

Maria Isabel Martins de Jesus Costa

**Instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19:
Uma análise da adequabilidade ao modelo clínico de dados
com recurso a uma *scoping review***

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2021

Maria Isabel Martins de Jesus Costa

**Instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19:
Uma análise da adequabilidade ao modelo clínico de dados
com recurso a uma *scoping review***

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

Porto, 2021

Maria Isabel Martins de Jesus Costa

**Instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19:
Uma análise da adequabilidade ao modelo clínico de dados
com recurso a uma *scoping review***

Atesto a originalidade do trabalho

(Maria Isabel Martins de Jesus Costa)

Trabalho apresentado à Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Projeto de Graduação orientado pelo Professor Doutor Francisco Miguel Correia Sampaio.

RESUMO

Contexto/objetivos: Em contexto pandémico emergiu um conjunto de instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos, encontrando-se dispersos pela literatura científica. Ademais, o foco de Enfermagem “Ansiedade” foi alvo recente, em Portugal, da definição de um Modelo Clínico de Dados (MCD). Por conseguinte, foram objetivos: mapear os instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos e suas propriedades psicométricas, identificar os validados para a população portuguesa, e comparar os instrumentos com o MCD, identificando os que mais se lhe aproximam.

Métodos: Numa primeira fase, *scoping review* com base no modelo desenvolvido pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) e em consonância com as *guidelines* do PRISMA-ScR. A pesquisa efetivou-se, a 24 de junho de 2021, nas bases de dados CINAHL[®], MEDLINE[®], Scopus[®] e *Web of Science Core Collection*[®]; na literatura cinzenta; e, por último, as listas de referências dos artigos incluídos foram verificadas. Numa segunda fase, comparação da composição dos instrumentos identificados com o MCD.

Resultados: Dos 265 registos iniciais identificados, 22 artigos foram incluídos na *scoping review* referentes a 10 instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, a saber: *Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale*, *COVID-19 Anxiety Scale*, *Coronavirus Anxiety Scale*, *Coronavirus Anxiety Syndrome Scale*, *Corona Disease Anxiety Scale*, *COVID-19 Inventory*, *Anxiety Subscale of COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory*, *Coronavirus Pandemic Anxiety Scale*, *Corona Virus Anxiety Scale* e o *Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale*. O coeficiente α de Cronbach variou entre 0.736 e 0.947, a fidelidade teste-reteste variou entre 0.70 e 0.91 e a variância total explicada situou-se entre 57.46% e 67.64%. Apenas o *Coronavirus Anxiety Scale* foi alvo de validação psicométrica para a população portuguesa. O instrumento que mais se aproxima do MCD é o *Coronavirus Pandemic Anxiety Scale*.

Conclusão: O presente estudo providencia uma síntese dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, sendo que, no futuro, a realização de uma revisão sistemática seria importante. Ademais, sendo o *Coronavirus Pandemic Anxiety Scale* o instrumento que mais se aproxima do MCD, por conseguinte, o mais centrado no diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, seria importante validá-lo para a população portuguesa.

Palavras-Chave: Ansiedade; Enfermagem; Psicometria; Revisão

ABSTRACT

Background/Aim: During COVID-19 pandemic, a set of COVID-19 anxiety assessment tools emerged. The variety of tools raises uncertainty about the volume of material available. Furthermore, the nursing focus “Anxiety” was recently addressed on a Clinical Data Model (CDM), in Portugal. Thus, the aims of the study were to map the body of literature on COVID-19 anxiety assessment tools designed for adults, and their psychometric properties, to identify those validated for the Portuguese population, as well as to identify the assessment tools closest to the CDM.

Methods: First, a scoping review was carried out based on the model developed by the Joanna Briggs Institute (JBI) and in line with the PRISMA-ScR guidelines. The search was performed, on 24 June 2021, in the following databases: CINAHL[®], MEDLINE[®], Scopus[®] and Web of Science Core Collection[®], as well as in gray literature: OpenGrey[®], Gray Literature Report[®] and RCAAP[®] and the reference list was searched to find other relevant articles. Second, assessment tools composition was compared to the CDM.

Results: Of the 265 identified records, 22 articles were included, which addressed 10 COVID-19 anxiety assessment tools: Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale, COVID-19 Anxiety Scale, Coronavirus Anxiety Scale, Coronavirus Anxiety Syndrome Scale, Corona Disease Anxiety Scale, COVID-19 Inventory, Anxiety Subscale of COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory, Coronavirus Pandemic Anxiety Scale, Corona Virus Anxiety Scale and Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale. Cronbach's α coefficient ranged between 0.736 and 0.947, test-retest reliability ranged between 0.70 and 0.91, and total explained variance ranged between 57.46% and 67.64%. Only the Coronavirus Anxiety Scale has been validated for the Portuguese population. Coronavirus Pandemic Anxiety Scale was the closest to the CDM.

Conclusion: The present study provides a synthesis of COVID-19 anxiety assessment tools. In the future, it would be important to undertake a systematic review of this topic. Furthermore, since the Coronavirus Pandemic Anxiety Scale is the closest to the CDM and therefore, the most focused on nursing diagnosis “Anxiety”, it would be important to validate it for the Portuguese population.

Keywords: Anxiety; Nursing; Psychometric; Research

*“I would say that learning to know anxiety is an adventure
which every man has to affront if he would not go to perdition
either by not having known anxiety or by sinking under it.
He therefore who has learned rightly to be anxious
has learned the most important thing.”*

Kierkegaard, 1844

Em memória de quem partiu cedo demais,

Eugénia Gonçalves (21.01.2021)

Agostinho Gonçalves (07.02.2021)

AGRADECIMENTOS

No culminar deste meu percurso académico, enquanto estudante de Licenciatura em Enfermagem, que é em si mesmo apenas um novo ponto de partida, importa prestar o meu profundo reconhecimento e agradecimento a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, partilharam, acompanharam e me ajudaram neste caminho:

Ao Professor Doutor Francisco Sampaio, orientador do presente projeto, alguém que muito admiro, me inspira, e cujo percurso é, para mim, uma referência;

Aos meus Professores da Licenciatura em Enfermagem, o meu reconhecimento pelo empenho, dedicação e compromisso com os seus estudantes e disciplina de Enfermagem, em particular, Vítor Parola, Carla Sílvia Fernandes, Andreia Lima, Catarina Lemos, Germano Couto, Isabel Ferreira, João Capela e Luís Sousa;

À Professora Amélia José Monteiro, cuja humanidade, sapiência e especial cuidado nos abraçou, e impulsionou na busca da melhoria constante;

Aos Enfermeiros-Chefes, em particular Joana Teixeira; aos Enfermeiros Orientadores dos 11 ensinos clínicos, em especial, Carla Rocha, Daniela Figueiras, Fábio Pinto, Renata Gondar e Sandra Pereira; aos Assistentes Operacionais e Utentes; um sincero agradecimento pela possibilidade de crescimento académico e pessoal;

Aos meus colegas de Licenciatura, um bem-haja pela amizade, partilha e entreaajuda, em particular, Rui Rodrigues, Raquel Reis, Brad Ferreira, Juliana Fernandes, Jéssica Pereira, Nádia Circuncisão, Carla Arnaud, Filipe Mota, Andreia Soares e Marcella Paiva;

De modo muito especial, à Catarina, uma amizade que atravessa o tempo, a distância e as circunstâncias; à Ana, ao Carlos, ao Martim e ao Afonsinho, pelo amor e cuidado, neste ano tão desafiante e de tão grandes mudanças;

Ao meu querido Pai e Mãe, à minha Vóvó, à Fatinha e ao António, à Luisinha e ao Gabriel, pelo amor e carinho, pelo apoio e incentivo, pelas críticas e voto de confiança;

A ti, Pedro, minha alma gémea ♥, porque “ainda que sejamos apenas uma gota de água no oceano, é toda a força do universo que se move para nos criar” (Pedro Gonçalves, 15.01.15).

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAQ-II	<i>Acceptance and Action Questionnaire II</i>
ACE	<i>Altarum Consumer Education</i>
AGFI	<i>adjusted goodness of fit index</i>
AMICO	<i>Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
C-19-I	<i>COVID-19 Inventory</i>
C-19LAI	<i>COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory</i>
CAS_[1]	<i>COVID-19 Anxiety Scale</i>
CAS_[2]	<i>Coronavirus Anxiety Scale</i>
CASS	<i>Coronavirus Anxiety Syndrome Scale</i>
CCS-T	<i>Contamination Cognitions Scale</i>
CDAS	<i>Corona Disease Anxiety Scale</i>
CFA	análise fatorial confirmatória
CFI	índice de ajuste comparativo
CID-11	Classificação Internacional de Doenças 11 ^a revisão
<i>cit in.</i>	citado(a) por
CGI-I	<i>Global clinical condition – improvement</i>
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CPAS-11	<i>Coronavirus Pandemic Anxiety Scale</i>
CSS-D	<i>COVID Stress Scales – Danger subscale</i>
CVAS	<i>Corona Virus Anxiety Scale</i>
CWS	<i>COVID-19 Worry Scale</i>
DASS-21	<i>Short Depression Anxiety Stress Scale</i>
DERS	<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>
DS-R	<i>Disgust Scale – Revised</i>
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais V
EFA	análise fatorial exploratória
e.g.	por exemplo
<i>et al.</i>	e colaboradores

EUA	Estados Unidos da América
FCV-19S	<i>Fear of COVID-19 Scale</i>
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder Scale</i>
GFI	índice de adequação de ajuste
GHQ	<i>General Health Questionnaire</i>
HAI	<i>Health Anxiety Inventory</i>
IC	intervalo de confiança
ICC	coeficiente de correlação intraclasse
i.e.	isto é
IES-R	<i>Impact of Event Scale-Revised</i>
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IVC	índice de validade de conteúdo
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
KMO	teste Kaiser-Meyer-Olkin
LOA	limites de concordância
MCD	Modelo Clínico de Dados
MHC-SF	<i>Mental Health Continuum Short Form</i>
MHI-5	<i>Mental Health Inventory-5</i>
NANDA-I	<i>NANDA International, Inc.</i>
NFI	índice de ajuste normalizado
OCS	<i>Obsession with Coronavirus Scale</i>
p. / Pág.	página
PANAS	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
PAS	<i>Pandemic Anxiety Scale</i>
PATS	<i>Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale</i>
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
pp.	páginas
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews</i>
PRESS	<i>Peer Review of Electronic Search Strategies</i>
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RMSEA	raiz do erro quadrático médio
SAMHSA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>

SARS-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave - Coronavírus 2
SEM	erro padrão de medição
SF-CiOQ	<i>Short Form of the Changes in Outlook Questionnaire</i>
SHAI	<i>Short Health Anxiety Inventory</i>
SRMH	<i>Self-Rated Mental Health</i>
SRMR	raiz quadrada média residual padronizada
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
TLI	índice de Tucker-Lewis
WHO	<i>World Health Organization</i>
WSAS	<i>Work and social adjustment scale</i>
α	coeficiente alfa de Cronbach
%	percentagem
χ^2 /df	qui-quadrado dividido por graus de liberdade

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO	3
1. Definição de Conceitos	3
i) Ansiedade.....	3
ii) Medo	6
iii) Stress.....	7
iv) Ansiedade <i>versus</i> Medo <i>versus</i> Stress.....	9
2. Diagnóstico Diferencial	10
i) Perturbações de Ansiedade	10
2.1.1 Caracterização Epidemiológica	11
ii) Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”	12
2.2.1 Modelo Clínico de Dados centrado no Foco de Enfermagem “Ansiedade” .	13
2.2.2 Ansiedade face à COVID-19.....	15
iii) Diagnóstico de Enfermagem <i>versus</i> Diagnóstico Psiquiátrico	16
3. Instrumentos de Avaliação e Propriedades Psicométricas	17
i) Constructo	18
ii) Fidelidade.....	18
3.2.1 Consistência Interna	19
i) Técnica das Metades Partidas	19
ii) Coeficiente de Kuder-Richardson.....	20
iii) Coeficiente Alfa de Cronbach.....	20
3.2.2 Fidelidade	21
i) Fidelidade Teste-Reteste	21
ii) Testes Paralelos ou de Forma Alternativa.....	22
iii) Fidelidade Inter-Observadores e Intra-Observadores	22
3.2.3 Erro de Medição	22
iii) Validade	23
3.3.1 Validade de Conteúdo	23
3.3.2 Validade de Critério.....	24
3.3.3 Validade de Constructo	25

i) Teste de Hipóteses.....	25
ii) Validade Estrutural ou Fatorial	26
3.3.3.2.1 Análise Fatorial Exploratória	27
3.3.3.2.2 Análise Fatorial Confirmatória.....	27
iii) Validade Transcultural.....	28
iv) Responsividade	29
4. Problema de Investigação	30
i) Contexto e Justificação	30
ii) Finalidade e Objetivos	31
II – FASE METODOLÓGICA	32
5. Desenho do Estudo	32
i) Método	32
ii) Critérios de Elegibilidade	33
5.2.1 Critérios de Inclusão.....	33
i) População	33
ii) Conceito	33
iii) Contexto.....	33
iv) Tipo de Estudo	33
5.2.2 Critérios de Exclusão.....	34
iii) Estratégia de Pesquisa.....	34
iv) Processo de Seleção dos Estudos	34
v) Extração dos Dados	35
III – FASE EMPÍRICA.....	36
6. Resultados	36
7. Discussão de Resultados.....	56
7.1.1 Identificação dos Instrumentos.....	56
7.1.2 Propriedades Psicométricas	57
7.1.3 Validação para a População Portuguesa.....	58
7.1.4 Adequabilidade ao Modelo de Clínico de Dados	58
7.1.5 Considerações finais	59
CONCLUSÕES E CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	69

Anexo I – Autorização para Reprodução do Fluxograma do Processo de Decisão e Modelo de Dados Concetual para o Foco de Enfermagem “Ansiedade”	70
Anexo II – Fluxograma das Propriedades Psicométricas	72
Fidelidade	73
Validade.....	74
Anexo III – Construção da Estratégia de Pesquisa	76
Anexo IV – Estratégia de Pesquisa	78
CINAHL®	79
MEDLINE®	80
Scopus®	81
Web of Science Core Collection®	82
Literatura Cinzenta	83
Anexo V – Razões para a Exclusão de Artigos em Texto Integral.....	84
Anexo VI – Autorização para Reprodução dos Instrumentos de Avaliação.....	87
Autorização para Reprodução da <i>Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale</i> (AMICO)	88
Autorização para Reprodução da <i>COVID-19 Anxiety Scale</i> (CAS)	88
Autorização para Reprodução da <i>Coronavirus Anxiety Scale</i> (CAS)	89
Autorização para Reprodução da <i>Coronavirus Anxiety Syndrome Scale</i> (CASS)	89
Autorização para Reprodução da <i>COVID-19 Anxiety Scale</i> (CDAS)	90
Autorização para Reprodução da <i>COVID-19 Inventory</i> (C-19-I)	90
Autorização para Reprodução da <i>Coronavirus Pandemic Anxiety Scale</i> (CPAS-11)	91
Autorização para Reprodução da <i>Corona Virus Anxiety Scale</i> (CVAS).....	91
Autorização para Reprodução da <i>Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale</i> (PATS).....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema Representativo da Relação entre Ansiedade, Medo e Stress.....	9
Figura 2. Fluxograma do Processo de Decisão e Modelo de Dados Concetual para o Foco de Enfermagem “Ansiedade”	14
Figura 3. Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção dos Estudos.....	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Manifestações da Ansiedade segundo Quatro Eixos	5
Tabela 2. Resultados: Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19 e suas Propriedades Psicométricas	37
Tabela 3. Resultados: Composição dos Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19	50
Tabela 4. Resultados: Comparação dos Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19 ao Modelo Clínico de Dados centrado no Foco de Enfermagem “Ansiedade”	55

INTRODUÇÃO

No contexto espaço-temporal pandémico que se vivencia, originado pelo novo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), o impacto negativo na saúde mental repercute-se numa miríade de sintomas, entre os quais níveis moderados a graves de ansiedade na população a nível mundial (Almeida *et al.*, 2020; Domínguez-Salas *et al.*, 2020; Rajkumar, 2020; Sampaio *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020). A ansiedade é um foco de atenção para a prática de Enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros parecem desempenhar um papel importante na redução da ansiedade enquanto sintoma (Sampaio *et al.*, 2020b), por intermédio de intervenções autónomas, com eficácia validada (Sampaio *et al.*, 2018), para dar resposta ao diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”. O foco de Enfermagem “Ansiedade” foi alvo recente, em Portugal, da definição de um modelo clínico de dados (MCD) de consenso, a integrar no Processo de Enfermagem (Sampaio, 2021), sistematizando dados, entre outros, conducentes à identificação rigorosa do diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”. De utilidade clínica significativa, na fase de avaliação do Processo de Enfermagem, os instrumentos de avaliação são ferramentas particularmente importantes para orientar a tomada de decisão clínica e tratamento, devendo ser usados com habilidade e compreensão das suas propriedades psicométricas, de modo a servirem o seu propósito de utilidade. Ademais, a prática baseada em evidências requer medições de alta qualidade, sob pena de se chegar às conclusões erradas sobre a eficácia das intervenções em saúde, correndo-se o risco de, no mínimo, se incorrer num aconselhamento clínico desprovido de utilidade. Ora, neste contexto pandémico, um conjunto de ferramentas projetadas para aferir a gravidade dos sintomas de ansiedade face à Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19) foram validadas, aumentando a incerteza sobre o volume de material disponível em relação a estes instrumentos de avaliação, suas características e propriedades psicométricas.

Assim, no âmbito da Unidade Curricular “Projeto de Graduação”, da Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, no ano letivo 2020/2021, foi tomada a decisão de se avançar para a realização de um trabalho de investigação cujo principal objetivo fosse o mapeamento dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos, suas propriedades psicométricas e, subsequentemente, uma análise da adequação destes instrumentos mapeados ao MCD.

Configuram-se como objetivos do presente relatório: apresentar um enquadramento concetual e teórico no que concerne aos conceitos de ansiedade, medo, stress, e propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação, bem como proceder à distinção entre o diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade” e o diagnóstico psiquiátrico “Perturbações de Ansiedade”; apresentar os resultados da *scoping review*, referente aos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, e da análise da adequação dos mesmos ao MCD; proceder a uma análise crítica dos resultados e, por fim, apresentar os contributos do estudo para a Enfermagem, bem como, sugerir caminhos para a investigação futura no domínio estudado, tendo por base os resultados obtidos e/ou as limitações do trabalho realizado.

