deste instrumento para uso na prática clínica de Enfermagem, assim como em contextos de educação em Enfermagem e gestão de qualidade em cuidados de Enfermagem. Contudo, visto que a validade convergente encontrada entre o instrumento e o STAI Ansiedade Estado, evidenciou ausência de correlação estatisticamente significativa, este deve ser utilizado de forma ponderada até à realização de novos estudos de comparação entre estes dois instrumentos, no sentido de aferir se esta ausência de validade convergente efetivamente existe ou se foi apenas “de ocasião” e, mesmo que não exista com o STAI Ansiedade Estado, se tem com outros instrumentos de avaliação da ansiedade validados para Portugal. Pelo que, é uma sugestão de investigação futura.

Os objetivos desta Dissertação de Mestrado, que foram mencionados no início deste documento, foram atingidos na plenitude. Inicialmente, foi explanado o estado da arte acerca da temática ansiedade, assim como foram apresentados os instrumentos de avaliação de ansiedade validados para a população portuguesa. Depois, foram esclarecidos os princípios metodológicos seguidos para a realização do estudo psicométrico, que envolveu a tradução e adaptação de um instrumento de avaliação para a população portuguesa e, finalmente, foram avaliadas as propriedades psicométricas, tendo sido clarificados os principais resultados e realizada a sua interpretação, por via da discussão dos resultados. Além disso, foram mencionados os contributos deste estudo para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Em suma, é importante perceber que os resultados menos bons são também muito relevantes para o avanço do conhecimento, por isso apesar deste resultado encontrado de ausência de validade convergente com o STAI Ansiedade Estado, esta Dissertação de Mestrado apresenta um contributo relevante para o avanço do conhecimento em Enfermagem, baseado na evidência, e para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida L., Gonçalves, M. M., Simões, M. R. & Machado, C. (2006). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol.1, 2.^a Edição. Braga: Quarteto.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5.^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrade, M. (2009). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. 9.^a Edição. São Paulo: Atlas.
- Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. 16, n.º1. São Paulo.
- Barlow, D. H., DiNardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. & Blanchard, E. B. (1986). *Co-morbidity and depression among the anxiety disorders: issues in diagnosis and classification*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: 63-72.
- Bartlett, M. S. (1950). *Tests of significance in factor analysis*. *British Journal of statistical psychology*, 3(2), 77-85.
- Beaton, E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, B. (2000). *Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures*. *Spine*, 25(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. 5.^a Edição. Oxford: University Press.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1991). *Relationship between the Beck Anxiety inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients*. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 213-223.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.
- Brozek, Ursula; Meg Gulanick; Gradishar, Deidra & Nanda. (2012). *Anxiety A vague, uneasy feeling, the source of which is often nonspecific or unknown to the individual*. <http://www1.us.elsevierhealth.com/MERLIN/Gulanick/archive/Constructor/gulanick04.html>.
- Bruss, G. S., Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D., Barber, J. P. (1994). *Hamilton Anxiety Rating Scale Interview Guides: joint interview and test-retest methods for inter-rater reliability*. *Psychiatry Res* 53:191-202.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2011). *Quantitative data analysis with IBM SPSS 17, 18 and 19: A guide for social scientists*. East Sussex: Routledge.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. (2016). *NIC: classificação das intervenções de enfermagem*. 6.^a Edição. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Burns, D. D. & Eidelson, R. J. (1998). *Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model*. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 66(3):461-73.
- Cattell, R.B. (1978). *The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences*. New York: Plenum.

Center for Diseases Control and Prevention (CDC) (2021). *Guidance and support on depression and anxiety*. <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/diseases/depression-anxiety.html>.

Chambers, J. A., Power, K. G. & Durham, R. C. (2004). *The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder*. *Journal of Anxiety Disorder*. 18(5):587-607.

Cicchetti, D. V. (1994). *Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology*. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.284.

Clark, D. B. & Donovan, J. E. (1994). *Reliability and Validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an Adolescent Sample*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33:3.

Clark, L. A., & Watson, D. (2015). *Constructing validity: Basic issues in objective scale development*. In *Methodological issues and strategies in clinical research*. 4.^a Edição. American Psychological Association. doi:10.1037/14805-012.

Clark, L. A. & Watson, D. (1991). *Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications*. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.

Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (Convenção de Oviedo), aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>.

Crocker, L. & Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Harcourt, New York, 527.

Darwin, C. R. (1873). *The expressions of emotions in man and animals*. NY D. Appelton.

DeVon, H., Block, M., Wright, P., Ernst, D., Hayden, S., Lazzara, D., Savoy, S. & Kostas-Polston, E. (2007). *A Psychometric Toolbox for Testing Validity and Reliability*. *Journal of nursing scholarship*. Sigma Theta Tau. 39. 155-64. [10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x].

Direção Geral da Saúde. (2013). *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Norma da Direção Geral de Saúde 015/2013 de 3/10/203. Recuperado de http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/ESCOLA/COMISSOES/COMISSAO_ETICA/Norma_DGS_Consentimento_Informado.pdf.

Direção Geral da Saúde (DGS). (2018). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: Enquadramento global e nacional e referências de recurso em casos emergentes*. Lisboa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>.

Donzuso, G., Cerasa, A., Gioia, M. C., Caracciolo, M. & Quattrone, A. (2014). *The neuroanatomical correlates of anxiety in a healthy population: differences between the State-Trait Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale*. *Brain Behav*, 4, 504-514.

Elmer, J. (2018). *How anxiety can cause shortness of breath and what you can do*. São Francisco: Healthline. Recuperado de <https://www.healthline.com/health/shortness-of-breath-anxiety>.

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. Lisboa. 1.º Relatório. http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.

- Ferguson, E., & Cox, T. (1993). *Exploratory factor analysis: A users' guide*. *International Journal of Selection and Assessment*, 1(2), 84-94. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.1993.tb00092.x>.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. 4.^a Edição. London: SAGE Publications.
- Fleiss, J.L., Levin, B., & Paik, M. (2004). *Statistical Methods for Rates and Proportions, Third Edition*. In *Statistical Methods for Rates and Proportions*, 18. doi.org/10.1002/0471445428.ch18.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. NY: Psychoanalytic Quartely and Norton & Co.
- Gjerris, A., Bech, P., Bojholm, S., Bolwig, T.G., Kramp, P., Clemmesen, L., Andersen, J., Jensen, E. & Rafaelsen, O. J. (1983). *The Hamilton Anxiety Scale Evaluation of Homogeneity and Inter-observer Reliability in Patients with Depressive Disorders*. *Journal of Affective Disorders*. Dinamarca: Elsevier Science Publishers. 163-170 163.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gray, J.A. (1987). *Perspectives on Anxiety and Impulsivity A Commentary*. *Journal of Research in Personality*, vol. 21, 493-509.
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). *Relation of sample size to the stability of component patterns*. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Hair, J. R., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5.^a Edição. Porto Alegre: Bookman.
- Hambleton, K. (2005). *Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into um tiple languages and cultures*. In R. K. Hambleton, P. F.
- Hamilton, M. (1959). *The assessment of anxiety states by rating*. *British Journal of Medical Psychology* 32:50-55.
- Hamilton, M. (1960). *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1969). *Diagnosis and rating of anxiety*. *British Journal of Psychiatry, Special Publication* nº3, 76-79.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). *A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalista approach*. *Quality of Life Research*, 7(4), 323-335. <https://doi.org/10.1023/A:1008846618880>.
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I: Definições e Classificação - 2018/2020*. 11.^a Edição Artmed- NANDA Internacional.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hou, Y., Li, X., Yang, L., Liu, C., Wu, H., Xu, Y., Yang, F. & Du, Y. (2014). *Factors associated with depression and anxiety in patients with end-stage renal disease receiving maintenance hemodialysis*. *International urology and nephrology*, 46(8), 1645- 1649. [<http://dx.doi.org/10.1007/s11255-014-0685-2>] <https://doi.org/10.4135/9780857028075>.
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1995). *Evaluating model fit*. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Sage Publications, Inc.
- Hutcheson, G. and Sofroniou, N. (1999). *The Multivariate Social Scientist: Introductory*