Do ponto de vista estrutural, o presente relatório encontra-se dividido em três partes principais: enquadramento concetual e teórico, fase metodológica e fase empírica. Assim, na primeira parte será apresentada uma revisão da literatura, em que são definidos os conceitos de ansiedade, medo, stress, instrumentos de avaliação e suas diferentes propriedades psicométricas. Enfatiza-se, também, a distinção entre o diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade” e o diagnóstico psiquiátrico “Perturbações de Ansiedade”, fornecendo-se detalhes adicionais sobre o modelo clínico de dados centrado no foco de Enfermagem “Ansiedade” e sobre a ansiedade face à COVID-19. Na segunda parte do trabalho, fase metodológica, será apresentado o método implementado no estudo realizado (justificação, objetivos, questões de investigação, critérios de elegibilidade, estratégia de pesquisa, processo de seleção dos estudos, e extração de dados). Por fim, na terceira parte procede-se à apresentação e discussão dos resultados.

Para a elaboração do presente relatório foram diversas as fontes de informação pesquisadas. Assim, as principais fontes de informação utilizadas para obter bibliografia para o presente trabalho foram as seguintes: livros disponíveis na biblioteca da Universidade Fernando Pessoa; diferentes bases de dados via *EBSCOhost*, *PubMed*[®], *Clarivate Analytics*[®] e pesquisa em várias fontes de literatura cinzenta, entre as quais o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)[®].

I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Na Parte I será apresentada uma revisão teórica de conceitos basilares, fornecendo a base teórica na qual se alicerça o presente trabalho de investigação, intuindo uma superior compreensão terminológica e conceptual das fases metodológica e empírica. Ora, uma revisão da literatura equipara-se a uma fotografia do conhecimento reunido até esse momento, sumariando as evidências sobre um tópico, comunicando o que é conhecido e o que não o é, lançando as bases para novas questões de investigação, iluminando, assim, a importância de um novo estudo (Grove *et al.*, 2015, p. 41; Polit e Beck, 2018, p. 171). Nesse sentido, subsequentemente à revisão da literatura, é oportuno explicitar-se a pertinência do estudo, delineando a finalidade e seus objetivos, que determinaram o método adotado na Parte II. Por conseguinte, a Parte I cobre a abordagem conceptual, que inclui a definição dos conceitos ansiedade, medo, stress (Capítulo 1), o diagnóstico diferencial entre perturbações de ansiedade e ansiedade enquanto sintoma (Capítulo 2), uma apresentação resumida das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação (Capítulo 3) e o problema de investigação, enunciando-se a contextualização e justificação, assim como, a finalidade e os objetivos do estudo (Capítulo 4).

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

A ansiedade, o medo e o stress encontram-se ao “serviço do equilíbrio dinâmico exigido para a manutenção da vida” propiciando a percepção de ameaças, reação defensiva e subsequente ação construtiva, concedendo a oportunidade de enfrentar, superar crises e adaptar a mudanças (Chagas, 2010). Assim, numa fase inicial do enquadramento teórico, cabe apresentar o principal conceito em análise: ansiedade. Todavia, decorrente da interligação do termo “ansiedade” com o de “medo” e o de “stress”, assume-se oportuno incorporar, também, as suas definições, como forma de aclarar diferenças. Nesse sentido, este capítulo centrar-se-á na abordagem conceptual de ansiedade, medo e stress.

i) Ansiedade

“Ubíqua à condição humana” (Clark *et al.*, 2012, p. 15), a ansiedade “traz em si o vir a ser”, antecipando uma vivência ou situação (Chagas, 2010). Emoção básica, potencialmente adaptativa e não patológica, cujo termo remonta ao ano de 1525, deriva do latim “*anxius*”, que remete para uma condição de agitação e angústia. Já a raiz “*anx*”, deriva de outro termo em latim “*angere*”, reportando para “sufocar” ou “estrangular”,

numa possível referência à sensação de asfixia experienciada por pessoas ansiosas (Beck *et al.*, 1985, p. 8). Não obstante, o ocasional uso indistinto dos termos “ansiedade” e “angústia”, importa clarificar que angústia apresenta uma conotação mais corporal (sensação de aperto torácico, compressão e asfixia) e com o passado (Dalgalarondo, 2008, p. 166; Correia *et al.*, 2013).

Filosofada por Kierkegaard (1980, p. 61) como “*the dizziness of freedom*”, a ansiedade define-se como um estado emocional de apreensão negativa em relação ao futuro, de inquietação interna desagradável, um “*unpleasant state of high diffuse arousal*” após a perceção de uma ameaça (Epstein, 1972, p. 303). Inevitável na vida, “é o som do motor que nos impulsiona” (Chagas, 2010). Já segundo Sequeira (2006, p. 42):

A ansiedade é uma experiência emocional, que varia de intensidade, desde a inquietação ligeira ao terror intenso, sempre associado à previsão de situações de tensão futuras ou iminentes (...) [que] baseia-se, essencialmente, nas avaliações e interpretações do indivíduo (...).

Nesse mesmo sentido Barlow (2002, p. 104), caracteriza-a como:

(...) future-orientated emotion, characterized by perceptions of uncontrollability and unpredictability over potentially aversive events and a rapid shift in attention to the focus of potentially dangerous events or one's own affective response to these events.

Já Clark *et al.* (2012, p. 17) resumem a ansiedade como:

(...) um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é, modo de ameaça) que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas porque são percebidas como eventos imprevisíveis, incontroláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo.

Não obstante as múltiplas definições, todas confluem na consideração da ansiedade como uma resposta emocional complexa e pluridimensional, na qual coexiste uma perceção de ameaça com uma ativação biológica reativa a tal perceção. Acompanha-se por um sentimento vago de preocupação, apreensão, incerteza, angústia e/ou sintomas somáticos de tensão muscular, vigilância em preparação para o perigo futuro e comportamentos de prudência ou de evitamento. Ademais, concilia funções positivas, como motivar à ação, promovendo a resolução de um problema ou crise. Em vista disso, face a *life events*, assume-se como normal, adaptativa e funcional quando é sintomaticamente proporcional ao contexto, e se dissipa após término do estímulo ansiogénico, cruzando-se, assim, o

campo da patologia quando, entre outros, torna-se consideravelmente mais persistente e excessiva. Há, ainda, a possibilidade de surgir como consequência de perturbações médicas ou consumo de substâncias. Ademais, para além de ser um estado (aparecimento de sinais e sintomas em momento concreto e bem definido), pode ser, também, um traço (tendência em relacionar-se com o meio ambiente com uma carga excessiva de ansiedade) (Beck *et al.*, 1985, p. 8; May, 1996, p. 164; Townsend, 2002, p. 430; Dalgalarrodo, 2008, p. 166; Correia *et al.*, 2013; American Psychological Association [APA], 2015, pp. 63, 66; Videbeck, 2020, p. 517).

Conjugando o reportado por diferentes autores, pode afirmar-se que a ansiedade, em resposta a estímulos externos ou internos, se efetiva em quatro eixos de manifestações (sinais e/ou sintomas): fisiológico, cognitivo, emocional e comportamental, conforme esquematizado na Tabela 1.

Tabela 1. Manifestações da Ansiedade segundo Quatro Eixos

MANIFESTAÇÕES DA ANSIEDADE			
FISIOLÓGICA (SOMÁTICA OU FÍSICA)	COGNITIVA	EMOCIONAL	COMPORTAMENTAL
<ul style="list-style-type: none"> • Reflexos rápidos • Opressão torácica • Extremidades frias • Dispneia • Sintomas neurovegetativos (dilatação pupilar, boca seca, sudorese geralmente fria, vasoconstrição periférica, peristaltismo diminuído, tremores, palpitações, taquicardia) • Cefaleias • Náuseas • Dor abdominal • Diarreia • Sensação de desmaio • Fraqueza muscular • Aumento da tensão muscular com dificuldade para relaxar • Parestesias nas extremidades • Voz trêmula • Ciclo de sono-vigília alterado 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de pensamentos, ideias, crenças ou imagens que acompanham a ansiedade • Diminuição do campo de percepção • Atenção alterada • Concentração alterada • Confusão • Expressa preocupação • Expressa esquecimento • Bloqueio de pensamentos, • Ruminação mental • Diminuição da capacidade para aprender e solucionar problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Choro • Desamparo • Incerteza • Angústia • Ansiedade associada a <i>life-events</i> • Nervosismo • Inquietação interna • Insegurança • Preocupações exageradas • Aumento da desconfiança • Apreensão desagradável • Sensação de opressão e desconforto • Medo difuso e impreciso • Pavor intenso • Irritabilidade • Sensação de inadequação • <i>Self-focused</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do contato visual • Hipervigilância • Insónia • Diminuição da produtividade • Gestos de inquietação • Agitação psicomotora • Movimento sem finalidade • <i>Scanning behavior</i> • Comportamento de prudência ou de evitamento

Fonte: Beck *et al.* (1985, p. 8); Dalgalarrodo (2008, p. 166); Correia *et al.* (2013); NANDA International Inc. (2021, pp. 405–406)

ii) Medo

O medo é uma emoção básica e intensa, uma resposta adaptativa saudável do organismo, de progressiva insegurança, angústia e impotência crescente, espoletada pela detecção de uma ameaça iminente, ou um perigo percebido para a própria segurança e integridade física. Nesse sentido vão as palavras de Barlow (2002, p. 104) “*fear is a primitive alarm in response to present danger, characterized by strong arousal and action tendencies*”. É, assim, “*um estado neurofisiológico automático primitivo de alarme envolvendo a avaliação cognitiva de ameaça ou perigo iminente à segurança e integridade de um indivíduo*” (Clark *et al.*, 2012, p. 17). Trata-se de uma reação de alarme imediato, segmentando-se em seis fases, conforme Mira e López (1974), em função do grau de extensão que alcança a manifestação de inativação: prudência, cautela, alarme, ansiedade, pânico (medo intenso), terror (medo intensíssimo). A sua função é clara: ativar o sistema nervoso simpático para uma “*fight-or-flight response*”, servindo os propósitos de sobrevivência, ou seja, de mobilização geral do organismo para agir (Muris, 2007, p. 2; Dalgarrondo, 2008, p. 171; Clark e Beck, 2013, p. 14; APA, 2015, pp. 413, 421; Wittchen e Beesdo-Baum, 2020).

O medo e a ansiedade são fenómenos intimamente relacionados; aliás, a palavra alemã “*angst*” significa “*fear or anxiety*”. Todavia, a ansiedade distingue-se do medo tanto no plano concetual quanto fisiológico. Para Beck *et al.* (1985, p. 9) o medo é entendido como uma resposta cognitiva à ameaça, ou seja, “*involves the intellectual appraisal of a threatening stimulus*”, já a ansiedade “*involves the emotional response to that appraisal*”. Noutra perspetiva, conforme APA (2015, p. 413) alguns teóricos consideram “*fear is experienced when avoiding or escaping an aversive stimulus and that anxiety is experienced when entering a potentially dangerous situation*”. E, ainda, conforme o modelo de iminência da ameaça de Craske (2003), a ansiedade e o medo relacionam-se em função da proximidade da ameaça: na confrontação com uma ameaça distante surge a ansiedade, e no momento em que a ameaça é realmente detetada, a ansiedade transforma-se em medo (Muris, 2007, p. 2). Por conseguinte, a ansiedade, estado emocional desagradável, surge como uma resposta à antecipação apreensiva de perigo ou ameaça futura, sendo uma resposta orientada para o futuro, de longa ação, amplamente focada numa ameaça difusa. Em contraposição, o medo pode ser descrito como uma resposta apropriada à perceção de perigo ou ameaça iminente, real ou percebida, orientada

para o presente, de curta duração, a uma ameaça claramente identificável e específica. Associa-se, frequentemente, com períodos de excitabilidade neurovegetativa aumentada, imprescindível para a “*fight-or-flight response*”, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga (American Psychiatric Association, 2013; APA, 2015, pp. 56, 66, 413; Koen e Stein, 2020; World Health Organization [WHO], 2021).

iii) Stress

O stress é um processo natural complexo, através do qual se responde a acontecimentos quotidianos, suscetíveis de ameaçar ou comprometer o bem-estar (Gatchel *et al.*, 1989, *cit. in* Ribeiro, 2005, p. 273), capacitando “para a preservação individual e da espécie, propiciando a adaptação em situações de crise e mudança” (Chagas, 2010). Conforme explicitado por Sequeira (2006, p. 67), o termo “stress” provém do latim “*stringo, stringere, strinxi, strictum*” cujo significado remete para “apertar”, “comprimir”, “restringir”, e a sua utilização remonta ao século XIV, expressando “dificuldade” ou “adversidade”. Na década de 1930 é extraído da Física por Hans Selye, devendo-se a ele a notoriedade do conceito (Lazarus, 1993; Ribeiro, 2005, pp. 273–274). Conceptualiza-o mais tarde, numa perspetiva puramente biológica, como “*the nonspecific response of the body to any demand made upon it*” perspetivando o stress como uma resposta, e acrescenta quanto à sua importância: “*Indeed, complete freedom from stress is death!*” (Selye, 1976).

Baum *et al.* (1982) define stress como “*(...) a process in which environmental or psychological events, called stressors, come to threaten an organism's safety and well-being*”. Assim, após perceção do evento ameaçador, gera-se uma resposta direcionada para reduzir o perigo ou minimizar os seus efeitos. Portanto, este processo reúne três elementos: perceber a ameaça (foco nas causas), enfrentar (foco nas consequências) e adaptar (foco no processo), sendo que “*This adaptation sequence is an integral part of life as we continuously adjust and readjust to the changing world around us.*” (Baum *et al.*, 1982). Por conseguinte, o stress é conceptualizado segundo três grandes modelos: stress como um estímulo – foco na causa; stress como uma resposta – foco na consequência; e stress como um processo relacional entre a pessoa e o meio ambiente – foco no processo (Santos e Castro, 1998; Ribeiro, 2005, p. 275).

No estudo do stress como um estímulo, foca-se a importância na capacidade de indução de stress de determinados acontecimentos do meio ambiente, percebidos como ameaçadores ou traumáticos. Conforme Holmes e Rahe (1967), esta capacidade de indução de stress é diferencial em função do tipo de acontecimento. Por outro lado, no estudo do stress como uma resposta, foca-se no stress enquanto uma resposta biológica, para enfrentar os acontecimentos stressores, manifestando-se como um conjunto de respostas inespecíficas, numa sucessão de reações fisiológicas que Selye designou de Síndrome Geral de Adaptação (1959). Neste modelo biológico, a pessoa é considerada um objeto psicologicamente passivo no confronto com o agente stressor. Por fim, no estudo do stress como um processo relacional, a pessoa é um agente ativo que influencia e é influenciada pelo meio, adaptando-se. Corresponde a uma abordagem psicológica focada na interação dinâmica entre a pessoa e o meio, e a sua avaliação subjetiva do stress. À vista disso, conforme Lazarus e colaboradores (década de 1960), nenhuma situação pode, *per se*, ser catalogada como indutora de stress, dependendo da avaliação primária individual do grau de exigência de dada circunstância (interpretação da situação) e da apreciação secundária individual face à sua capacidade de resposta, ou seja, da sua percepção quanto aos seus próprios recursos disponíveis para enfrentar a situação (alternativas disponíveis, prós e contras, *coping*). Dependendo deste duplo julgamento, uma mesma situação pode permitir prosperar, constituindo-se como uma oportunidade de aprendizagem; ou empurrar para um angustiante sofrimento (Ribeiro, 2005, pp. 277–278, 282–283; Sequeira, 2006, pp. 68–70; Pacheco, 2013, pp. 25–28; APA, 2015, p. 1036; McEwen, 2020; Videbeck, 2020, p. 518).

Os conceitos “*eustress*” e “*distress*” derivam dos conceitos de Selye, “bom stress”, aquele que suscita respostas adaptativas, e “mau stress”, aquele que é tão intenso que condiciona respostas mal adaptativas, sendo suscetível de provocar dano (Selye, 1974, *cit. in* Ribeiro, 2005, p. 273). Atualmente, o stress pode categorizar-se em stress positivo, stress tolerável ou stress tóxico. Stress positivo ou *eustress* refere-se a uma resposta positiva ao stress, sendo um stress útil, facilitador do crescimento pessoal e de elevados níveis de desempenho, que envolve um nível ótimo de estimulação e um efeito benéfico: há a experiência de enfrentar um desafio, assumir um risco e sentir-se recompensado. Para tal, é necessária uma boa autoestima, um bom controlo de impulsos e capacidade de tomada de decisão. Em virtude disso, mesmo resultados adversos podem ser experiências de crescimento, para quem detém tais características positivas e adaptativas, promotoras

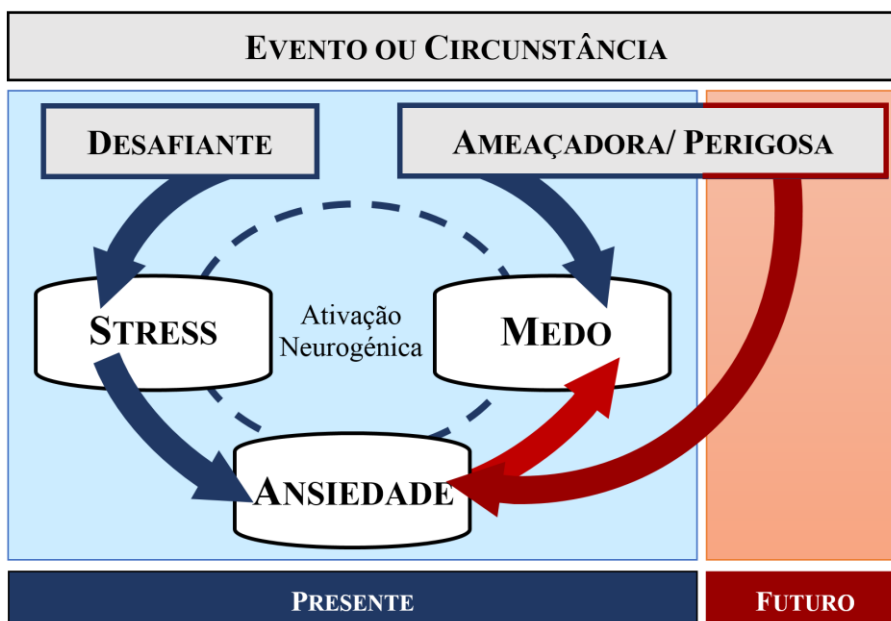
de resiliência face à adversidade. Já o *stress* tolerável, diz respeito às situações em que ocorrem eventos negativos, mas é-se capaz de enfrentar, muitas vezes, com recurso a ajuda de terceiros, constituindo-se como experiências de crescimento, para quem detém características positivas e adaptativas e sistemas de apoio promotores da resiliência. Ao invés, o stress tóxico ou *distress* representa uma resposta negativa ao stress, resultante de se sentir esmagado pelas exigências, perdas ou ameaças percebidas. Apresenta um efeito prejudicial ao condicionar uma má adaptação física e psicológica, decorrente da incapacidade de desenvolver um *coping* eficaz, podendo acarretar riscos graves para a saúde (Sequeira, 2006, p. 71; APA, 2015, pp. 326, 388; McEwen, 2020).