- Statistics Using Generalized Linear Models*. Sage Publication, Thousand Oaks, CA.
- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Internacional Council of Nursing. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Genebra: Edição Portuguesa Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (ICN). (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Jean - Marteau, 1201 Genebra, Suíça.
- International Test Commission (ITC). (2017). *The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes*, 2017. Recuperado de <https://www.intestcom.org/>.
- Kaiser, H. (1974). *An index of factorial simplicity*. Psychometrika, 39(1), 31-36.
- Kennedy, B. L., Schwab, J. J., Morris, R. L. & Beldia, G. (2001). *Assessment of state and trait anxiety in subjects with anxiety and depressive disorders*. Psychiatry Quartly.72(3):263-76.
- Kim, H., Ku, B., Kim, J. Y., Park, Y.-J., & Park, Y.-B. (2016). *Confirmatory and Exploratory Factor Analysis for Validating the Phlegm Pattern Questionnaire for Healthy Subjects*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 1-8. doi:10.1155/2016/2696019.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide To Factor Analysis*. New York: Routledge.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). *A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research*. Journal of chiropractic medicine, 15(2), 155-163 [<https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>].
- Kottner, J., Audigé, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A. & Streiner, D. L. (2011). *Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS) were proposed*. International Journal of Nursing Studies, 48(6), 661-671.
- Kummer, A., Cardoso, F. & Teixeira, A. L. (2010). *Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease*. Arq Neuropsiquiatr 68(4):495-501.
- LaCrosse, M.B. (1980). *Perceived counselor social influence and counselling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form*. Journal of Counseling Psychology, 27(4),320-327. doi: 10.1037/0022-0167.27.4.320.
- Landré-Beauvais, A. J. (1813). *Sémiotique ou traité des signes des maladies*. Sed Paris: Bros-son.
- Laros, Jacob. (2012). *O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores*. Brasília, Editors Luiz Pasquali.
- Leentjens, A. F. G., Dujardin, K., Marsh, L., Richard, I. H., Starkstein, S. E. & Martinez-Martin, P. (2011). *Anxiety Rating Scales in Parkinson's Disease: A Validation Study of the Hamilton Anxiety Rating Scale, the Beck Anxiety Inventory, and the Hospital Anxiety and Depression Scale*. Movement Disorders, Vol. 26, nº3.
- Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 96/98, de 24 de julho https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2925&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=
- Linden, M., Zubrägel, D. & Bär, T. (2011). *Occupational functioning, sickness absence and medication utilization before and after cognitive-behaviour therapy for generalized anxiety disorders*. Clin Psychol Psychother, 18, 218-224.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A. & Dal-Re, R. (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*. Barcelona: Medline 118(13):493-9.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019a). *A General Approach for Fitting Pure Exploratory Bifactor Models*. In Multivariate Behavioral Research, 54(1), 15-30.doi.org/10.1080/00273171.2018.1484339.

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019b). *Robust Promin: A method for diagonally weighted factor rotation*. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 99-106. doi.org/10.24265/liberabit2019.v25n1.08.

Lorenzo-Seva, U., & ten Berge, J. M. F. (2006). *Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity*. *Methodology*, 2(2), 57-64. doi.org/10.1027/1614-2241.2.2.57.

Maier, W., Buller, R., Philipp, M. & Heuser, I. (1988). *The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders*. *J Affect Disord*, 14:61-68.

Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* [What is the reliability of the Cronbach's alpha? Old question and modern solutions?]. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

McMahon, E. M., Corcoran, P., O'Regan, G., Keeley, H., Cannon, M., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Balint, M., Bobes, J., Brunner, R., Cozman, D., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.P., Nemes, B., Podlogar, T., Poštuvan, V., Sáiz, P., Sisask, M., Tubiana, A., Värnik, P., Hoven, C. W. & Wasserman, D. (2016). *Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1- 12. http://dx.doi.org/10.1007/s00787-016-0875-9.

Mendels, J., Weinstein, N. & Cochrane, C. (1972). *The relationship between depression and anxiety*. *Archives of General Psychiatry*, 27, 649-653.

Mendes, J. A. M. (2010). *A vivência subjetiva dos cuidadores de pessoas com demência: temas centrais, sintomatologia emocional e estratégias de confronto*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2519>.

Merenda, P. F., Spielberger, C. D., & Hambleton, R. K. (2004). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2016). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) [Nursing outcomes classification]* (5th ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Mukaka, M.M. (2012). *Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research*. *Malawai Medical Journal*, 24(3):69-7.

Nunnally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994) *The Assessment of Reliability*. *Psychometric Theory*, 3ª ed. Nova Iorque: McGraw-Hill Series in psychology, p. 248-292.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Divulgar.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem; individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento profissional. Lisboa, Conselho de Enfermagem.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2017). *Depression and other Common Mental Disorders*. Global Health Estimates. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-%20eng.pdf?sequence=1>.

Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. (2007). *Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Psychol Health Med*. 12(2):225-35; quiz 235-7. English, Portuguese. Doi: 10.1080/13548500500524088. PMID: 17365902.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. 2.ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto-Gouveia & Fonseca L. (1995). *Inventário de Ansiedade de Beck - Tradução e adaptação para a população portuguesa*.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.^a Edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Quintão, S., Delgado, A., & Prieto, G. (2013). *Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 305-310. Recuperado em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>.

Raypole, C. (2020). *Anxiety Dreams: Causes, Meaning, and Tips*. São Francisco: Healthline. Recuperado de <https://www.healthline.com/health/anxiety-dreams>.

Rebello, S. & Carvalho, J. C. (2014). *Ansiedade: Intervenções de enfermagem*. Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental, 10(20). Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jose-Carlos-Carvalho-2/publication/283853274_Ansiedade_Intervencoes_de_enfermagem/links/5657338c08ae4988a7b53007/Ansiedade-Intervencoes-de-enfermagem.pdf.

Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, Regulamento n.º 515/2018 <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>.

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril de 1996) <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

Ritchie, H. & Roser, M. (2018). *Mental Health*. Recuperado de <https://ourworldindata.org/mental-health>.

Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9.^a Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. C., Canut, M. T. L. & Martins, T. (2018). *Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes "Anxiety Level" and "Anxiety Self-Control" in a Portuguese Outpatient Sample*. *International Journal of Nursing Knowledge*, Volume 29, nº3.

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, lda.

Shear, M. K., Vander Bilt, J., Rucci, P., Endicott, J., Lydiard, B., Otto, M. W., Pollack, M. H., Chandler, L., Williams, J., Ali, A., & Frank, D. M. (2001). *Reliability and Validity of a structured interview guide for the hamilton anxiety rating scale (SIGH-A)*. *Depression and Anxiety* 13:166-178. Wiley-Liss, INC.

Silva, C. D., & Brandão, M. (2012). *Impacto da gestão da ansiedade em pessoas internadas*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n.º 7, 61, 61-69.

Silva, D. R. & Campos, R. (1998). *Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a população portuguesa*. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33, 71-89.

Sireci, G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, J. (2006). *Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality*. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557-567. <https://doi.org/10.1177/0022022106290478>.

Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety as an emotional state*. Nova Iorque.

Spielberger, C. D., Buéla-Casal, G., Agudelo, D., Carretero-Dios, H. & Santolaya, F. (2005). *Analysis of convergent and discriminant validity of the Spanish experimental version of the State-Trait Depression Questionnaire (ST-DEP)*. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 33(6):374-82.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stevens, J. P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. 5.^a Edição. East Sussex: Routledge.
- Streiner, D., Norman, G., Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and use*. 5th ed. Oxford University Press, New York.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Tabachnick, G., & Fidell, S. (2014). *Using multivariate statistics*. 6.^a ed. Essex: Pearson Education Limited.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). *Ansiedade e Depressão em Medicina - Modelos Teóricos e Avaliação*. Ata Médica Portuguesa, revista Científica da Ordem dos Médicos.
- Townsend, M. C. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Vaz Serra, A. S., Ponciano, E. & Relvas, J. (1982). *Aferição da Escala de Auto-avaliação de Ansiedade de Zung numa amostra de população portuguesa -I*. Resultados de aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*, 3 (4), 191-202.
- Vinhas, R. (2008). *A expressão da ansiedade e da depressão em pacientes com VIH/SIDA (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Recuperado de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1046/2/Tese%20Raquel%20Vinhas.pdf>.
- Vivan, A. S. & Argimon, I. I. (2009). *Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados*. *Cad. Saúde Pública*, 25 (2), 436-444.
- Whartin, R. N. (2007). *Transtornos de Ansiedade*. Tratado de Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 11ed, cap 160, p. 1050-1054.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). *Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation*. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>.
- World Health Organization. (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 - Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais em Cuidados Primários*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- World Medical Association. (2013). *World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
- Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Ata Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
- Zou, G. Y. (2012). *Sample size formulas for estimating intraclass correlation coefficients with precision and assurance*. *Statistics and Medicine*, 31(29), 3972-3981. <https://doi.org/10.1002/sim.5466>.
- Zung W. W. (1971). *A rating instrument for anxiety disorders*. *Psychosomatics*, 12 (6), 371-379. doi: 10.1016/S0033-3182(71)71479.

ANEXOS

Anexo I - Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

Reference: Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.

Rating Clinician-rated

Administration time 10–15 minutes

Main purpose To assess the severity of symptoms of anxiety

Population Adults, adolescents and children

Commentary

The HAM-A was one of the first rating scales developed to measure the severity of anxiety symptoms, and is still widely used today in both clinical and research settings. The scale consists of 14 items, each defined by a series of symptoms, and measures both psychic anxiety (mental agitation and psychological distress) and somatic anxiety (physical complaints related to anxiety). Although the HAM-A remains widely used as an outcome measure in clinical trials, it has been criticized for its sometimes poor ability to discriminate between anxiolytic and antidepressant effects, and somatic anxiety versus somatic side effects. The HAM-A does not provide any standardized probe questions. Despite this, the reported levels of inter-rater reliability for the scale appear to be acceptable.