No que concerne à relação entre a ansiedade e o stress, para May (1996, p. 96) ansiedade é como a pessoa se relaciona com o stress, aceita-o, e interpreta-o. O stress surge como uma estação intermediária no caminho para a ansiedade, pelo que “*anxiety is how we handle stress*”. Desta forma, a ansiedade surge como resposta ao stress, desencadeando respostas fisiológicas que coincidem com as geradas pelo medo, como a ativação do sistema nervoso simpático (Videbeck, 2020, p. 518).

iv) Ansiedade versus Medo versus Stress

Decorrente do previamente exposto pode resumir-se a relação entre estes três conceitos ao serviço do equilíbrio dinâmico da vida, conforme o esquematizado na Figura 1.

Figura 1. Esquema Representativo da Relação entre Ansiedade, Medo e Stress



2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, alicerce do presente trabalho de investigação, demarca-se do diagnóstico psiquiátrico “Perturbações de Ansiedade”. Todavia, internacionalmente, persiste alguma dificuldade em compreender as suas diferenças, encarando-os como coincidentes. Configura-se, assim, importante destacar as dissimilaridades entre os dois diagnósticos, apesar do seu ponto comum: ambos incidem sobre a ansiedade. Nesse sentido, o presente capítulo oferece uma apresentação resumida do diagnóstico de perturbação de ansiedade (diagnóstico psiquiátrico) e da sua caracterização epidemiológica; do diagnóstico de ansiedade enquanto sintoma (diagnóstico de Enfermagem), bem como, do modelo clínico de dados centrado no foco de Enfermagem “Ansiedade”, e da ansiedade face à COVID-19.

i) Perturbações de Ansiedade

As perturbações de ansiedade, classe fenotipicamente heterogénea de perturbações, cujo tema central de organização é o estado emocional de medo, preocupação ou apreensão excessiva, definem-se como estados anormais, com sintomas físicos e mentais proeminentes de ansiedade, na ausência de doença cerebral orgânica ou outra perturbação psiquiátrica. Diferenciam-se de formas não patológicas de ansiedade, por serem consideravelmente mais persistentes e excessivas, desproporcionais em relação ao risco e gravidade da ameaça, resultando em sofrimento significativo, disfunção e/ou prejuízo (Beck *et al.*, 1985; Cowen *et al.*, 2012; APA, 2015, p. 66; Wittchen e Beesdo-Baum, 2020).

Dois sistemas de classificação conceptualizam as perturbações de ansiedade: a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (DSM-V) da Associação Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 2013) e a 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021). O DSM-V operacionaliza os critérios de diagnóstico para uma gama de diferentes perturbações de ansiedade, enquanto a CID-11 enfatiza considerações de utilidade clínica e de saúde mental pública. Conforme ambos, as perturbações de ansiedade incluem perturbações que compartilham características de medo e ansiedade, excessivo e disfuncional, e perturbações comportamentais relacionadas com sintomas graves o suficiente para resultar em sofrimento ou prejuízo significativo na vida pessoal,

familiar, social, educacional, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento, demarcando claramente essas condições de respostas transitórias, normais, adaptativas e funcionais de ansiedade e medo. Portanto, o limiar entre a normalidade e a patologia estabelece-se através de um julgamento clínico tendo em consideração a duração, persistência, frequência ou intensidade dos sintomas, o impacto na funcionalidade, a desproporcionalidade dos sintomas face ao contexto, a abrangência da expressão de sintomas entre contextos (American Psychiatric Association, 2013; Koen e Stein, 2020; WHO, 2021).

As perturbações de ansiedade classificam-se em vários tipos principais: perturbação de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicação. Uma das características-chave, que pode auxiliar na diferenciação entre as perturbações, diz respeito ao foco de apreensão específico da perturbação, ou seja, o estímulo (objeto ou situação) que induz o medo, a ansiedade, ou comportamentos de evitamento; forma; tipo; gravidade da resposta psicofisiológica ao medo e cognições associadas (conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas). Ademais, importa reforçar que, embora os sintomas de ansiedade sejam mais graves e proeminentes nas perturbações de ansiedade, não lhe são exclusivos, podendo ocorrer em muitas outras perturbações (Ibidem).

2.1.1 Caracterização Epidemiológica

Perturbações da saúde mental são uma causa significativa de incapacidade e dependência a longo prazo (Prince *et al.*, 2007), afetando mais de um bilião de pessoas anualmente (Vigo *et al.*, 2019). Aliás, nos Estados Unidos de América, dados de 2019 apontavam para 51,5 milhões de adultos sofrendo de uma qualquer perturbação de saúde mental (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2020, p. 44). Dessas, as perturbações de ansiedade são a segunda perturbação de saúde mental mais comum, depois das perturbações depressivas (Kyu *et al.*, 2018), sendo que um terço da população será afetada durante a sua vida (Bandelow e Michaelis, 2015). Conforme o *Global of Disease Study* 2016 e de 2017, os anos de vida ajustados por incapacidade, devido às perturbações de ansiedade, aumentaram de 18 milhões (12,4 – 24,2; intervalo de confiança (IC) 95%) (Hay *et al.*, 2017) em 1990 para 27 milhões (19,2 – 36,1; IC95%) em 2017 (Kyu *et al.*, 2018). E, conforme estimativas disponibilizadas, em apenas dois

anos, o número de pessoas, a nível mundial, a viver com perturbações de ansiedade aumentou de 264 milhões, em 2015 (WHO, 2017), para 284 milhões, em 2017 (Ritchie e Roser, 2018), representando um aumento de prevalência de 3.6% para 3.8%. Assim, num período de 27 anos (1990 até 2017), mais 94 milhões de pessoas passaram a viver com perturbações de ansiedade (de 190 a 284 milhões). Em Portugal, entre 1990 e 2017 o aumento foi de 7% (de 532 a 568 mil) (Ritchie e Roser, 2018).

Estudos de revisão recentes, referentes a dados anteriores à pandemia, reportam uma prevalência estimada de perturbações de ansiedade de 21.7% (16.7 – 28.3; IC95%) em populações em contexto de crise humanitária (Charlson *et al.*, 2019); e uma prevalência estimada nas populações do sul asiático de 4.71% para as perturbações de ansiedade, mas de 25.8% para os sintomas de ansiedade (Naveed *et al.*, 2020). No que se reporta à COVID-19, um estudo comparativo de prevalência de perturbações de saúde mental, em adultos da República Checa, reporta um crescimento na prevalência de perturbações de ansiedade de 7.79 % (6.87 – 8.7; IC95%) em 2017 para 12.84% (11.6 – 14.05; IC95%) em 2020 (Winkler *et al.*, 2020), em virtude da pandemia.

ii) Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”

Conforme Sampaio *et al.* (2020c) dentro do foco “Ansiedade” identificam-se duas possibilidades diagnósticas, “Ansiedade” e “Autocontrolo da Ansiedade”, excluindo-se diagnósticos específicos identificativos de fatores concorrentes para esse mesmo diagnóstico, como “morte” em “Ansiedade face à morte” (International Council of Nurses [ICN], 2019). Nestes, a dimensão autónoma do exercício profissional de Enfermagem evidencia-se através de intervenções autónomas prescritas, implementadas e avaliadas por enfermeiros (excluindo intervenções de boa prática) (Sequeira e Sampaio, 2018), tendencialmente alicerçadas na integridade referencial, que permitem dar resposta direta a esses diagnósticos em concreto, e potencialmente obter ganhos em saúde nesses diagnósticos em específico. O presente trabalho de investigação centra-se no diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”.

A ansiedade, enquanto diagnóstico de Enfermagem, trata-se de um sintoma em resposta às condições de saúde e/ou eventos da vida (Sampaio, 2021, p. 28). De acordo com a 12^a edição de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional, Inc. (NANDA-I)

(2021, p. 405), o diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, integrado no domínio 9 (*coping* e tolerância ao stress), na classe 2 (respostas de *coping*), apresenta a seguinte definição “*an emotional response to a diffuse threat in which the individual anticipates nonspecific impending danger, catastrophe, or misfortune*”. Esta compreende uma resposta comportamental, emocional, fisiológica e cognitiva. Na mesma linha, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019) conceptualiza o diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade” como “*Negative Emotion: Feelings of threat, danger or distress*”.

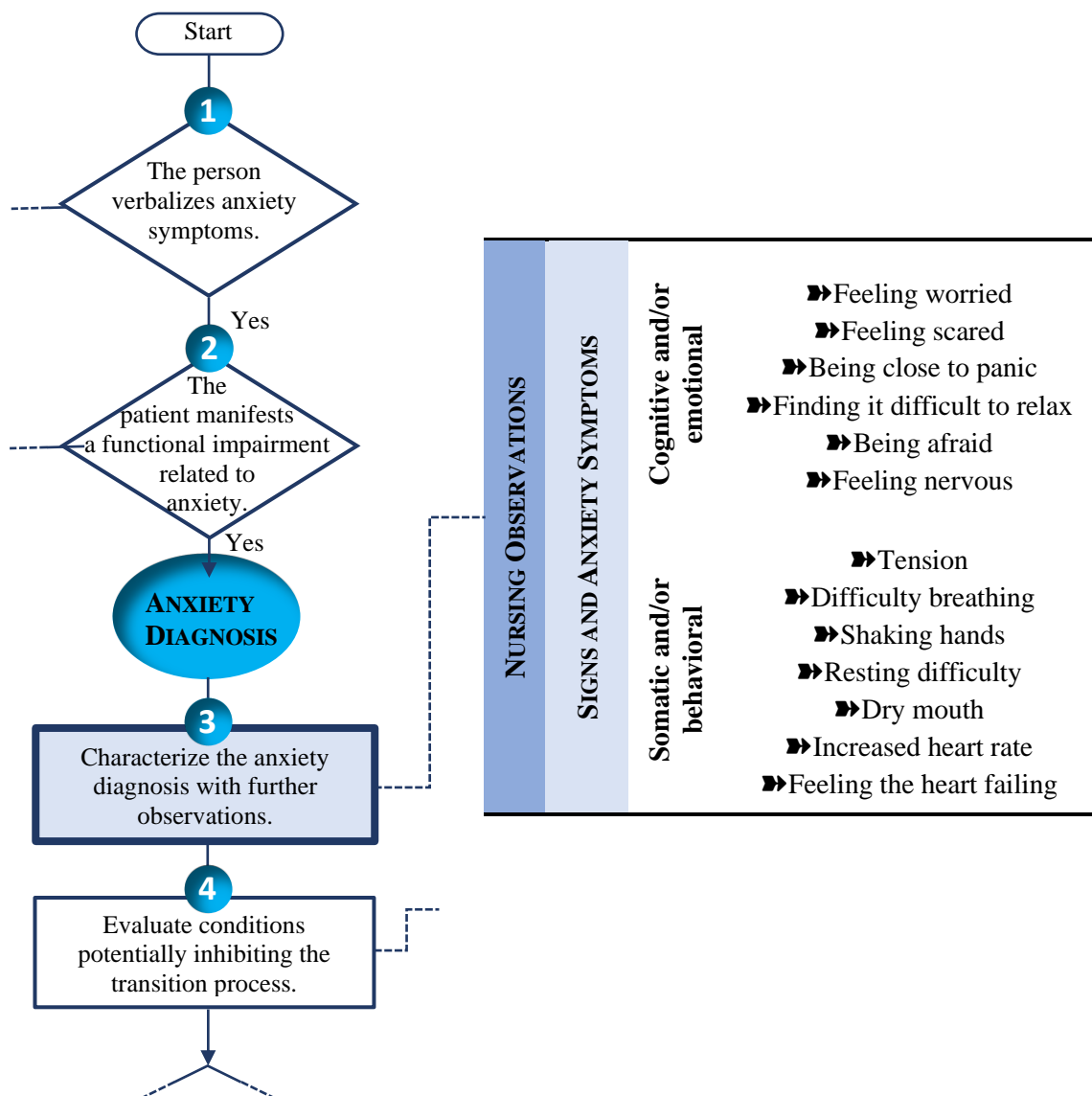
O processo de diagnóstico referente à ansiedade conduz a duas opções diagnósticas, com recurso ao critério de gradiente: “Ansiedade moderada” e “Ansiedade elevada”. Salienta-se que “Ansiedade ligeira” não constitui, *per se*, um diagnóstico de Enfermagem decorrente da ausência de implicações significativas na vida (Sampaio *et al.*, 2020c). Dados relevantes para estes critérios de diagnóstico são obtidos com recurso a instrumentos de apoio à tomada da decisão, na fase “Atividade de diagnóstico” da fase “Avaliação inicial” do Processo de Enfermagem. Estes instrumentos de avaliação constituem-se como ferramentas valiosas na quantificação da gravidade da sintomatologia ansiosa. Nesta sequência, importa compreender os níveis de ansiedade existentes, os dados relevantes para o diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, e a ansiedade face à COVID-19, previamente à abordagem dos instrumentos de avaliação.

2.2.1 Modelo Clínico de Dados centrado no Foco de Enfermagem “Ansiedade”

Um modelo de dados clínicos compreende os elementos do Processo de Enfermagem centrado num foco de Enfermagem, a saber: dados, diagnósticos, intervenções e suas ligações (Sampaio *et al.*, 2020b), primando pela aplicação da completude dos dados e integridade referencial. Uma das fases essenciais no Processo de Enfermagem corresponde à primeira fase “Avaliação”, na qual uma ampla colheita de dados conduz à identificação rigorosa de um diagnóstico de Enfermagem. Assim, os enfermeiros precisam recolher todas as informações necessárias para prever, detetar, prevenir e gerir problemas de saúde reais e potenciais (Sampaio *et al.*, 2020b). Conforme o fluxograma que descreve o processo de decisão e o modelo de dados concetual para o foco de Enfermagem “Ansiedade”, reproduzido parcialmente na Figura 2, constituem-se como dados principais concorrentes para o diagnóstico “Ansiedade”: (1) verbalização de sintomas de ansiedade e (2) manifestação de impacto na funcionalidade associada à

ansiedade; sendo observações caracterizadoras do diagnóstico: (3) sinais e sintomas de ansiedade e (4) dados referentes à avaliação de condições que potencialmente inibem o processo de transição.

Figura 2. Fluxograma do Processo de Decisão e Modelo de Dados Conceitual para o Foco de Enfermagem “Ansiedade”



Fonte: Adaptado de Sampaio (2021, p. 45) com reprodução parcial autorizada (Anexo I)

Assim, conforme o consenso obtido para o modelo clínico de dados centrado no foco de Enfermagem “Ansiedade” (Sampaio, 2021, pp. 27–59), constituem-se como dados relevantes para o diagnóstico “Ansiedade”, entre outros, a manifestação de sinais e/ou sintomas cognitivos e/ou emocionais, sendo os mais frequentes: sentir-se preocupado,

sentir medo, estar perto do pânico, sentir dificuldade em relaxar, sentir-se nervoso; e sinais e/ou sintomas somáticos e/ou comportamentais, sendo os mais frequentes: tensão, dificuldade em respirar, tremor das extremidades superiores, dificuldade em descansar, boca seca, aumento da frequência cardíaca e sensação de desfalecimento. Ora, os dados de observações permitem ter uma expectativa face à probabilidade de um diagnóstico. Para um diagnóstico rigoroso, existem diversos instrumentos de apoio à tomada de decisão para avaliar a ansiedade, regra geral assentes em sinais e sintomas relacionados com a ansiedade (Sequeira, 2006, pp. 46–47), podendo ser genéricos como o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger, 1983) ou específicos, como a *Coronavirus Anxiety Scale*, para avaliação da ansiedade especificamente à COVID-19 (Lee, 2020a).

2.2.2 Ansiedade face à COVID-19

O mundo encontra-se mergulhado numa pandemia global, causando instabilidade em todas as áreas da vida humana. O surgimento da doença altamente transmissível por Coronavírus 2019 (COVID-19), resultante de quadros agudos graves da Síndrome Respiratória Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) tem constituído um grande desafio para a Saúde Pública. A atualização ininterrupta de medidas a serem implementadas, como forma de responder à propagação do vírus, requer um *continuum* de adaptações por parte da população. Emergem, assim, preocupações sobre uma crise de saúde mental pública, em função da conjugação de quatro fatores: inúmeras incertezas (padrão de transmissão, período de incubação, complicações potencialmente graves, vacinação), medidas de confinamento social impostas, perturbação da economia mundial e profusão de informação (por vezes, contraditória e errónea). Nesse sentido, são diversos os estudos de investigação que reportam um efeito psicológico negativo generalizado, afetando diferentes variáveis, nomeadamente a de interesse no presente trabalho, ansiedade, reportando-se níveis significativos de ansiedade moderada a grave, em contexto de pandemia (Almeida *et al.*, 2020; Domínguez-Salas *et al.*, 2020; Rajkumar, 2020; Sampaio *et al.*, 2020a; Santos *et al.*, 2020).