Scoring

Each item is scored on a scale of 0 (not present) to 4 (severe), with a total score range of 0–56, where <17 indicates mild severity, 18–24 mild to moderate severity and 25–30 moderate to severe.

Versions

The scale has been translated into: Cantonese for China, French and Spanish. An IVR version of the scale is available from Healthcare Technology Systems.

Additional references

Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 1988;14(1):61–8.

Borkovec T and Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Consult Psychol* 1993; 61(4):611–19

Address for correspondence

The HAM-A is in the public domain.

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)

Below is a list of phrases that describe certain feeling that people have. Rate the patients by finding the answer which best describes the extent to which he/she has these conditions. Select one of the five responses for each of the fourteen questions.

0 = Not present, 1 = Mild, 2 = Moderate, 3 = Severe, 4 = Very severe.

1 Anxious mood ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Worries, anticipation of the worst, fearful anticipation, irritability.

2 Tension ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Feelings of tension, fatigability, startle response, moved to tears

easily, trembling, feelings of restlessness, inability to relax.

3 Fears ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Of dark, of strangers, of being left alone, of animals, of traffic, of

crowds.

4 Insomnia ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Difficulty in falling asleep, broken sleep, unsatisfying sleep and fatigue on waking, dreams, nightmares, night terrors.

5 Intellectual ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Difficulty in concentration, poor memory.

6 Depressed mood ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Loss of interest, lack of pleasure in hobbies, depression, early waking, diurnal swing.

7 Somatic (muscular) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Pains and aches, twitching, stiffness, myoclonic jerks, grinding of teeth, unsteady voice, increased muscular tone.

8 Somatic (sensory) ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Tinnitus, blurring of vision, hot and cold flushes, feelings of weakness, pricking sensation.

9 Cardiovascular symptoms ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Tachycardia, palpitations, pain in chest, throbbing of vessels, fainting feelings, missing beat.

10 Respiratory symptoms ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Pressure or constriction in chest, choking feelings, sighing, dyspnea.

11 Gastrointestinal symptoms ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Difficulty in swallowing, wind abdominal pain, burning sensations, abdominal fullness, nausea, vomiting, borborygmi, looseness of bowels, loss of weight, constipation.

12 Genitourinary symptoms ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Frequency of micturition, urgency of micturition, amenorrhea, menorrhagia, development of frigidity, premature ejaculation, loss of

libido, impotence.

13 Autonomic symptoms ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Dry mouth, flushing, pallor, tendency to sweat, giddiness, tension

headache, raising of hair.

14 Behavior at interview ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Fidgeting, restlessness or pacing, tremor of hands, furrowed brow, strained face, sighing or rapid respiration, facial pallor, swallowing, etc.

Anexo II - Traduções e retrotradução da Escala de Ansiedade de Hamilton

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton - Tradução 1 (Licenciada em Relações internacionais)					
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave (Incapacitante)
1. Humor Ansioso: Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comover-se facilmente, tremores, sensação de cansaço, incapacidade para descontrair e agitação.					
3. Medos: De escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insônia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insuficiente e cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual: dificuldade de concentração, memória fraca.					
6. Humor Deprimido: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, acordar cedo, alteração de humor.					
7. Nível Somático (muscular): Dores no corpo todo, contrações espasmódicas, rigidez, ranger dos dentes, voz trémula.					
8. Nível Somático (sensorial): Zumbido, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, pulsação acelerada, sensação de desmaio, falta de pulsação.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dor abdominal, ardor, sensação de enfartamento, azia, náuseas, vômitos, angústia, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas Geniturinários: Micção frequente, vontade urgente de urinar, amenorreia, menorrágia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda de ereção, impotência.					

13. Sintomas Anatômicos: Boca seca, rubor facial, palidez, sudorese, tonturas, cefaleia de tensão, arrepios.					
14. Comportamento na Entrevista: Angústia, inquietação ou caminhar de um lado para o outro. Mãos a tremer, franzir a testa, expressão facial tensa, respiração profunda e acelerada, palidez facial, deglutições frequentes, etc.					