Tendo por base revisões sistemáticas com meta-análise, a prevalência de sintomas ansiosos durante a pandemia foi de 21.8% (16.9 – 27.1, IC95%; $I^2 = 99.52\%$, $p < 0.001$) num total de 57,311 participantes chineses, com base em estudos primários publicados até abril de 2020 (Bareeqa *et al.*, 2020); 15.15% (12.29 – 18.54, IC95%; $I^2 = 99.58\%$, $p < 0.05$) num total de 121,373 participantes, de diferentes nacionalidades, com base em

estudos primários publicados até 12 de maio de 2020 (Cénat *et al.*, 2020); 47% (37 – 57, IC95%; $I^2 = 97\%$, $p < 0.01$) num total de 3,315 doentes com COVID-19, de diferentes nacionalidades, com base em estudos primários publicados até 18 de agosto de 2020 (Deng *et al.*, 2020); 40% (29 – 52%, IC95%; $I^2 = 99.86\%$, $p < 0.001$) num total de 31,132 profissionais de saúde, de diferentes nacionalidades, com base em estudos primários publicados até 2 de novembro de 2020 (Saragih *et al.*, 2021).

Ansiedade face à COVID-19 reporta-se à avaliação da ansiedade especificamente tendo por base o fator COVID-19 na sua gênese, refletindo-se em sintomas fisiológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais.

iii) Diagnóstico de Enfermagem *versus* Diagnóstico Psiquiátrico

Conforme os sub-capítulos precedentes, compreende-se que a ansiedade enquanto sintoma é um diagnóstico de Enfermagem e a perturbação de ansiedade é um diagnóstico psiquiátrico. Aliás, nesse sentido Sampaio *et al.* (2020b) esclarece:

(...) while in medicine, anxiety is approached as a psychiatric disorder (e.g., generalized anxiety disorder), in nursing, anxiety is approached as a symptom, which can be found in several psychiatric or nonpsychiatric disorders, or even in the absence of a medical disorder.

Assim, embora os sintomas de ansiedade sejam mais graves e proeminentes nas perturbações de ansiedade, não lhe são exclusivos, podendo ocorrer em muitas outras perturbações (American Psychiatric Association, 2013). Por conseguinte, pode depreender-se que a ansiedade, enquanto sintoma, é muito mais prevalente do que as perturbações de ansiedade, pela sua transversalidade, que trespassa patologias psiquiátricas, patologias médicas e *life events*. Aliás, reflexo disso mesmo são as conclusões do trabalho de Naveed *et al.* (2020), em que a prevalência estimada para as perturbações de ansiedade é de 4.71%, mas de 25.8% para os sintomas de ansiedade, nas populações do sul asiático.

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Segundo Roach (2006) “*to understand something, you must be able to measure it*”, sendo que a característica distintiva da ciência é a busca pela verdade e a limitação do erro. Deste ciclo ininterrupto de avaliação rigorosa e procura cuidadosa de evidências que possam contradizer ou modificar o que se pretende validar, surge a confiança na qualidade dos instrumentos de avaliação, de uma importância crucial, pois tomam-se decisões clínicas, guiam-se planos de cuidados, com base em instrumentos de avaliação de atributos não físicos. Face à profusão de instrumentos de medida, disponíveis para a prática clínica e investigação, é recomendável, previamente à sua utilização, conhecer-se todas as suas características (itens, dimensões, formas de avaliação e propriedades psicométricas). Assim, importa selecionar o mais adequado, para um propósito específico, assegurando a qualidade dos resultados, numa tentativa de evitar a máxima “*garbage in, garbage out*”. Ora, um instrumento é considerado apto para avaliar a saúde da população se oferecer dados cientificamente robustos: precisos, válidos e interpretáveis, indicando até que ponto o erro se encontra presente. Embora a medição perfeita seja essencialmente impossível, é uma meta importante, pelo que a avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento é uma necessidade. Uma propriedade psicométrica é uma característica que reflete um aspeto particular da qualidade da medida, relacionando-se com parâmetros de medida que quantificam a propriedade (Roach, 2006; Roberts *et al.*, 2006; Salmond, 2008; Alexandre e Coluci, 2011; Polit e Yang, 2016, pp. 2, 109; Souza *et al.*, 2017).

A literatura internacional diverge quanto à taxonomia, terminologia e definições das propriedades psicométricas, pelo que, numa tentativa de clarificação e padronização, surgiu a taxonomia de consenso COSMIN (*Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments*) (Mokkink *et al.*, 2010). Muito embora, mais recentemente tenha surgido uma nova taxonomia (taxonomia Polit-Yang) (Polit, 2015; Polit e Yang, 2016), a taxonomia COSMIN mantém-se como a referência (Stephenson *et al.*, 2020). O presente trabalho rege-se pela taxonomia COSMIN (Anexo II) para os domínios: fidelidade, validade e responsividade. Contudo ressalva-se que, pontualmente, se considerou pertinente a inclusão de algumas técnicas, referenciadas por outros autores, em decorrência da sua utilização em alguns estudos psicométricos. O presente capítulo fornece orientação sobre o conceito de constructo e as propriedades psicométricas.

i) Constructo

Constructo ou traço latente reporta-se a traços humanos ou abstrações construídas com base em fenómenos que não são aparentes ou diretamente observáveis, mas passíveis de inferência pelo comportamento humano ou respostas. A possibilidade de medição do constructo confere-lhe utilidade, muitas vezes na forma de um instrumento de avaliação, conseguindo-se produzir informações quantitativas que correspondam a diferentes quantidades da característica-alvo. Assim, um instrumento de avaliação é uma ferramenta projetada para ser um análogo quantitativo do constructo que se pretende medir. Como tal, o processo de medição aumenta a compreensão sobre a natureza do constructo e sobre a pessoa-alvo da avaliação, colocando-a num *continuum* em relação ao atributo-alvo, comunicando quanto dum atributo está presente ou ausente (Polit e Yang, 2016, p. 4).

ii) Fidelidade

Domínio, do inglês “*reliability*”, também denominado como fiabilidade, confiabilidade, precisão ou exatidão de um instrumento, diz respeito à “confiança que o mesmo inspira” e, portanto, à “sua coerência, determinada através da constância dos resultados” (Martins, 2006). Pode-se conceptualizá-lo sob duas perspetivas, com o foco no erro ou na consistência e estabilidade da medição. Sob o ponto de vista do erro de medição, define-se como o grau em que os erros de medição estão ausentes ou minimizados, e, portanto, a variação das pontuações entre medições consecutivas é reduzida, conduzindo a uma melhor estimação da pontuação real. Contudo, na impossibilidade de se conhecer a pontuação real, estima-se examinando a variação nas pontuações, conceptualizando-se como a proporção da variância total num conjunto de pontuações, atribuível a diferenças verdadeiras entre os respondentes. Já sob o ponto de vista da consistência e estabilidade da medição, ou seja, da sua reprodutibilidade, a fidelidade refere-se ao quão capaz é de reproduzir resultados similares, de forma consistente, em diferentes circunstâncias (momentos temporais distintos, diferentes avaliadores, diferentes versões do mesmo instrumento), assumindo que nada mais se altera (Martins, 2006; Roach, 2006; Roberts *et al.*, 2006; Mokkink *et al.*, 2010; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 25–26, 109, 124, 145; Souza *et al.*, 2017).

Em suma, um instrumento é fidedigno quanto menor o erro de medição, sendo consistente e preciso, fornecendo uma medida estável, ou seja, produzindo os mesmos

resultados em sucessivas aplicações, em situações semelhantes, conduzindo à melhor estimativa da pontuação real. Diz, assim, respeito à ausência de variação, na medição de um atributo estável para uma pessoa, numa amostra heterogénea. Ora, um instrumento fiável permite efetuar decisões clínicas com confiança, caso contrário pode-se incorrer em classificações erróneas. Por exemplo, a utilização de um instrumento pouco fiável pode conduzir à conclusão de ineficácia de uma intervenção que é verdadeiramente eficaz, em decurso da dificuldade do instrumento diferenciar a variação do erro da variação da pontuação real. Por último, sublinha-se que a fidelidade uma vez estabelecida não é universal, sendo específica de um dado instrumento perante determinadas especificidades (população, condições avaliativas, método estatístico). Seguidamente, e conforme definido pela taxonomia de consenso COSMIN, aborda-se a consistência interna, fidelidade e erro de medição (fluxograma no Anexo II) (Ibidem).

3.2.1 Consistência Interna

A consistência interna (*internal consistency*) ou homogeneidade captura a consistência entre itens, sendo uma característica desejável dos instrumentos unidimensionais ou subescalas de um instrumento multidimensional que intencionalmente endereçam apenas um constructo, sendo indicativo se todas as suas sub-partes (domínios ou fatores) avaliam o mesmo constructo. Por conseguinte, diz respeito ao grau em que os itens medem o mesmo traço latente subjacente, providenciando uma estimativa do quão consistentes os resultados são para diferentes itens do mesmo constructo, constituindo-se, assim, também, como uma ferramenta para a seleção de itens finais, eliminando-se os itens não correlacionados. Passível de avaliação numa única aplicação do instrumento, pode ser aferida pela técnica das metades partidas, o coeficiente de Kuder-Richardson e o coeficiente alfa de Cronbach (Roach, 2006; Salmond, 2008; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 26, 138–139; Souza *et al.*, 2017).

i) Técnica das Metades Partidas

Inicialmente definido como uma boa estimativa da consistência interna, o coeficiente de correlação entre duas metades do mesmo instrumento, designado de técnica das metades partidas (*split-half reliability*), baseava-se na suposição de que se as duas metades medem o mesmo constructo, então as suas pontuações devem estar bastante correlacionadas. Portanto, as pontuações da aplicação do instrumento são divididas em duas metades aleatoriamente e avalia-se o grau de correlação através do coeficiente de Spearman-

Brown. Correlações elevadas são indicativas de elevada consistência interna. Embora atualmente desadequada, pode ser usada na estimativa do número de itens necessários para atingir o nível de consistência interna pretendido (Salmond, 2008; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 139–141).

ii) Coeficiente de Kuder-Richardson

Para variáveis categóricas nominais dicotômicas (itens cujo resultado é dicotômico), o mais adequado é o cálculo do coeficiente de Kuder-Richardson, sendo que valores próximos de 1,00 são considerados os ideais. Este corresponde a uma versão mais complicada da técnica das metades partidas, mas mais exata, em que a média de todas as possíveis combinações de duas metades é calculada (Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 140–141; Souza *et al.*, 2017).

iii) Coeficiente Alfa de Cronbach

O coeficiente alfa de Cronbach (α) é, essencialmente, uma extensão do coeficiente de Kuder-Richardson, cuja aplicação é independente do tipo de variável, determinando a média de todas as correlações, em todas as possíveis combinações de divisão do instrumento em duas metades. Mede o grau em que os itens são internamente consistentes, ou seja, intercorrelacionados, refletindo o grau de covariância entre os itens. Portanto, é indicativo da proporção de variabilidade de um resultado observado que se deve à variabilidade do resultado verdadeiro. Apesar de não existir um consenso, assumem-se como ideais valores superiores a 0.70, significando que 70% da variabilidade observada no resultado é verdadeira, e 30% é devido ao erro. Valores que excedem 0.90 são desaconselhados devido à possível redundância de itens. É influenciado pelo número de itens (instrumentos mais longos são mais consistentes), pela correlação inter-itens (o grau em que os itens captam o mesmo constructo potencia a consistência) e pela variância da pontuação total (as estimativas são reduzidas quando a variabilidade é limitada) (Roach, 2006; Roberts *et al.*, 2006; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 142, 145–146, 150; Souza *et al.*, 2017).

O valor do coeficiente alfa de Cronbach é geralmente acompanhado pelo valor de alfa, se item eliminado, permitindo avaliar qual seria o valor se esse item fosse eliminado, e a correlação média entre itens, em que valores superiores a 0.30 são adequados e indicativos de que os itens medem o mesmo constructo (Souza *et al.*, 2017).

3.2.2 Fidelidade

A estimação da fidelidade pode ocorrer via fidelidade teste-reteste, testes paralelos ou de forma alternativa, e fidelidade inter e intra-observadores. Um coeficiente de fidelidade indica o quão bem os respondentes podem ser diferenciados uns dos outros, no constructo-alvo, apesar do erro de medição, em duas ou mais medições numa amostra heterogênea. Ou seja, estima a proporção da variância total que é atribuível a diferenças verdadeiras entre as pessoas-alvo de medição. Para variáveis numéricas, o parâmetro a calcular é o coeficiente de correlação intraclasse (*intraclasse correlation coefficient*, ICC), para os quatro tipos de fidelidade, ou o coeficiente de correlação de Pearson (fidelidade teste-reteste e inter-observadores), apesar de pouco aconselhável. Se a correlação entre os resultados das duas aplicações é fortemente positiva, o instrumento pode ser considerado confiável. Conforme Polit, aquando do desenvolvimento de um novo instrumento, o valor mínimo adequado será 0.80, já em avaliações subsequentes o valor mínimo poderá ser 0.70, significando que cerca de 70% da variação nas pontuações obtidas é atribuível à variação real da pontuação e 30% ao erro. Para variáveis categóricas pode calcular-se o coeficiente kappa (teste-reteste, inter e intra-observadores), o kappa ponderado ou o coeficiente de Spearman. Quanto ao valor de kappa, valores superiores a 0.60 consideram-se como adequados (Martins, 2006; Salmond, 2008; Polit e Yang, 2016, pp. 26, 114–154; Souza *et al.*, 2017).

i) Fidelidade Teste-Reteste

A fidelidade teste-reteste (*test-retest reliability*) permite aferir a estabilidade, correspondendo à estimativa da consistência das repetições de medições. Avalia-se aplicando-se o mesmo instrumento, à mesma amostra, em circunstâncias idênticas, em momentos temporais distintos (intervalo de uma a duas semanas). Baseia-se no pressuposto de que se nenhuma alteração real ocorreu, ao que se pretende avaliar, entre os dois momentos, então quaisquer diferenças se devem a erros de medição. Portanto, a sua avaliação é mais apropriada para a medição de atributos como traços (*trait*, atributo com alta estabilidade temporal), e não estados (*state*, atributo com baixa estabilidade temporal). Todavia, reconhecendo-se um *state-trait continuum*, ao invés de uma perspectiva dicotómica *state or trait*, a possibilidade de uma mudança real entre avaliações é uma preocupação, recomendando-se um intervalo temporal curto entre avaliações e prudência na análise (Martins, 2006; Roach, 2006; Salmond, 2008; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 110–112, 130; Souza *et al.*, 2017).

ii) Testes Paralelos ou de Forma Alternativa

A fim de se evitar possíveis vieses aquando da aplicação do mesmo instrumento em momentos temporais muito próximos, pode recorrer-se à técnica dos testes paralelos ou de forma alternativa (*parallel or alternative-form tests*). Através desta avalia-se a consistência entre medições do mesmo constructo, usando versões alternativas do mesmo instrumento, divergentes apenas na redação dos itens (Martins, 2006; Salmond, 2008; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 26, 112).

iii) Fidelidade Inter-Observadores e Intra-Observadores

No caso de instrumentos de heteropreenchimento, importa avaliar a equivalência ou fidelidade inter-observadores (*interrater reliability*), ou seja, o grau de concordância entre dois ou mais avaliadores, usando o mesmo instrumento, na mesma amostra. A avaliação, preferencialmente, deverá ocorrer simultaneamente, contudo sendo impossível, o tempo entre medições deverá ser curto, a fim de se evitar a possibilidade de mudanças reais no constructo-alvo de medição. A fidelidade inter-observadores torna-se elevada quando, previamente, é providenciado um treino adequado a todos os avaliadores, de forma a padronizar a aplicação do instrumento de avaliação. Já a fidelidade intra-observador (*intrarater reliability*), abordagem menos frequente, diz respeito à avaliação da fidelidade das medições, realizadas pelo mesmo avaliador, em duas ou mais ocasiões, temporalmente não muito próximas, tratando-se de um índice de autoconsistência (Roach, 2006; Polit e Yang, 2016, pp. 26, 113; Souza *et al.*, 2017).

3.2.3 Erro de Medição

O erro de medição (*measurement error*) corresponde ao erro sistemático e aleatório que ocorre quando a pontuação obtida (observada), por meio do processo de medição, difere da pontuação verdadeira (real) hipotética para o constructo. Erros aleatórios (*random*) resultam de flutuações, geralmente diminutas, que ocorrem devido ao acaso, em qualquer medição. Já um erro sistemático (*bias*) reflete vieses que são constantes e distorcem as medições. O erro padrão de medição (*standard error of measurement, SEM*), gráfico de Bland-Altman (erros sistemáticos) e os limites de concordância (*limits of agreement, LOA*, erros aleatórios), calculáveis apenas para variáveis numéricas, permitem inferir sobre a precisão de uma determinada medição. COSMIN incentiva fortemente que a avaliação da fidelidade contemple a estimativa do erro de medição, uma vez que ajuda a perceber e interpretar os resultados (Polit e Yang, 2016, pp. 26, 153–154, 160–161).

iii) Validade

Muito embora a fidelidade seja um dos principais critérios de qualidade, e condição necessária, não é, *per se*, suficiente, requerendo-se, portanto, a avaliação da validade. A validade (*validity*) conceptualiza-se como o grau em que um instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, constituindo-se como um reflexo do constructo que se pretende medir. Como os instrumentos de avaliação envolvem a atribuição de números para representar algum aspeto limitado de um fenómeno, é fundamental determinar se os mesmos realmente capturam validamente esse constructo de interesse e não outro qualquer. Em vista disso, avaliar a validade de constructos abstratos requer uma conceituação cuidadosa do que o constructo é, e do que não é, sendo necessária uma cuidadosa diferenciação de outros constructos intimamente relacionados. Ademais, uma medida válida do constructo é aquela cujos valores são proporcionais à quantidade de constructo presente. Portanto, os esforços de validação requerem uma compreensão clara do que está sendo avaliado, para que população-alvo e qual o uso pretendido. Sublinhe-se, a validade aqui explorada corresponde à validade interna do próprio instrumento, sendo distinta da validade externa. Esta última remete para a capacidade de extrapolação de resultados obtidos, para um universo populacional, a partir de uma amostra representativa (Roach, 2006; Roberts *et al.*, 2006; Salmond, 2008; Mokkink *et al.*, 2010; Polit e Yang, 2016, pp. 26–27; Souza *et al.*, 2017). Seguidamente, explora-se a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de constructo (fluxograma no Anexo II).

3.3.1 Validade de Conteúdo

Quer a validade de conteúdo quer a de face envolvem avaliações subjetivas, pelo que nem sempre lhes foi reconhecida importância como meio avaliativo da validade de um instrumento. Todavia, avaliar e melhorar a validade de conteúdo constitui-se como uma etapa inicial crítica para aumentar a validade de constructo. Ora, a validade de conteúdo (*content validity*), fase importante no processo de construção e adaptação, refere-se ao grau em que um instrumento de avaliação possui um conjunto apropriado de itens que reflete, adequadamente, a totalidade do conteúdo do domínio do constructo a ser medido. Por conseguinte, é a avaliação do quanto uma amostra de itens é relevante, representativa e equilibrada de um universo definido ou dimensão de um constructo, e efetiva-se em duas etapas interativas: desenvolvimento de uma conceituação adequada do constructo e reunião de evidências de fontes externas para apoiar a inferência de que o instrumento

reflete essa conceituação. Nesta última, procede-se à avaliação, por meio de um painel de especialistas independentes, existindo diferentes métodos para quantificar o grau de concordância: percentagem de concordância, índice de validade de conteúdo (IVC) e o coeficiente de kappa. O IVC, método mais utilizado, permite aferir o grau de concordância entre os especialistas quanto à avaliação da relevância que efetuaram de cada item, devendo ser no mínimo 0.80, mas, preferencialmente, maior que 0.90 (Roach, 2006; Salmond, 2008; Alexandre e Coluci, 2011; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 27, 169–171; Souza *et al.*, 2017).

Quanto à validade de face (*face validity*), corresponde à avaliação subjetiva de aparente validade, ou seja, o grau em que um instrumento de avaliação parece ser uma medida do constructo-alvo. Muitas vezes menosprezada, pode revelar-se preponderante no processo de aceitação de implementação de um novo instrumento e cooperação da população-alvo, permitindo ultrapassar alguma hesitação e potencial relutância inerente a uma percepção de não relevância e inadequabilidade quanto ao que se destina a medir (Roach, 2006; Salmond, 2008; Polit e Yang, 2016, pp. 12, 27, 176–177).

3.3.2 Validade de Critério

Validade de critério (*criterion validity*) é a extensão em que as pontuações de uma medida são um reflexo adequado ou preditor de um critério ou *gold standard*, sendo concordantes, permitindo que o novo instrumento de avaliação seja comparável ao *gold standard*. Pode ser examinada aplicando-se simultaneamente os dois instrumentos (validade concorrente ou concomitante – *concurrent validity*); ou fornecendo primeiro o instrumento de avaliação, para determinar se prediz os resultados do *gold standard*, que será administrado apenas em momento futuro (validade preditiva – *predictive validity*). Um coeficiente de correlação mínimo de 0.70 é o considerado adequado. Ressalva-se que a avaliação desta validade está dependente da existência prévia de um *gold standard* relacionado com o que se pretende medir com o instrumento e, em caso de existência, é expectável que o novo instrumento conceda alguma vantagem face ao *gold standard*, seja na facilidade de utilização, tempo de administração ou menor custo associado. O parâmetro mais amplamente calculado é o coeficiente de correlação de Pearson (variáveis contínuas) (Roach, 2006; Roberts *et al.*, 2006; Salmond, 2008; Mokkink *et al.*, 2010; Polit e Yang, 2016, pp. 27, 186; Souza *et al.*, 2017).

3.3.3 Validade de Constructo

A validade de constructo (*construct validity*) conceptualiza-se como o grau em que a evidência sobre as pontuações de uma medida, em relação a outras pontuações, apoia a inferência de que o constructo foi adequadamente representado. Ou seja, permite aferir em que extensão se pode realizar inferências válidas (por exemplo (e.g.), sofre de ansiedade grave) entre os resultados obtidos (e.g., obteve pontuação elevada) e o constructo em causa (e.g., ansiedade). Em suma, a validade de constructo diz respeito à questão: “o que realmente está a ser medido?”, sendo ponto crítico para selecionar o instrumento apropriado a um propósito específico, numa determinada população. Complexo, é um empreendimento interminável de construção de evidências, fortalecido à medida que as evidências se acumulam. Abrange três componentes: o teste de hipóteses, a validade estrutural ou fatorial e a validade transcultural, de seguida explorados (Roach, 2006; Roberts *et al.*, 2006; Mokkink *et al.*, 2010; Heale e Twycross, 2015; Polit e Yang, 2016, pp. 27, 195; Souza *et al.*, 2017).

i) Teste de Hipóteses

Os esforços para avaliar a validade do constructo dependem muito da validade do teste de hipóteses (*hypothesis testing*), ou seja, da extensão em que é possível corroborar hipóteses a respeito de como a pontuação de uma medida funciona em relação a outras variáveis. Portanto, se, por exemplo, um instrumento de avaliação da ansiedade for uma medida válida da ansiedade, então prevê-se pontuações mais altas em utentes cujas perturbações cursam com elevados níveis de ansiedade. As evidências que confirmam tal hipótese dão suporte à afirmação de que o instrumento de avaliação da ansiedade é uma medida válida do constructo ansiedade. Quanto maior a evidência reunida, mais forte será a alegação de validade de constructo, pelo teste de hipóteses, podendo realizar-se via validade convergente, técnica de grupos conhecidos e/ou validade divergente. A abordagem pela técnica de grupos conhecidos ou validade discriminativa (*known groups or discriminative validity*) baseia-se na assunção de que avaliando dois ou mais subgrupos da amostra, que se sabe que diferem no constructo de interesse, os resultados obtidos serão diferentes, se o instrumento de avaliação realmente avaliar o que é suposto avaliar e, portanto, apresentar capacidade discriminativa para esses subgrupos, mostrando-se sensível ao ponto de detetar essas diferenças. O método estatístico normalmente usado é o teste t ou um equivalente não paramétrico. Na ausência de um *gold standard*, testa-se a validade convergente (*convergent validity*) entre o instrumento e outro que avalie um

constructo semelhante. O parâmetro mais frequentemente calculado é o coeficiente de correlação de Pearson (variáveis contínuas), sendo que altas correlações são forte evidência de que ambos medem constructos similares. Já na validade divergente ou discriminante (*divergent or discriminant validity*), testa-se a hipótese de que o instrumento não se relaciona indevidamente com constructos diferentes, mas relacionados, conseguindo distinguir constructos parecidos. Assim, a hipótese é que os dois instrumentos são apenas fracamente correlacionados (Roach, 2006; Salmond, 2008; Polit e Yang, 2016, pp. 27, 197–199; Souza *et al.*, 2017).

ii) Validade Estrutural ou Fatorial

Validade estrutural (*structural validity*) define-se como a extensão em que um instrumento multi-itens captura adequadamente a dimensionalidade hipotética do constructo que está sendo medida. A análise fatorial refere-se a uma série de procedimentos estatísticos utilizados para determinar as variáveis que se relacionam entre si. A assunção base da análise fatorial é que, para uma coleção de variáveis observáveis (itens), há um conjunto menor de variáveis subjacentes denominadas de fatores, que podem explicar as interrelações entre essas variáveis. Deste modo, trata-se de uma ferramenta particularmente útil para examinar as relações entre um grande número de variáveis (correlações), separando-as e identificando os grupos de variáveis que estão fortemente ligadas entre si (fatores). Ressalva-se que, tal como ocorre na maioria das propriedades psicométricas, a validade estrutural não é uma propriedade fixa, podendo variar entre populações, pelo que o mesmo instrumento de avaliação, quando submetido a avaliação em diferentes populações, pode conduzir a diferentes soluções fatoriais. A evidência de um único estudo de validade estrutural, *per se*, somente permite examinar a validade estrutural do instrumento, sendo necessário evidência adicional para a reivindicação de validade do constructo do instrumento. Há dois tipos de análise fatorial, exploratória e confirmatória, métodos estatísticos complexos que permitem aferir a variância compartilhada entre as variáveis medidas, porém é a confirmatória que melhor avalia a validade estrutural. À semelhança das demais, a validade estrutural requer uma prévia conceituação forte do constructo. Assim, um modelo conceitual do constructo com base na teoria ou numa compreensão preliminar da dimensionalidade do constructo a partir duma análise fatorial exploratória, forma a base para as hipóteses da validade estrutural (Roberts *et al.*, 2006; Mokkink *et al.*, 2010; Polit e Yang, 2016, pp. 27, 209, 218–219; Souza *et al.*, 2017).

Preliminarmente à detecção da estrutura, avalia-se a adequação dos dados. O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indica a proporção de variância nas variáveis que podem derivar de fatores subjacentes. Valores elevados (isto é (i.e.), próximo de 1.0) indicam utilidade na análise fatorial, contrariamente a valores inferiores a 0.50. O teste de esfericidade de Bartlett (*Bartlett's test of sphericity*) testa a hipótese de que a sua matriz de correlação é uma matriz de identidade, o que indicaria que as variáveis não estão relacionadas e, portanto, são inadequadas para detecção da estrutura. Assim, valores baixos do nível de significância ($p < 0.05$) indicam utilidade na análise fatorial (IBM, 2014).

3.3.3.2.1 Análise Fatorial Exploratória

A análise fatorial exploratória (*exploratory factor analysis*, EFA) configura-se como uma ferramenta útil aquando da construção de um instrumento, permitindo explorar a sua estrutura e dimensionalidade, na ausência de hipóteses *a priori*. Como as variáveis produzem cargas para todos os fatores, é particularmente útil para identificar itens problemáticos. Por vezes realiza-se em instrumentos para os quais um modelo concetual, totalmente elaborado, foi desenvolvido e afirmado por um painel de especialistas, pelo que, com a devida cautela, poderá “confirmar” um modelo concetual preliminar (Polit e Yang, 2016, pp. 209–210; Souza *et al.*, 2017).

3.3.3.2.2 Análise Fatorial Confirmatória

A análise fatorial confirmatória (*confirmatory factor analysis*, CFA), fortemente recomendada para validação de instrumentos, é particularmente importante em trabalhos de tradução ou adaptação cultural, como forma de se confirmar se a estrutura inicialmente proposta para o instrumento também se aplica ao contexto para o qual está a ser validado. Portanto, esta análise testa hipóteses explícitas sobre a dimensionalidade do instrumento (i.e., até que ponto os dados se ajustam ao modelo especificado), permitindo confirmar o modelo estrutural e avaliar quão bem as variáveis analisadas representam um número menor de constructos. O modelo estipula as relações hipotéticas entre as variáveis latentes (os fatores) e as variáveis observáveis (os itens), examinando covariâncias entre variáveis, com base em modelagem de equações estruturais. Mais rigoroso e restritivo, os itens só produzem carga nos fatores indicados no modelo, sendo que cargas fatoriais altas (i.e., superior a 0.50) são indicativas de convergência para um ponto comum. Já um item cuja carga fatorial é inferior a 0.50 é um forte candidato a deixar o modelo fatorial (Polit e Yang, 2016, pp. 208–217; Souza *et al.*, 2017).

Uma CFA que confirma uma estrutura hipotética é uma evidência mais convincente de validade estrutural do que os resultados de uma EFA. Configurando-se como vantagens a possibilidade de testar formalmente se um modelo proposto se ajusta melhor aos dados do que modelos alternativos; e se é comparável para diferentes subgrupos da amostra, diferentes populações, diferentes versões ou versões reduzidas de um instrumento. Enfatiza-se, contudo, que um modelo com um bom ajuste não significa, necessariamente, ser esse o melhor modelo. Por conseguinte, tal como já previamente referenciado, a evidência de um único estudo de validade estrutural, *per se*, não deve ser considerada evidência adequada da validade do constructo de uma medida, sendo sempre necessário evidência suplementar (Polit e Yang, 2016, pp. 208–217).

A qualidade de ajuste do modelo estrutural pode ser avaliada por vários índices de ajuste absoluto e relativo. Os índices de ajuste absoluto estimam quão bem o modelo *a priori* se ajusta aos dados, destacando-se como os mais amplamente usados e respetivos pontos de corte para valores aceitáveis: Qui-quadrado dividido por graus de liberdade (*Chi-square goodness of fit divided by degrees of freedom*, $\chi^2/df < 2$), raiz do erro quadrático médio (*root mean square error of approximation*, $RMSEA \leq 0.06$), raiz quadrada média residual padronizada (*standardized root mean square residual*, $SRMR \leq 0.08$), índice de adequação de ajuste (*goodness of fit index*, $GFI \geq 0.90$), *adjusted goodness of fit index* ($AGFI \geq 0.90$). Índices de ajuste relativo ou comparativo comparam o valor de Qui-quadrado do modelo hipotético com o de base ou nulo, no qual nenhuma das variáveis estão correlacionadas, destacando-se com os respetivos pontos de corte: índice de ajuste comparativo (*comparative fit index*, $CFI \geq 0.95$), índice de ajuste normalizado (*normed fit index*, $NFI \geq 0.95$) e índice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index*, $TLI \geq 0.95$), entre outros (Polit e Yang, 2016, pp. 208–217; Souza *et al.*, 2017).

iii) Validade Transcultural

Validade transcultural define-se como o grau em que o desempenho dos itens, num instrumento traduzido ou adaptado cultural e linguisticamente, reflete de forma adequada o desempenho dos itens no instrumento original, inferindo-se, assim, a equivalência. Há, portanto, a necessidade de existir equivalência semântica (vocabulário, gramática), idiomática (expressões coloquiais), concetual (conceito explorado) e experimental (situações coerentes com o contexto cultural). Este processo de equivalência cultural implica a tradução e retrotradução por tradutores independentes, avaliação da tradução

por um grupo de especialistas e realização de um pré-teste, entre outros. Ressalva-se, assim, que a adaptação cultural de um instrumento supera uma simples tradução da versão original, pois considera o idioma, o contexto cultural e o estilo de vida (Alexandre e Coluci, 2011; Polit e Yang, 2016, p. 27; Souza *et al.*, 2017).

iv) Responsividade

Apesar de se tratar de uma forma de validade longitudinal, a responsividade (“*responsiveness*”) é considerada como uma propriedade psicométrica independente, numa tentativa de destacar a sua importância para os profissionais de saúde que se preocupam com a medição da mudança após as suas intervenções clínicas, devendo, por isso, ser também alvo de avaliação nos estudos psicométricos. Conceptualiza-se como a capacidade de um instrumento de avaliação detetar mudanças reais, ao longo do tempo, sejam clinicamente significativas ou não, no constructo que está a ser medido. Portanto, refere-se à habilidade de um instrumento de avaliação detetar uma mudança verdadeira e proporcional no constructo de interesse, e não à deteção da mudança de pontuação que é substancial o suficiente para ser clinicamente significativa, que corresponde à interpretação, apesar da responsividade ser pré-condição para uma mudança clinicamente importante (Roach, 2006; Polit e Yang, 2016, p. 28).

A responsividade não é uma característica constante de um instrumento de avaliação, podendo apenas ser aferida quando o instrumento é aplicado com um propósito específico, para um grupo populacional específico. Ademais, instrumentos com baixa fidelidade terão dificuldade em detetar mudanças reais, porque o ruído introduzido pelo erro de medição irá camuflar qualquer mudança real que tenha ocorrido. Para que um instrumento seja responsivo, este deve ser fiável e incluir múltiplos itens que lidem com aspetos do constructo que são suscetíveis de mudança, e a pontuação dos itens deve permitir melhorias. Existem dois tipos de responsividade: interna e externa. Responsividade interna define-se como a capacidade de um resultado se alterar durante um período de tempo pré-especificado, e frequentemente examina-se aplicando um instrumento de medida antes e depois de um tratamento de eficácia conhecida. Responsividade externa reflete até que ponto as mudanças num resultado, de um instrumento de avaliação, se relacionam com mudanças em outras medidas do estado de saúde (Roach, 2006; Polit e Yang, 2016, p. 28).

4. PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Grove *et al.* (2015, p. 41) “*A research problem is an area of concern in which there is a gap in the knowledge needed for nursing practice*”. Nesse sentido, há a identificação de uma área de preocupação que requer investigação, conduzindo à reunião de dados relevantes e geração de conhecimento, com objetivo último de contribuir para o desenvolvimento de práticas validadas cientificamente. Uma conceptualização explícita do problema de investigação é importante para orientar esforços a fim de se confluírem em objetivos/questões de investigação exequíveis, interessantes, originais, éticas e pertinentes, conforme critérios FINER (Thabane *et al.*, 2009). Por conseguinte, de forma a clarificar o problema de investigação, o presente capítulo descortina o contexto e justificação do estudo, bem como a finalidade e objetivos norteadores desta investigação.

i) Contexto e Justificação

Conforme exposto no Capítulo 2, a ansiedade enquanto sintoma (diagnóstico de Enfermagem) é mais prevalente do que a segunda perturbação de saúde mental mais comum, as perturbações de ansiedade. Acresce, a este cenário, o impacto psicológico negativo generalizado que o contexto pandémico imprimiu, reportando-se níveis significativos de ansiedade moderada a grave. Sendo a ansiedade um foco de atenção para a prática de Enfermagem, para o qual os enfermeiros parecem desempenhar um papel importante na sua redução (Sampaio *et al.*, 2020b), por intermédio de intervenções com eficácia validada (Sampaio *et al.*, 2018), importa embutir o MCD para o foco de Enfermagem “Ansiedade” (Sampaio, 2021) em todas as fases do Processo de Enfermagem. Ora, na fase “Avaliação”, o uso de instrumentos mais centrados no diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade” concorrerão para maior precisão diagnóstica.