Escala de Ansiedade de Hamilton (Tradução 2 - Enfermeira com domínio da língua inglesa)

	Inexistente	Ligeiro	Moderado	Severo	Muito severo
1. Sinais de ansiedade: preocupações, sofrer por antecipação, constante medo, irritabilidade.					
2. Tensão: sentir-se tenso, fadiga, sobressaltado, choro fácil, labilidade emocional, tremores, inquietação, incapacidade para relaxar.					
3. Medos: do escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não regenerativo associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos, terrores noturnos					
5. Intelectualmente: dificuldade em se concentrar, má memória.					
6. Sinais de depressão: falta de interesse em geral, pouco prazer na execução de hobbies, depressão, despertar muito cedo, alterações de humor durante o dia.					
7. Somático (muscular): dores e desconfortos, contrações, rigidez, espasmos mioclónicos, bruxismo, voz trémula, aumento do tónus muscular.					
8. Somático (sensorial): ruídos auditivos, visão turva, episódios de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de formigueiro.					

9. Sintomas cardiovasculares: taquicardia, palpitações, dor no peito, vasos latejantes, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas respiratórios: sensação de peito apertado, engasgamento, respirar fundo, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: dificuldade em engolir, flatulência, dor abdominal, azia, sensação de estômago cheio, náusea, vômitos, borborigmo, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas gênito-urinários: frequência da micção, urgência da micção, amenorreia, menorragia, desenvolvimento de frigidez, ejaculação precoce, perda de libido, impotência					
13. Sintomas autonômicos: xerostomia, corar, palidez, sudorese, vertigens, cefaleias, arrepios.					
14. Comportamento durante a entrevista: tiques nervosos, inquietação ou agitação, mãos trêmulas, testa franzida, rosto tenso, suspirar, palidez facial, engolir repetidamente.					

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton - Versão de Consenso (TS)					
	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave (Incapacitante)
1. Sinais de Ansiedade: Preocupação, apreensão, sofrer por antecipação, previsão do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sentir-se tenso, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, labilidade emocional, tremores e sensação de cansaço.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não regenerador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Sinais de depressão: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito,					

sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento, refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.					
12. Sintomas Geniturinários: Polaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorrágia, disfunção sexual feminina, ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.					
13. Sintomas Autonômicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias, arrepios.					
14. Comportamento na Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trêmulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspirar, palidez facial, engolir repetidamente, etc.					

Hamilton Anxiety Assessment Scale (Retrotradução (R1) - Enf. ^a em Oxford)					
	0 Absent	1 Slight	2 Moderate	3 Severe	4 Very Severe (Disabling)
1. Signs of Anxiety: Worries, apprehension, suffering in anticipation, predicting the worst, irritability.					
2. Tension: Feeling strained, fatigue, inability to relax, fright reaction, easy crying, emotional instability, tremors and feeling tired.					
4. Fears: Of the dark, of strangers, of being alone, of animals, of traffic, of crowds.					
4. Insomnia: Difficulty falling asleep, intermittent sleep, non-restorative sleep associated with tiredness upon waking, dreams, nightmares and night terrors.					
5. Intellectual / cognitive level: difficulty in concentration, poor memory.					
6. Signs of Depression: Loss of interest, lack of pleasure in hobbies, terminal insomnia, mood swings.					
7. Somatic Level Muscle: Muscle aches and pains (headaches, spasms, stiffness), bruxism, shaky voice.					
8. Somatic Level Sensory: tinnitus, blurred vision, chills, feeling weak, tingling.					
9. Cardiovascular Symptoms: tachycardia, palpitations, chest pain, feeling faint, arrhythmias.					
10. Respiratory Symptoms: Chest tightness, short of breath, gasps, dyspnoea.					
11. Gastrointestinal symptoms: dysphagia, flatulence, dyspepsia: abdominal pain before or after meals, heartburn, early satiety, reflux, nausea, vomiting, bowel					

sounds, diarrhea, weight loss, constipation.					
12. Genitourinary Symptoms: urinary frequency and urgency, amenorrhea, menorrhagia, female sexual dysfunction, premature ejaculation, erectile dysfunction, impotence.					
13. Autonomic Symptoms: xerostomia, blushing, pallor, hyperhidrosis, vertigo, headache, chills.					
14. Behaviour at Interview: Tense, jerking movements, (clenching fingers or hands), restlessness or agitation, trembling hands, frowning, muscle tension, sighing, facial pallor, repeated swallowing, etc.					

Anexo III - Autorização da comissão de ética do CHVNGE

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE**TÍTULO DO ESTUDO**

"Tradução adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa.