Neste contexto pandémico, emergiram um conjunto de ferramentas projetadas para aferir a gravidade dos sintomas de ansiedade face à COVID-19, como o *Coronavirus Anxiety Scale (CAS)* (Lee, 2020a). Tal facto concorre para (1) um aumento da incerteza quanto ao volume de material disponível e (2) desconhecimento quanto aos que mais se aproximam do MCD e, portanto, mais centrados no diagnóstico de Enfermagem. Ora, uma pesquisa preliminar realizada na *Cochrane Database of Systematic Reviews*[®], *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*[®], *OSF*[®], *MEDLINE*[®], *CINAHL*[®], à data 24/06/2021, com a *query*, “*anxiety*” AND (“*assessment tool*” OR

“*psychometric* propert**”) AND “COVID-19”, revelou a existência de três *scoping reviews* que mapeiam quaisquer instrumentos de avaliação, incidentes em quaisquer constructos, para a COVID-19. O processo de pesquisa destas decorreu em 2020, a saber: até 15 de maio de 2020 (Ransing *et al.*, 2020), até 10 de junho de 2020 (Chandu *et al.*, 2020a) e de 15 de maio a 15 de agosto de 2020 (Ransing *et al.*, 2021).

ii) Finalidade e Objetivos

Tendo por base a contextualização sobredita e acreditando que na fase “Avaliação” deve-se primar, sempre que possível, pelo uso de instrumentos que forneçam dados relevantes para um diagnóstico que seja de Enfermagem, ambicionou-se identificar os instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19 que se centram mais no diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, decorrente da sua maior adequabilidade ao MCD para o foco de Enfermagem “Ansiedade”, e que eventualmente, caso estejam validados para Portugal, possam ajudar os enfermeiros portugueses na identificação rigorosa do diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, num contexto de ambulatório ou internamento.

Todavia, antes de tudo, importa mapear a literatura existente quanto aos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19 validados até ao momento da pesquisa (i.e., 24/06/2021). Por conseguinte, balizou-se como objetivo geral mapear e analisar quanto à adequabilidade ao MCD os instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos. Ora, conforme os critérios FINER (Thabane *et al.*, 2009) este objetivo é exequível, quanto ao tempo e métodos a implementar; interessante para os investigadores; original, quanto à análise da sua adequabilidade ao MCD, bem como, providencia uma atualização dos resultados das *scoping reviews* especificamente para o constructo ansiedade face à COVID-19; e pertinente, quanto à possibilidade de contributos para a Enfermagem e sugestão de caminhos para investigação futura. Particularizando, o objetivo geral concretiza-se nos subsequentes objetivos específicos: (1) identificar os instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos, suas características e composição; (2) identificar as propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos; (3) identificar os instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa, e (4) identificar os instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos, que melhor se adequam ao MCD para o foco de Enfermagem “Ansiedade”.

II – FASE METODOLÓGICA

O presente trabalho de investigação, alicerçado na base teórica da Parte I, discorre agora, de forma fundamentada e transparente, sobre todas as opções metodológicas realizadas, a fim de possibilitar um juízo crítico e honesto quanto às limitações do presente estudo e sua possível relevância. Como tal, a Parte II apresenta o desenho do estudo (Capítulo 5).

5. DESENHO DO ESTUDO

De acordo com Grove *et al.* (2015, p. 45) “*Research design is a blueprint for the conduct of a study that maximizes control over factors that could interfere with the study’s desired outcome*”. Nesse sentido, será realizada uma abordagem, nos sub-capítulos seguintes, dos métodos, critérios de elegibilidade, estratégia de pesquisa, processo de seleção dos estudos e extração dos dados.

i) Método

Numa primeira fase, a fim de dar resposta aos objetivos 1, 2 e 3, o método de síntese de conhecimento mais apropriado e útil para atender a esses propósitos delineados é uma abordagem *scoping review* (Munn *et al.*, 2018). O Instituto Canadano de Investigação em Saúde define *scoping reviews* como

exploratory projects that systematically map the literature available on a topic, identifying key concepts, theories, sources of evidence and gaps in the research (Grimshaw, 2010, p. 34).

Esta *scoping review* foi conduzida com base no modelo desenvolvido pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters *et al.*, 2020a; Peters *et al.*, 2020b) e as *guidelines* do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco *et al.*, 2018).

Numa segunda fase, a fim de dar resposta ao objetivo 4, procedeu-se à comparação da composição dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19 com o MCD para o foco de Enfermagem “Ansiedade”.

ii) Critérios de Elegibilidade

5.2.1 Critérios de Inclusão

De seguida especifica-se os critérios de inclusão tendo por base a estratégia: população, conceito e contexto e, por fim, tipo de estudo.

i) População

Esta revisão considerou estudos que incluem instrumentos de avaliação para maiores de 18 anos. Instrumentos de avaliação específicos para crianças ou adolescentes foram excluídos, por conterem especificidades que variam de acordo com o nível de desenvolvimento.

ii) Conceito

Esta revisão considerou estudos de instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19 como sintoma (diagnóstico de Enfermagem) e suas propriedades psicométricas. Foram excluídos os instrumentos de avaliação da ansiedade projetados para um diagnóstico médico (perturbações de ansiedade) ou que não apresentassem uma avaliação independente das propriedades psicométricas da subescala ansiedade (em instrumentos que abordem diferentes constructos).

iii) Contexto

Esta revisão considerou estudos conduzidos em contexto pandémico.

iv) Tipo de Estudo

Esta revisão considerou (1) estudos primários com avaliação quantitativa das propriedades psicométricas, (2) estudos que abordassem especificamente o constructo ansiedade face à COVID-19, (3) estudos que, mesmo abordando diferentes instrumentos de avaliação, avaliaram de forma independente as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da ansiedade face à COVID-19, (4) estudos que avaliaram de forma independente a subescala relativa à ansiedade face à COVID-19, quando os instrumentos eram multidimensionais, (5) estudos redigidos em português, inglês e espanhol, em decurso da maior proficiência dos investigadores nestes idiomas, como forma de garantir um processo de seleção e extração de dados de boa qualidade, e (6)

estudos cuja publicação era temporalmente coincidente com o contexto pandémico (a partir de 2020).

5.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos estudos em que, cumprindo os critérios de inclusão, (1) não tenha sido possível obter o artigo completo, após contactar os autores, (2) estudos que visassem a validação de instrumentos de avaliação da ansiedade, de forma geral, mesmo tendo sido alvo de validação durante o período pandémico, uma vez que os mesmos não avaliavam a ansiedade, especificamente, face à COVID-19.

iii) Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa desenvolvida teve em consideração a *checklist* do *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS) (McGowan *et al.*, 2016). O JBI recomenda a implementação de uma estratégia de pesquisa em três etapas (Peters *et al.*, 2020a). Uma pesquisa inicial limitada foi realizada na MEDLINE[®] (via PubMed[®]) e CINAHL[®] (via EBSCOhost) para encontrar os termos apropriados. Assim, a partir dos artigos relevantes identificados, palavras-chave do título, do resumo e termos índices foram usados para desenvolver uma estratégia de pesquisa (Anexo III). A estratégia de pesquisa foi adaptada às especificidades de cada base de dados (Anexo IV). Por último, as referências bibliográficas dos artigos incluídos foram revistas para identificação de artigos adicionais relevantes.

As bases de dados pesquisadas incluem MEDLINE[®] (via PubMed[®]), CINAHL[®] (via EBSCOhost), Scopus[®], Web of Science Core Collection[®] (via Clarivate Analytics[®]) e como literatura cinzenta: OpenGrey[®], Grey Literature Report[®] e RCAAP[®].

iv) Processo de Seleção dos Estudos

Todos os registos identificados, por meio de pesquisa em base de dados, foram recuperados e armazenados com recurso ao Mendeley[®] e alvo de processo de seleção no Microsoft Excel[®]. Após remoção dos duplicados, os dois revisores de forma independente avaliaram, numa primeira fase, os títulos e resumos para determinar se atendiam aos critérios de inclusão. Estudos potencialmente elegíveis foram recuperados em texto completo se (1) potencialmente atendessem os critérios de inclusão, (2) o resumo não

fosse claro, ou (3) a relevância de um estudo fosse incerta. Na segunda fase, o texto completo foi analisado para elegibilidade em relação às questões de investigação. Os estudos de texto completo que não atenderam os critérios de inclusão foram excluídos. As razões para exclusão encontram-se quer no Anexo V, quer de forma esquemática no fluxograma PRISMA. Por fim, as referências de todos os estudos incluídos na revisão foram revistas. Quaisquer divergências que surgissem entre os revisores foram discutidas e resolvidas por consenso. Na eventualidade de ser impossível aceder a um artigo completo de interesse, os seus autores seriam contactados via e-mail ou Research Gate, porém, na presente revisão, tal não se revelou necessário.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos não foi realizada, pois o objetivo de uma *scoping review* é reunir as ferramentas de avaliação disponíveis em fontes heterogéneas (Munn *et al.*, 2018; Peters *et al.*, 2020a; Peters *et al.*, 2020b).

v) Extração dos Dados

Os dados dos estudos incluídos foram extraídos fazendo uso de uma estrutura desenvolvida de acordo com o modelo proposto pelo JBI (Peters *et al.*, 2020a) e alinhado com os objetivos da investigação. Os dois revisores procederam à extração dos dados, de forma independente. Desacordos foram resolvidos por consenso. Os dados extraídos dizem respeito aos detalhes dos estudos, aos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, às suas propriedades psicométricas e composição.

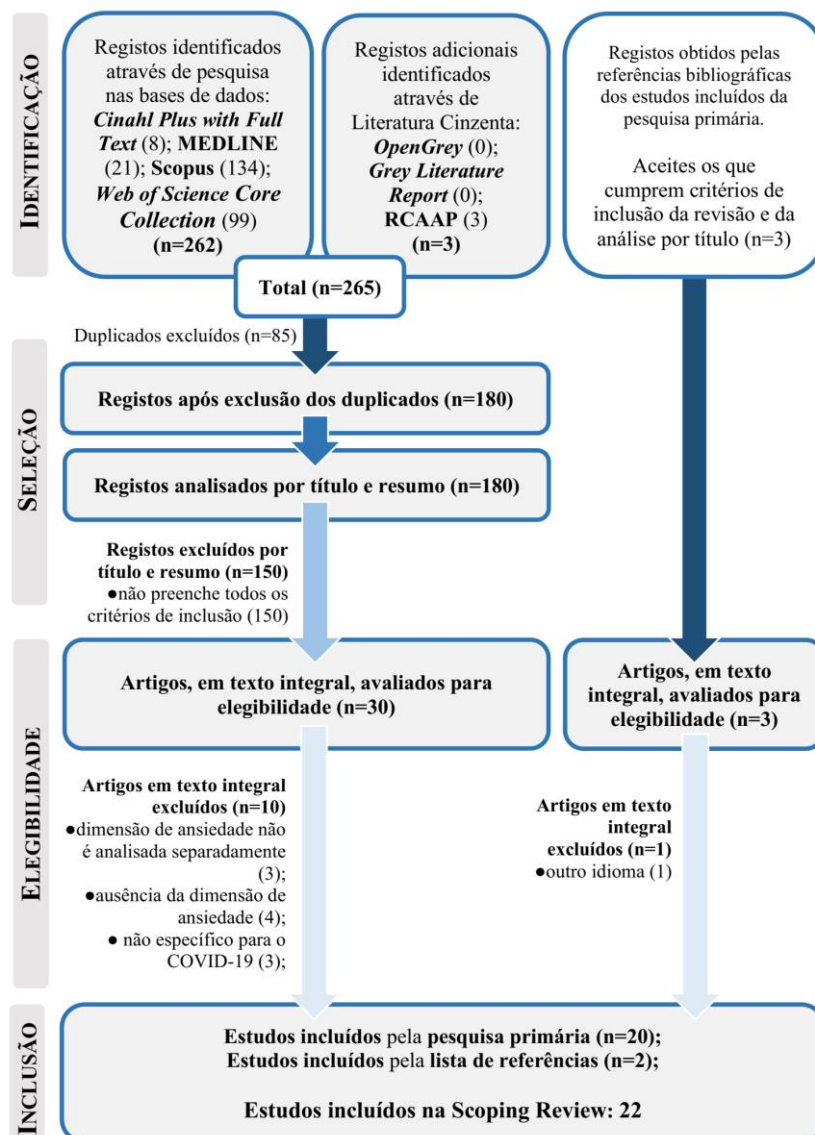
III – FASE EMPÍRICA

Concluída a fase metodológica deste estudo, a fase empírica, Parte III, concretiza a sua precedente, apresentando os seus resultados (Capítulo 6) e valorando o seu significado na subsequente discussão (Capítulo 7).

6. RESULTADOS

Este capítulo é dedicado à apresentação dos resultados obtidos e que dão resposta aos quatro objetivos previamente delineados para este projeto de investigação. Por conseguinte, numa primeira fase procedeu-se a uma *scoping review*, onde dos 265 registos iniciais identificados, foram incluídos 22 artigos. O processo de seleção encontra-se apresentado sob a forma de fluxograma PRISMA (Figura 3) com as razões para a exclusão dos estudos apontadas quer ao longo do processo quer no Anexo V.

Figura 3. Fluxograma PRISMA do Processo de Seleção dos Estudos



Na Tabela 2 apresentam-se os detalhes do estudo (autores, ano, tipo de estudo, tamanho amostral, idade, país, método e período de recolha de dados, e população) e dados relativos aos instrumentos de avaliação da ansiedade ao COVID-19, como características (sigla, nome do instrumento, constructo, idioma, número de itens) e suas propriedades psicométricas correspondentes aos domínios de fidelidade, validade, responsividade. Desta forma, dá-se resposta aos objetivos 1, 2 e 3. Os estudos encontram-se organizados por ordem alfabética da sigla dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19.

Tabela 2. Resultados: Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19 e suas Propriedades Psicométricas

Detalhes do Estudo		Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19					
Autores, Ano	Tipo de estudo; tamanho amostral, idade (média ± desvio padrão), país, método e período de recolha de dados, população	SIGLA	Características		Propriedades Psicométricas		
			Instrumento de Avaliação Constructo	Idioma, número de itens	Fidelidade	Validade	Fatores Respon- sividade
Gómez-Salgado <i>et al.</i> , 2021	Estudo piloto transversal; n = 445; (46.2 ± 12.36 anos); Espanha ; questionário online; população em geral Método Delphi (10 especialistas)	AMICO	Subescala de Ansiedade da Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale (AMICO) Ansiedade COVID-19	Espanhol 8 itens (subescala)	Consistência interna: • α de Cronbach = 0.92 • α do fator 1 (ansiedade) = 0.92	Validade de Conteúdo Kappa = 0.89 (8 itens) Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO = 0.94, Teste Bartlett (p < 0.001)] ❖ Análise fatorial exploratória (EFA): solução dois-fatores (ansiedade, medo) (explica 64.8% da variância)	Um fator - subescala

Instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19

Chandu <i>et al.</i> , 2020b	n = 307; (35.32 ± 10.9 anos); Índia ; fevereiro a março 2020; população em geral Painel (5 especialistas)	CAS _[1]	COVID-19 Anxiety Scale (CAS_[1]) Ansiedade COVID-19	7 itens	Consistência interna: • $\alpha = 0.736$ • α se item eliminado: (0.67, 0.75) • Correlações totais: (0.33, 0.63) Estabilidade: ❖ <u>Método de Teste-Retest</u> (5 dias): ICC = 0.91	Validade de Conteúdo • ICC (coeficiente de correlação intraclasse) = 0,87 (10 itens) Validade de Constructo ➔ <u>Validade Estrutural</u> : [KMO = 0.731, Teste Bartlett (p<0.001)] ❖ <u>EFA</u> : solução dois-fatores ➔ <u>Teste de Hipóteses</u> ❖ <u>Validade Convergente/Divergente</u> • <i>Self-Rated Mental Health</i> (SRMH): r = -0.417; p=0.001	Dois fatores: 1. Medo da interação social 2. Ansiedade pela doença
Lee, 2020a	Estudo transversal; n = 775; (32.72 ± 9.35 anos); Estados Unidos da América ; 11 a 13 março 2020; questionário online; população em geral com ansiedade ao COVID-19	CAS _[2]	Coronavirus Anxiety Scale (CAS_[2]) Ansiedade COVID-19	Inglês 5 itens	Consistência interna: • $\alpha = 0.93$	Validade de Constructo ➔ <u>Validade Estrutural</u> : [KMO = 0.98, Teste Bartlett (p<0.001)] ❖ <u>EFA</u> : solução duas-componentes (primeira componente (5 itens) explica 59.85% da variância total) ❖ <u>Análise fatorial confirmatória (CFA)</u> : Modelo de fator único [χ^2 /df = 0.54; CFI = 1.00; TLI = 1.00; SRMR = 0.01; RMSEA = 0.00 (0.00,0.05; 90% CI)]	Um fator

Lee <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 398; (35.91 ± 11.73 anos); Estados Unidos da América ; 23 a 24 março 2020; questionário online; população em geral	CAS _[2]	Coronavirus Anxiety Scale (CAS_[2]) Ansiedade COVID-19	Inglês 5 itens	Consistência interna: ● $\alpha = 0.92$		Um fator
Lee, 2020b	Estudo transversal; n = 1237; (38.09 ± 12.32 anos); Estados Unidos da América ; Questionário online; 2 abril 2020; população em geral	CAS _[2]	Coronavirus Anxiety Scale (CAS_[2]) Ansiedade COVID-19	Inglês 5 itens	Consistência interna: ● $\alpha = 0.92$	Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ CFA: Modelo de fator único [CFI = 1.00; TLI = 0.99; SRMR = 0.01; RMSEA = 0.06 (0.04, 0.08; 90% CI)]	Um fator
Ahmed <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 737; (26.55 ± 7.166 anos); Bangladesh ; questionário online; população em geral	CAS- Versão em Bengali	Coronavirus Anxiety Scale – Bangla Version (CAS- Bangla Version) Ansiedade COVID-19	Bengali 5 itens	Consistência interna: ● $\alpha = 0.872$ ● Correlações totais: (0.68; 0.73) ● Método da divisão pela metade: coeficiente Spearman-Brown = 0.864 Estabilidade: ❖ Método de Teste-Reteste: r = 0.764, p<0.001; (0.522, 0.893; 95% CI)	Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ CFA: Modelo de fator único modificado [χ^2 /df = 2.331; GFI = 0.995; CFI = 0,997; TLI = 0.992; SRMR = 0.013; RMSEA = 0.043] → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente/ ● COVID-19 Worry Scale (CWS): r = 0.390, p<0.001 ● Short Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21): -Ansiedade: r = 0.653, p<0.001 -Depressão: r = 0.516, p<0.001	Um fator