Documento do CES: 28/2021

Serviço onde irá decorrer o Estudo: Serviço de Psiquiatria

Investigador Principal: Enf.ª Eugénia Raquel Pinheiro dos Santos

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, em reunião ordinária do dia **11/03/2021**, apreciou a documentação constante do dossier submetido para o estudo acima referenciado:

- Formulário submissão a UIEC
- Impresso da CES
- Pedido de realização de estudo de investigação dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHVNGE.
- Aprovação de Projeto de investigação pelo Diretor do Serviço
- Declaração de Conflito de interesses
- Compromisso de comunicação dos resultados obtidos com projeto de investigação.
- Projeto Investigação
- Consentimento Informado
- Curriculum Vitae, Investigadora Principal e elemento da equipa.
- Mail enviado pela investigadora

Apreciação:

Estudo quantitativo descritivo e transversal, por amostragem não probabilística por conveniência.

Traduzir para a língua portuguesa a escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton; realizar a adaptação cultural da escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton para a população e portuguesa avaliar as propriedades psicométricas da referida escala.

Validação de um instrumento de avaliação da ansiedade de heteroavaliação, com avaliação realizada pelo enfermeiro, fundamentada nas respostas do utente sobre

questões somáticas e psíquicas, mas também na observação da postura e comportamento do utente, como é a escala de ansiedade de Hamilton. A finalidade do estudo será melhorar a capacidade de avaliação da ansiedade, por parte dos enfermeiros, por via da disponibilização de mais um instrumento de avaliação que lhes permita quantificar uma situação subjetiva como a ansiedade, desta forma, obter ganhos em saúde.

Recolha de dados: Dados demográficos: sexo, idade, estado civil, profissão e dados clínicos: diagnóstico clínico, nº de internamentos, acompanhamento prévio em consulta.

Nível de ansiedade: através da escala de Ansiedade de Hamilton e Inventário de Estado-Traço de Ansiedade STAI.

Método de colheita: Os materiais a utilizar serão: questionário de avaliação sociodemográfico e clínica, instrumentos de recolha de dados para avaliação da ansiedade, que visam recolher os dados sobre os níveis de ansiedade da população alvo: Escala de Ansiedade de Hamilton (instrumento de heteroavaliação) e instrumento de avaliação de autorelato- Inventário de Estado- traço de Ansiedade STAI- Para avaliação de validade concorrente dos níveis de ansiedade da população alvo.

Os participantes serão os doentes no serviço de Psiquiatria do CHVNGE, que frequentam qualquer uma das suas valências

População alvo: dos 18- 64 anos com perturbações de ansiedade e/ou perturbações depressivas.

Estão definidos os critérios de exclusão.

Numero mínimo a incluir 140 pessoas, uma vez que a Escala de Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens é necessária uma amostra de 10 pessoas por item.

A cada item é atribuído uma pontuação entre zero e quatro pontos (de não presente a muito grave). Nesta escala muitos aspetos somáticos são considerados, tais como cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios e geniturinários.

Duração do estudo- 10 a 12 meses.

Os dados serão recolhidos pela investigadora principal.

Estão garantidos o anonimato e confidencialidade.

O estudo exige a constituição de uma base de dados. Os dados colhidos serão codificados para que sejam tratados de forma confidencial.

Prazo de conservação dos dados- um ano

Não está prevista a transferência de dados para países terceiros ou organizações internacionais.

Está prevista a publicação dos resultados.

Previsto o Consentimento informado o qual prevê a autorização para a publicação dos dados.

Não apresenta custos acrescidos para o participante ou instituição.

Autorização aos autores dos instrumentos de avaliação para a sua utilização no estudo.

Ouvido o relator, o processo foi votado pelos membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/EPE presentes:

Presidente: Enf.^a Ana Saraiva

Restantes Membros:

Dr.^a Ana Ferreira

Dr.^a Ana Isabel Paixão

Dr.^a Amelia Pereira

Enf.^a Teresa Trigo

Delibera-se parecer favorável ao estudo "Tradução adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa." o qual foi aprovado por unanimidade dos presentes.

Data: 11 /03 / 2021

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Enf. Ana Saraiva

**Anexo IV - Consentimento informado, livre e esclarecido, segundo a Declaração
de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa.

Enquadramento: O presente estudo está inserido no trabalho de investigação no âmbito do mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, de Eugénia Raquel Pinheiro dos Santos (Enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica; Enfermeira no serviço de internamento de cirurgia geral homens, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE) sob orientação da Professora Doutora Isilda Ribeiro (Escola Superior de Enfermagem do Porto) e Professor Doutor Francisco Sampaio (Escola Superior de Saúde da Fundação Fernando Pessoa).