						<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale</i>: r = - 0.238, p<0.001 	
Singh, 2021	Estudo transversal; n = 238; (32.64 ± 9.38 anos); Índia ; questionário online; 11 a 16 junho 2020 ; população em geral	CAS- Versão Indiana	Coronavirus Anxiety Scale – Indian Version (CAS-Indian Version) Ansiedade COVID-19	5 itens	Consistência interna: <ul style="list-style-type: none"> ● $\alpha = 0.822$ 	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO = 0.805, Teste Bartlett (p < 0.001)] ❖ CFA: Modelo de fator único [χ^2 /df =3.24, p<0.001; GFI = 0.976; TLI = 0.954; CFI=0.977]	Um fator
Mohammadpour <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 399; (31.57 ± 9.74 anos); Irão ; questionário online; 4 a 7 maio 2020; população em geral	CAS – Versão Iraniana	Coronavirus Anxiety Scale – Iranian Version (CAS-Iranian Version) Ansiedade COVID-19	Iraniano 5 itens	Consistência interna: <ul style="list-style-type: none"> ● $\alpha = 0.915$ 	Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ CFA: Modelo de fator único [χ^2 /df = 1.61, p=0.18; GFI = 0.99; CFI = 1; RMSEA = 0.04] → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)</i>: r = 0.45 ● <i>Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)</i>: r = 0.27 ● <i>Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II)</i>: r = 0.43 	Um fator

Kubb e Foran, 2020	Estudo transversal; n = 515; (34.95 ± 5.39 anos); Alemanha, Áustria, Suíça ; questionário online; 29 junho a 9 agosto 2020; pais com pelo menos uma criança com idade entre os 0 e os 6 anos	CAS – Versão Alemã	Coronavirus anxiety scale – German Version (CAS-German Version)	Alemão 5 itens	Consistência interna: • $\alpha = 0.83$	Validade de Constructo → Validade Estrutural: → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente • <i>Modified Short Health Anxiety Inventory</i> (mSHAI): $r = 0.28$, $p < 0.001$ • <i>Fear of COVID-19 Scale</i> (FCV-19S): $r = 0.51$; $p < 0.001$ • <i>Pandemic Anxiety Scale</i> (PAS): $r = 0.36$; $p < 0.001$ • <i>COVID Stress Scales – Danger subscale</i> (CSS-D): $r = 0.40$; $p < 0.001$	Um fator
Choi <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 329; (40.60 ± 10.93 anos); Coreia do Sul ; questionário online; 13 a 14 julho 2020; população em geral	CAS – Versão Coreana	Coronavirus anxiety scale – Korean Version (CAS-Korean Version)	Coreano 5 itens	Consistência interna: • $\alpha = 0.85$	Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ CFA: Modelo de fator único modificado [CFI = 0,987; TFI = 0,968; SRMR= 0.022; RMSEA = 0.081 (0.033, 0.134; 95% CI)] → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente/ Divergente • <i>Obsession with Coronavirus Scale</i> (OCS): $r = 0.588$, $p = 0.001$; • <i>Work and social adjustment scale</i> (WSAS): $r = 0.487$; $p < 0.001$;	Um fator

					<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-4): <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedade: $r = -0.532$; $p < 0.001$ -Depressão: $r = 0.469$; $p < 0.001$
<p>Skalski <i>et al.</i>, 2021</p>	<p>$n = 515$; (34.64 ± 11.85 anos); Polónia questionário online 30 abril a 7 maio 2020; população em geral</p>	<p>CAS – Versão Polaca</p>	<p>COVID-19 Anxiety Scale (CAS) Ansiedade COVID-19</p>	<p>Polaco 5 itens</p> <p>Consistência interna: ● $\alpha = 0.86$</p>	<p>Validade de Constructo → <u>Validade Estrutural:</u> ❖ <u>CFA</u>: Modelo de fator único</p> <p>$[\chi^2 / df = 0.340$; GFI = 0.999; AGFI = 0.980; RMSEA = 0.037 (0.000, 0.130; 90% CI); TLI = 0.994; CFI = 0.999]</p> <p>→ <u>Teste de Hipóteses</u> ❖ <u>Validade Convergente/Divergente</u> ● <i>Short Form of the Changes in Outlook Questionnaire</i> (SF-CiOQ): -Efeitos de trauma negativos: $r = -0.53$; $p < 0.001$; -Efeitos de trauma positivos: $r = -0.18$; $p < 0.001$</p>

Magano <i>et al.</i> , 2021	Estudo Longitudinal n = 1122 (2 amostras independentes); (31.91 ± 13.76 anos); Portugal ; questionário online; 1 outubro a 15 novembro 2020; população em geral	CAS – Versão Portuguesa	Coronavirus anxiety scale – Portuguese Version (CAS-Portuguese Version) Ansiedade COVID-19	Português 5 itens	Consistência interna: <ul style="list-style-type: none"> • $\alpha = 0.85$ • α se item eliminado: diminui Estabilidade: <ul style="list-style-type: none"> ❖ <u>Método de Teste-Reteste</u> (n = 31, 2 avaliações): r = 0,70 	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO = 0.85, Teste Bartlett (p<0.001)] ❖ <u>EFA</u> : solução um-fator (explica 67.64% da variância total) ❖ <u>CFA</u> : Modelo de fator único modificado [$\chi^2/df = 1.92$; CFI = 1.00; TLI = 0.99; SRMR = 0.02; RMSEA = 0.04 (0.00, 0.05; 90% CI)] → Teste de Hipóteses ❖ <u>Validade Convergente/Divergente</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fear of COVID-19 Scale</i> (FCV-19S): r = 0.53, p<0.001 <ul style="list-style-type: none"> -Medo emocional: r = 0.43, p<0.001; -Medo cognitivo: r = 0.57; p<0.001 	Um fator
-----------------------------	--	-------------------------	--	---------------------------------	--	---	----------

Caycho-Rodriguez <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal n = 704; (23.39 ± 3.45 anos); Peru ; questionário online; maio a junho 2020; estudantes universitários de Ciências da Saúde	CAS - Versão Espanhola	Coronavirus Anxiety Scale – Spanish Version (CAS- Spanish Version)	Espanhol 5 itens	Consistência interna: • $\alpha = 0.89$	Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ <u>CFA</u> : Modelo de fator único [$\chi^2/df = 1.52$; CFI = 0,99; TLI = 0,62; SRMR = 0.02; RMSEA = 0,03 (0.00, 0.06; 90% CI)] → Teste de Hipóteses ❖ <u>Validade Convergente/Divergente</u> • <i>Mental Health Inventory-5 (MHI-5)</i> : -bem-estar psicológico e ausência de angústia: $r = -0.50$, $p < 0.01$; • <i>Patient Health Questionnaire-2 item (PHQ-2)</i> : -depressão: $r = 0,52$, $p < 0.01$	Um fator
Evren <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 1023; (43.32 ± 13.66 anos); Turquia ; questionário online; 14 a 17 maio 2020; população em geral		CAS – Versão Turca	Coronavirus Anxiety Scale - Turkish Version (CAS-Turkish Version)	Turco 5 itens	Consistência interna: • $\alpha = 0.80$ • α se item eliminado: não aumenta • Correlações totais: (0.662; 0.811)	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO= 0.819, Teste Bartlett ($p < 0.001$)] ❖ <u>CFA</u> : Modelo de fator único [$\chi^2/df = 4.273$; GFI = 0.995; TLI = 0.978; CFI = 0.993; RMSEA = 0.057] → Teste de Hipóteses

					<p>❖ <u>Validade Convergente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Obsession with Coronavirus Scale (OCS)</i>: $r = 0.57$, $p=0.001$; ● <i>Fear of COVID-19 Scale</i>: $r = 0.54$; $p<0.001$ 	
Karaahmet <i>et al.</i> , 2021	n = 198; (41.5 ± 12.7 anos); Turquia ; questionário em suporte papel; 15 a 15 agosto 2020; utentes psiquiátricos de ambulatório	Coronavirus Anxiety Scale - Turkish Version (CAS-Turkish Version)	Turco 5 itens	<p>Consistência interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● $\alpha = 0.859$ ● Método da divisão pela metade: coeficiente Spearman-Brown = 0.80 	<p>Validade de Constructo</p> <p>→ Validade Estrutural: [KMO= 0.824, Teste Bartlett ($p < 0.001$)]</p> <p>❖ EFA: solução um-fator (explica 65% da variância total)</p> <p>❖ CFA: Modelo de fator único [$\chi^2/df = 1.3$; GFI = 0.992; CFI = 0.998; AGFI = 0.96; RMSEA = 0.04]</p> <p>→ Teste de Hipóteses</p> <p>❖ Validade Convergente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Marcador surrogado de ansiedade (ser diagnosticado ou ter um parente com o diagnóstico de ansiedade ao COVID-19): $r = 0.38$, $p<0.001$ <p>Validade de Critério:</p> <p>→ Validade Concorrente ou Concomitante</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Global clinical condition – improvement (CGI-I)</i>: $r = 0.49$, $p<0.001$ 	Um fator
		Ansiedade COVID-19				

CAS – Versão Turca

Almenaye <i>et al.</i> , 2021	Estudo transversal; n = 573; (35,5 ± 10,3 anos); Egito, Argélia, Síria, Yémen, Iraque, Koweit, Palestina, Emirados Árabes Unidos, Líbia, Barém, Arábia Saudita, Marrocos, Omã ; questionário online; abril a maio 2020; população em geral	CASS	Coronavirus Anxiety Syndrome Scale (CASS)	Árabe 18 itens	Consistência interna: ● α se item eliminado: (0.49, 0.79) ● Correlações totais: (0.52, 0.80)	Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ EFA: solução quatro-fatores ❖ CFA: Modelo de dois fatores ● <i>Global clinical condition – improvement (CGI-I):</i> r = 0.49, p < 0.001 → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente ● <i>Short Health Anxiety Inventory (SHAI):</i> r = 0.063 -ansiedade saudável: r = 0.988; -distanciamento social: r = 0.781; - probabilidade de doenças: r = 0.076; -gravidade da doença: r = 0.062; -vigilância corporal: r = 0.014	Dois fatores: 1. Ansiedade com a saúde/sono/alteração alimentar 2. Distanciamento social/ Isolamento domiciliar
Alipour <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 308; Irão ; questionário online; população em geral	CDAS	Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)	18 itens	Consistência interna – ● $\alpha = 0,919$ ● α se item eliminado: (0.912, 0.918)	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO= 0.937, Teste Bartlett (p < 0.01)] ❖ EFA: solução dois-fatores → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente	Dois Fatores: 1. Sintomas físicos 2. Sintomas psicológicos

						<ul style="list-style-type: none"> ● <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ): $r = 0.483$ ($p \leq 0,01$, 99% CI) <ul style="list-style-type: none"> -ansiedade: $r = 0.527$; -sintomas físicos: $r = 0.418$; -disfunção no desempenho social: $r = 0.333$; -depressão: $r = 0.269$ 	
Mohlman <i>et al.</i> , 2021	Estudo transversal; $n = 201$; ($21.97 \pm 6,32$ anos); Estados Unidos da América ; questionário online; março a maio 2020; estudantes universitários	C-19-I	COVID-19 Inventory (C-19-I) Ansiedade COVID-19	Inglês 10 itens	Consistência interna <ul style="list-style-type: none"> ● Correlações totais (0.422, 0.709) ● Método da divisão pela metade: $r = 0.629$, $p < 0.001$ 	Validade de Constructo <ul style="list-style-type: none"> ➔ Validade Estrutural: [KMO= 0.75, Teste Bartlett ($p < 0.001$)] ❖ EFA: solução quatro-fatores ➔ Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente/ Divergente <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Disgust Scale – Revised</i> (DS-R): $r = 0.046$; ● <i>Contamination Cognitions Scale – Total</i> (CCS-T): $r = 0.436$, $p < 0.01$; ● <i>Altarum Consumer Education</i> (ACE): $r = 0.229$, $p < 0.01$; ● <i>Health Anxiety Inventory</i> (HAI): $r = 0.232$, $p < 0.01$ 	Quatro fatores: <ol style="list-style-type: none"> 1. Influência 2. Infecção 3. Impacto 4. Gravidade
Madkor <i>et al.</i> , 2021	Estudo transversal; $n = 500$; Egito ; questionário online; população em geral	C-19LAI	Anxiety Subscale COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory (C-19LAI)	Árabe 20 itens	Consistência interna – <ul style="list-style-type: none"> ● $\alpha = 0.947$ ● α se item eliminado: diminui 	Validade de Critério: <ul style="list-style-type: none"> ➔ Validade concorrente ou concomitante: <ul style="list-style-type: none"> ● <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI): $r = 0.289$, $p < 0.01$; 	

				●Correlações totais: (0.566, 0.769)	<i>COVID-19 Anxiety subscale:</i> r = 0.407, p ≤0.01	
Bernardo <i>et al.</i> , 2020	Estudo transversal; n = 925; (32.72 ± 9.35 anos); Filipinas ; questionário online; população em geral	CPAS-11	Ansiedade COVID-19			
			Coronavirus Pandemic Anxiety Scale (CPAS-11)	11 itens	Consistência interna: ● α = 0.87 ● α se item eliminado: (0.49, 0.79)	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO = 0.88, Teste Bartlett (p<0.001)] ❖ EFA: solução dois-fatores ❖ CFA: Modelo de dois fatores [CFI = 0,95; TLI = 0,93; SRMR = 0.05; RMSEA = 0,08 (0.07, 0.09; 95% CI)] → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente/Divergente ● <i>Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)</i> : r = 0.76, p<0.001 ● <i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i> : r = 0.70, p<0.001; ● <i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Negative affect</i> : r = 0.67, p<0.001; ● <i>PANAS: Positive Affect</i> : r = - 0.23, p<0.001; ● <i>Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)</i> : r = - 0.40, p<0.001; ● <i>Fear of COVID Scale (FCV-19S)</i> : r = 0.60, p<0.001
			Ansiedade COVID-19			

Instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19

Faiza, 2020	Estudo transversal; n = 256; Paquistão ; questionário online; 15 a 29 março 2020; população em geral	CVAS	Corona Virus Anxiety Scale (CVAS)	Inglês 17 itens	Consistência interna: <ul style="list-style-type: none"> ● $\alpha = 0.896$ ● α (fator 1) = 0.844 ● α (fator 2) = 0.845 ● α (fator 3) = 0.759 <ul style="list-style-type: none"> ● correlações totais: (0.46, 0.63), $p < 0.01$ 	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO= 0.852, Teste Bartlett ($p < 0.001$)] ❖ EFA: solução três-fatores (explica 57.46% da variância total) → Teste de Hipóteses ❖ Validade Convergente <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Impact of Event Scale-Revised</i> (IES-R): $r = -0.476$; $p < 0.01$ -FOIAD: $r = 0.392$, $p < 0.01$; -SI: $r = 0.418$, $p < 0.01$; -LOCAH: $r = 0.436$, $p < 0.01$ 	Três fatores: 1. Medo da infecção e morte (FOIAD) 2. Isolamento social (SI) 3. Perda de controle e desamparo (LOCAH)
Zenker <i>et al.</i> , 2021	ESTUDO 1 n = 2180; Estados de Unidos da América ; junho 2020; população em geral ESTUDO 2 n= 2062; Dinamarca ; junho 2020; população em geral	PATS	Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale (PATS)	5 itens	Consistência interna: <ul style="list-style-type: none"> ● $\alpha = 0.93$ 	Validade de Constructo → Validade Estrutural: [KMO= 0.90, Teste Bartlett ($p < 0.001$)] ❖ EFA: solução um-fator ❖ CFA: Modelo de fator único [CFI = 0.90; TLI = 0.99; SRMR = 0.01; RMSEA = 0,053 (0.042, 0.065; 90% CI)] Validade de Constructo → Validade Estrutural: ❖ CFA: Modelo de fator único [CFI = 1.00; TLI = 0.99; SRMR = 0.01; RMSEA = 0.050 (0.038, 0.063; 90% CI)]	Um fator

Já na Tabela 3 apresenta-se a composição dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, cuja reprodução tenha sido autorizada por um dos seus autores (Anexo VI), dando-se assim resposta a parte do objetivo 1. Os estudos encontram-se organizados por ordem alfabética da sigla dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19.