Explicação do estudo: O estudo tem como finalidade a aferição das propriedades psicométricas da escala de ansiedade de Hamilton para uma amostra da população portuguesa prevê-se que esta possa ser uma peça-chave na avaliação da ansiedade. Assim sendo, a finalidade deste estudo será melhorar a capacidade de avaliação da ansiedade, por parte dos Enfermeiros, por via da disponibilização de mais um instrumento de avaliação, que lhes permita quantificar uma situação subjetiva como a ansiedade e, desta forma, obter ganhos em saúde. Serão incluídos participantes com o diagnóstico de perturbação da ansiedade e perturbações depressivas, seguidos no serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, a quem será aplicado o instrumento de avaliação. Os objetivos são: Traduzir para a língua portuguesa a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton; realizar uma adaptação cultural da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton para a população portuguesa e avaliar as propriedades psicométricas da Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton. Num único momento será preenchido um questionário para recolha de dados sociodemográficos e os instrumentos de avaliação relativos à ansiedade (Escala de Ansiedade de Hamilton e o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade STAI). Os dados a serem colhidos centram-se: dados demográficos (sexo, idade, estado civil, profissão), características clínicas (diagnóstico clínico, psicofármacos atualmente a cumprir, número de internamentos, acompanhamento prévio por psicologia) e nível de ansiedade, com recurso aos instrumentos mencionados. A avaliação decorrerá num gabinete do Serviço de Psiquiatria.

Condições e financiamento: O estudo é totalmente financiado pelo investigador principal.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Serão aproveitados os momentos de contacto com o hospital por parte do participante para a realização da avaliação. A participação é voluntária e em caso algum a recusa será motivo de qualquer tipo de prejuízo assistencial ou outro para o participante ou para terceiros, sendo que esta pode ser cessada a qualquer momento. Será respeitado o princípio da beneficência, ressaltando a isenção de dano e exploração, quer do participante, quer da sua família. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados colhidos serão codificados para que sejam tratados de forma confidencial. A informação recolhida destina-se exclusivamente ao estudo. A identificação dos participantes nunca será tornada publica. Todos os contactos decorrerão em gabinete, garantindo e respeitando a privacidade do participante.

Pedir consentimento para publicação do estudo: Os resultados finais do estudo serão publicados em revista científica e divulgados em ações de formação / congressos, no âmbito de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Agradecimentos: A todos os participantes, por permitirem uma melhoria continua na prestação de cuidados de Enfermagem, para que os Enfermeiros sejam mais significativos para as pessoas.

Identificação Investigador

Nome: Eugénia Raquel Pinheiro dos Santos

N.º Cédula Profissional: 75429

Assinatura:

Identificação da pessoa que pede o consentimento (preencher se for diferente do investigador)

Nome:

N.º Cédula Profissional:

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoas/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____ Processo Clínico n.º _____

Assinatura: _____ Data: __ / __ / ____

**ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S, É FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Mod. CIELPI01

Anexo V - Instrumento de colheita de dados

ENTREVISTA DE COLHEITA DE DADOS

1. Dados Sociodemográficos

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro ☐ Casado/União de Facto ☐ Divorciado/Separado de Facto ☐

Viúvo: ☐

Grau de Escolaridade: Menos de 4 anos ☐ 4º Ano ☐ 6º Ano ☐ 9º Ano ☐

12º Ano ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

2. Dados Clínicos

Serviço de Psiquiatria do CHVNG/E: Internamento ☐ Hospital de Dia ☐

Consulta Externa ☐

Patologia principal: Perturbação da Ansiedade ☐ Perturbação Depressiva ☐

Questionário de Auto-avaliação – Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI)

Formulário Y-1

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
3. Sinto-me tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me irritado	①	②	③	④
7. Actualmente, estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	④
9. Sinto-me assustado	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④
11. Sinto-me confiante em mim próprio	①	②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	③	④
13. Sinto-me agitado	①	②	③	④
14. Estou indeciso	①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Estou preocupado	①	②	③	④
18. Sinto-me confuso	①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	④

Formulário Y-2

INSTRUÇÕES: A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
21. Sinto-me bem	①	②	③	④
22. Sinto-me nervoso e inquieto	①	②	③	④
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	①	②	③	④
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Sinto que sou um fracasso	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado	①	②	③	④
27. Sinto-me calmo e bem comigo mesmo	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las	①	②	③	④
29. Preocupo-me demasiado com coisas que na realidade não têm importância	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Tenho pensamentos que me incomodam	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
34. Tomo decisões com facilidade	①	②	③	④
35. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
36. Sinto-me contente	①	②	③	④
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	①	②	③	④
38. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
40. Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	①	②	③	④

Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores, Trauzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o utente se apresenta ao longo da entrevista.

	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento,					

refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.

12. Sintomas

Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorrágia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.

13. Sintomas

Autonômicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.

14. Comportamento na

Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trêmulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.