Tabela 3. Resultados: Composição dos Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE FACE À COVID-19		
Autores, Ano	País	Itens
Gómez-Salgado <i>et al.</i> , 2021	Espanha	<p>AMICO</p> <p><i>Subscale Anxiety of Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale (AMICO)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>My hands sweat when I think about COVID-19;</i> • <i>I feel nervous or anxious when watching news or stories about COVID-19 in social networks and other media;</i> • <i>I can't sleep because I am worried about getting COVID-19;</i> • <i>My pulse races when I think about getting COVID-19;</i> • <i>Contradictory information about coronavirus in social networks and the media makes me feel anxious;</i> • <i>I have negative ideas when I hear or read any news related to the disease;</i> • <i>I feel sad or downcast when I think about the disease and the possibility of getting infected;</i> • <i>I feel anxious about going out, or considering going out, to fulfill my daily responsibilities (work, family, etc.)</i>
Chandu <i>et al.</i> , 2020b	Índia	<p>CAS [1]</p> <p><i>COVID-19 Anxiety Scale (CAS_[1])</i></p> <p><u>1. Fear of social interaction</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>How afraid are you of acquiring COVID-19 when going into the public?;</i> • <i>How frequently are you avoiding conversations on COVID-19 related information out of fear/anxiety?;</i> • <i>How worried are you of acquiring COVID-19 when an unknown person is coming closer to you?;</i> • <i>How anxious are you getting when knowing information on COVID-19?;</i> • <i>How concerned are you when people cough or sneeze because of the fear that you may acquire COVID-19?</i> <p><u>2. Illness anxiety</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>How frequently are you feeling worried that you have acquired COVID-19?</i> • <i>How frequently is your sleep getting affected because of thoughts relating to COVID-19?</i>

Lee, 2020a	CAS _[2]	Estados Unidos da América	<p>Coronavirus Anxiety Scale (CAS_[2])</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>I felt dizzy, lightheaded, or faint, when I read or listened to news about the coronavirus.</i> • <i>I had trouble falling or staying asleep because I was thinking about the coronavirus.</i> • <i>I felt paralyzed or frozen when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.</i> • <i>I lost interest in eating when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.</i> • <i>I felt nauseous or had stomach problems when I thought about or was exposed to information about the coronavirus</i>
Almenaye <i>et al.</i> , 2021	CASS	Egito, Argélia, Síria, Yémen, Iraqe, Koweit, Palestina, Emirados Árabes Unidos, Líbia, Barém, Arábia Saudita, Marrocos, Omã	<p>Coronavirus Anxiety Syndrome Scale (CASS)</p> <p><u>1. Health anxiety/ Sleeping/eating disturbance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>I had trouble falling asleep because of thinking about working during the coronavirus.</i> • <i>I cannot sleep because of thinking about the coronavirus.</i> • <i>I lost appetite to eat when I was exposed to information about the coronavirus.</i> • <i>I had stomach ache or nauseous when I came across information about the coronavirus.</i> • <i>I am most afraid of losing my loved individuals (family members, friends, or colleagues) due to the coronavirus.</i> • <i>It makes me uncomfortable when I hear about number of confirmed cases in the city where I live.</i> • <i>I felt dizziness and sometimes faint, when I read information about the widespread pf the coronavirus.</i> • <i>I am most anxious because thinking about my future if coronavirus lasts for a long time.</i> • <i>I become nervous I am thinking that there is no effective vaccine or medication for the coronavirus.</i> • <i>I worry a lot about the lack of clarity of the characteristics of the coronavirus due to the conflicting research results.</i> • <i>I am most anxious when I read the number of confirmed infection cases and deaths in health professionals of the coronavirus.</i> • <i>I feel disturbance when symptoms similar to COVID-19 appear</i> • <i>I am most anxious about the future of my family members, friends or colleagues because of coronavirus</i> • <i>I felt loneliness and depressed because I am unable to get physically close to friends and colleagues.</i> • <i>I feel my limbs are frozen or even paralyzed when I listen or read information about the coronavirus.</i> <p><u>2. Social distancing/ home isolation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>I am most anxious because of thinking of going out for shopping during the coronavirus.</i> • <i>I feel depressed due to home isolation measures because of the coronavirus.</i> • <i>It makes me uncomfortable because I cannot do my regular outdoor activities.</i>

Corona Disease Anxiety Scale (CDAS)

1. Psychological symptoms

- *Thinking about Coronavirus makes me anxious;*
- *I feel tense when I think about the Coronavirus threat;*
- *I am seriously worried about the prevalence of Coronavirus;*
- *I am afraid of contracting Coronavirus;*
- *I fear that I might contract Coronavirus anytime;*
- *Minor symptoms make me think that I am contracting the virus, and I start checking myself;*
- *I am concerned about transferring the virus to others around me;*
- *My anxiety about Coronavirus has interfered with my daily activities;*
- *The mass medias focus on Coronavirus make me anxious;*

2. Pysical symptoms

- *Thinking about Coronavirus has interrupted my sleep;*
- *I have lost my appetite because of thinking about Coronavirus;*
- *I get a headache when I think about Coronavirus;*
- *My body starts jittering when I think about Coronavirus;*
- *I get goose bumps when I think about Coronavirus;*
- *Coronavirus has become my nightmare;*
- *I have less physical activity because of my fear of Coronavirus;*
- *I find it hard to talk with others about Coronavirus;*
- *I feel my heart beating when I think about Coronavirus.*

Alipour *et al.*, 2020

CDAS

Irão

COVID-19 Inventory (C-19-I)

1. Influence

- *To what extent are you concerned about coronavirus?;*
- *To what extent has the threat of virus influenced your use of safety behaviors?*
- *To what extent has the threat of coronavirus influenced your travel plans?*
- *To what extent has the threat of the virus influenced your decisions to be around people?*
- *To what extent do you believe that coronavirus could become a “pandemic” in the US?*

2. Infection

- *How likely is it that you could become infected with coronavirus?*
- *How likely is it that someone you know could become infected with coronavirus?*

Mohlman *et al.*, 2021

C-19-I

Estados Unidos da América

			<p>3. <i>Impact</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>How quickly do you believe contamination from coronavirus is spreading in the US?</i> • <i>How much exposure have you had to information about coronavirus?</i> <p>4. <i>Severity</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>If you did become infected, to what extent are you concerned that you will be severely ill?</i>
Madkor <i>et al.</i> , 2021	C-19LAI	Egito	<p>Anxiety Subscale COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory (C-19LAI)</p> <p>Até ao momento de submissão do presente trabalho, o pedido de autorização de reprodução não obteve resposta.</p>
Bernardo <i>et al.</i> , 2020	CPAS-11	Filipinas	<p>Coronavirus Pandemic Anxiety Scale (CPAS-11)</p> <p><u>1. Somatic symptoms</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Felt faster heartbeat</i> • <i>Felt restless or agitated</i> • <i>Found it difficult to fall or stay asleep</i> • <i>Had difficulty relaxing</i> • <i>Had difficulty breathing</i> <p><u>2. Non-somatic symptoms</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Worried that I or someone in my family might get infected</i> • <i>Felt panic thinking about being near a hospital or clinic for whatever reason</i> • <i>Felt panic when I or someone else around me coughs or sneezes</i> • <i>Felt bothered that I cannot wash or sanitize my hands as frequently as I want to</i> • <i>Worried about dying</i> • <i>Worried about family and/or friends dying</i>
Faiza, 2020	CVAS	Paquistão	<p>Corona Virus Anxiety Scale</p> <p><u>1. Fear of Infection and Death (FOAD)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Worry that I will be infected.</i> • <i>Worry that my family will be infected.</i> • <i>Worry that my children/ elderly parents/ grandparents will be infected.</i> • <i>Anxious that infection is inescapable.</i>

- *Anxious about death of myself.*
- *Anxious about death of loved ones (family, friends, and relatives).*

2. Social Isolation (SI)

- *Think I will not be able to perform religious rituals (Hajj, Ummrah, church, holy place attendance).*
- *Fear about social isolation.*
- *Fear of being quarantine.*
- *Anxious to forcibly limit activities (traveling, social gatherings).*
- *Anxious of being socially rejected by others due to viral contamination.*

3. Lack of Control and Helplessness (LOCAH)

- *Distress about lack of proper hygiene maintenance (home, hospital, office, public places).*
- *Concern that the vaccine will take a longer time to control the virus.*
- *Concern about an increase in prices (food/grocery/sanitizers).*
- *Think about financial problems (unemployment/job loss /business loss).*
- *Anxious about disease information spread in media (news channels, internet, social networking sites).*
- *Think that I will not be able to visit holy places (church, mosque, shrine, holy place).*

Zenker *et al.*, 2021

PATS

Estados de
Unidos da
América,
Dinamarca

Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale

- *COVID-19 makes me worry a lot about my normal ways of travelling;*
- *It makes me uncomfortable to think about COVID-19 while planning my vacation;*
- *I am afraid to risk my life when I travel, because of COVID-19;*
- *When watching news about COVID-19, I become nervous or anxious in regards to travel;*
- *I do not feel safe to travel due to COVID-19.*

Numa segunda fase, procedeu-se à análise da adequabilidade dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, identificados previamente na *scoping review*, ao MCD para o foco de Enfermagem “Ansiedade” (Sampaio, 2021), dando-se resposta ao objetivo 4. Assim, na Tabela 4, apresenta-se os resultados da comparação da composição dos instrumentos com os sinais e/ou sintomas, mais frequentes, identificativos do diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, conforme o MCD.

Tabela 4. Resultados: Comparação dos Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19 ao Modelo Clínico de Dados centrado no Foco de Enfermagem “Ansiedade”

Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”		Instrumentos de Avaliação da Ansiedade face à COVID-19									
		AMICO	CAS [1]	CAS [2]	CASS	CDAS	C-19-I	C-19LAI	CPAS-11	CVAS	PATS
Cognitivos e/ ou emocionais	Sinais e/ ou sintomas:										
	Sentir-se preocupado (“feeling worried”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sentir medo (“feeling scared”, “being afraid”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sentir-se nervoso (“feeling nervous”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Estar perto do pânico (“being close to panic”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Somáticos e/ ou comportamentais	Sentir dificuldade em relaxar (“finding it difficult to relax”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Tensão (“tension”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Dificuldade em respirar (“difficulty breathing”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Trémulo das extremidades superiores (“shaking hands”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Dificuldade em descansar (“resting difficulty”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Boca seca (“dry mouth”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Aumento da frequência cardíaca (“increased heart rate”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sensação de desfalecimento (“feeling the heart failing”)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Legenda: ■ presente; +/- assemelha-se a alguns itens; □ não se encontra presente.

AMICO: Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale; CAS_[1]: COVID-19 Anxiety Scale; CAS_[2]: Coronavirus Anxiety Scale; CASS: Coronavirus Anxiety Syndrome Scale; CDAS: Corona Disease Anxiety Scale; C-19-I: COVID-19 Inventory; C-19LAI: Anxiety Subscale of COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory; CPAS-11: Coronavirus Pandemic Anxiety Scale; CVAS: Corona Virus Anxiety Scale; PATS: Anxiety Travel Scale.

7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo, Discussão de Resultados, estabelece-se a ponte entre os resultados decorrentes da investigação realizada e a sua aplicabilidade, pois a investigação só tem utilidade se tiver potencial de aplicabilidade.

7.1.1 Identificação dos Instrumentos

Na presente *scoping review* incluíram-se 22 artigos referentes a 10 instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, a saber: *Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale* (AMICO) (Gómez-Salgado *et al.*, 2021), validado em Espanha; *COVID-19 Anxiety Scale* (CAS_[1]) (Chandu *et al.*, 2020b), validado na Índia; *Coronavirus Anxiety Scale* (CAS_[2]) (Lee, 2020a), validado nos Estados Unidos da América (EUA); *Coronavirus Anxiety Syndrome Scale* (CASS) (Almenaye *et al.*, 2021), alvo de validação no Egito, Argélia, Síria, Yémen, Iraque, Koweit, Palestina, Emirados Árabes Unidos, Líbia, Barém, Arábia Saudita, Marrocos, Omã; *Corona Disease Anxiety Scale* (CDAS) (Alipour *et al.*, 2020), validado no Irão; *COVID-19 Inventory* (C-19-I) (Mohlman *et al.*, 2021), validado nos EUA; *Anxiety Subscale of COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory* (C-19LAI) (Madkor *et al.*, 2021), validado no Egito; *Coronavirus Pandemic Anxiety Scale* (CPAS-11) (Bernardo *et al.*, 2020), validado nas Filipinas; *Corona Virus Anxiety Scale* (CVAS) (Faiza, 2020), validado no Paquistão, e o *Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale* (PATS) (Zenker *et al.*, 2021) validado nos EUA e Dinamarca.

Quanto à dimensionalidade, apenas o CAS_[2] e o PATS são unidimensionais, sendo os demais multidimensionais (dois fatores: CAS_[1], CASS, CDAS, CPAS-11; três: CVAS; quatro: C-19-I). Ressalva-se que, muito embora, os instrumentos de avaliação AMICO e C-19LAI sejam multidimensionais, somente foi considerada a subescala de interesse “Ansiedade”. Quanto ao número de itens variou entre 5 e 20 itens.

Para a validação dos instrumentos de avaliação, os dados foram recolhidos, maioritariamente através de questionário online (19 estudos), no período compreendido entre fevereiro e novembro de 2020. O tamanho amostral variou entre 198 e 2180 (média de 725 pessoas) e as médias de idade entre 22.0 anos e 46.2 anos. Quanto à população-alvo, a validação decorreu na população em geral (18 estudos), estudantes universitários (2 estudos), pais (1 estudo) e utentes psiquiátricos de ambulatório (1 estudo).

7.1.2 Propriedades Psicométricas

No que diz respeito às propriedades psicométricas dos instrumentos, quanto ao domínio da fidelidade, a consistência interna de todos os instrumentos, avaliada pelo coeficiente α de Cronbach, variou entre 0.736 e 0.947, e entre 0.736 e 0.930 para os oito estudos incidentes na escala CAS_[2], sendo indicativos de elevada consistência interna. Quanto às correlações totais, indicativas da associação do item ao constructo, variaram entre um limite inferior de (0.330, 0.630) e um limite superior de (0.662, 0.811) (sete estudos). No que concerne à técnica das metades partidas, o coeficiente de Spearman-Brown variou entre 0.629 e 0.864 (3 estudos), sendo que correlações elevadas são indicativas de elevada fidelidade. Quanto à fidelidade teste-reteste, os coeficientes variaram entre 0.70 e 0.91 (3 estudos), sendo indicativo de consistência na repetição de medições, em momentos temporais distintos. Nenhum estudo avaliou a fidelidade com base em testes paralelos ou de forma alternativa. Igualmente, não se verificou a avaliação da fidelidade inter-observadores ou intra-observadores, pois os instrumentos eram de autopreenchimento.

Relativamente ao domínio da validade, especificamente quanto à validade de conteúdo, o grau de concordância entre especialistas foi de 0.89 para o kappa (1 estudo) e 0.87 para o ICC (1 estudo). No que concerne à validade de critério, dois estudos avaliaram a validade concorrente ou concomitante: $r = 0.407$, $p \leq 0.01$ entre a subescala de ansiedade do C-19LAI e o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI); $r = 0.49$, $p < 0.001$ entre o CAS Versão Turca e o *Global Clinical Condition – Improvement* (CGI-I).

Quanto à avaliação da validade estrutural de constructo, análises fatoriais exploratórias e confirmatórias foram realizadas, face à adequabilidade dos dados (i.e., KMO entre 0.731 e 0.98; teste de esfericidade de Bartlett estatisticamente significativo). A análise fatorial exploratória apontou soluções fatoriais, desde um a quatro fatores, explicativos de uma variância total entre 57.46% e 67.64% (4 estudos). Já a análise fatorial confirmatória confirmou modelos de fator único e dois fatores. De uma forma geral, os modelos alcançados apresentaram uma boa qualidade de ajuste, conforme os índices de ajuste absoluto: χ^2/df (0.340, 4.273) (valor ideal < 2); GFI = (0.976, 0.999) (valor ideal ≥ 0.90); AGFI = (0.96, 0.98) (valor ideal ≥ 0.90); SRMR = (0.01, 0.05) (valor ideal ≤ 0.08); RMSEA = (0.00, 0.10) (valor ideal ≤ 0.06); e índices de ajuste comparativos: CFI = (0.90, 1.00) (valor ideal ≥ 0.95); TLI = (0.62, 1.00) (valor ideal ≥ 0.95).

Quanto ao teste de hipóteses, a validade convergente e divergente foi testada com 22 outros instrumentos. Apenas três instrumentos de avaliação de ansiedade face à COVID-19 apresentaram uma validade convergente com valores superiores a 0.60, a saber: CAS Versão em Bengali com a subescala ansiedade do *Short Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21) ($r = 0.653$, $p < 0.001$); CASS com a subescala ansiedade saudável ($r = 0.988$) e o distanciamento social ($r = 0.781$) do *Short Health Anxiety Inventory* (SHAI); e CPAS-11 quer com a *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7) ($r = 0.76$, $p < 0.001$), quer com a *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) ($r = 0.70$, $p < 0.001$) e com a subescala de efeito negativo da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) ($r = 0.67$, $p < 0.001$).

Nenhum estudo avaliou a responsividade dos instrumentos, uma vez que o desenho dos estudos não incluía a aplicação dos instrumentos entre intervenções clínicas, intuindo a medição de mudanças sintomáticas.

7.1.3 Validação para a População Portuguesa

CAS_[2] foi o único, dos dez instrumentos de avaliação, alvo de validação psicométrica para a população portuguesa. Aliás, este foi validado em onze países: Bangladesh (versão em bengali) (Ahmed *et al.*, 2020), Índia (Singh, 2021), Irão (Mohammadpour *et al.*, 2020), Alemanha, Áustria, Suíça (versão alemã) (Kubb e Foran, 2020), Coreia do Sul (versão coreana) (Choi *et al.*, 2020), Polónia (versão polaca) (Skalski *et al.*, 2021), Portugal (versão portuguesa) (Magano *et al.*, 2021), Peru (versão espanhola) (Caycho-Rodriguez *et al.*, 2020) e Turquia (Evren *et al.*, 2020; Karaahmet *et al.*, 2021).

7.1.4 Adequabilidade ao Modelo de Clínico de Dados

Analisando a adequabilidade dos instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, identificados previamente na *scoping review*, ao MCD para o foco de Enfermagem “Ansiedade” (Sampaio, 2021), verificou-se que a maioria contém itens cujo foco centra-se no “sentir-se preocupado”, no “sentir medo” e na “dificuldade em descansar”. Assim, o instrumento de avaliação da ansiedade face à COVID-19 que mais sinais e/ou sintomas engloba, de acordo com os que constam no MCD, centrado no Foco de Enfermagem “Ansiedade”, é o CPAS-11, seguido do CASS e do CDAS. A existência desta ligação entre os itens dos instrumentos e o MCD é sinónimo que estes se aproximam da avaliação da ansiedade enquanto diagnóstico específico de Enfermagem.

7.1.5 Considerações finais

Na presente *scoping review* incluíram-se 22 artigos referentes a 10 instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, mais 21 artigos do que a *scoping review* de Ransing *et al.* (2020), mais 19 do que a de Chandu *et al.* (2020a) e mais 21 do que a de Ransing *et al.* (2021). Por conseguinte, o presente trabalho de investigação, no que concerne ao constructo ansiedade face à COVID-19, proporciona uma atualização dos resultados relativamente aos três previamente publicados.

Dos 10 instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, o único alvo de validação psicométrica para a população portuguesa foi o CAS_[2], e o que mais se aproxima do MCD, o CPAS-11. Tendo em vista que uma maior adequabilidade ao MCD se traduz num instrumento mais centrado no diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, considera-se que seria importante validar o CPAS-11 para a população portuguesa.

Com o presente trabalho não se pode concluir quanto ao melhor instrumento para avaliação da ansiedade face à COVID-19. Tal facto deve-se, conforme previamente explicitado, ao facto do presente método de síntese de conhecimento não preconizar a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que espelha o objetivo intrínseco de uma *scoping review*, mapear a evidência disponível.

Ressalva-se a importância da realização de mais estudos psicométricos para instrumentos que, até ao momento, foram avaliados num único estudo. Conforme mencionado na Parte I, a validação psicométrica não se efetiva num estudo único, sendo antes um processo que requer vários estudos, em diferentes populações, a fim de se congregarem evidências crescentes quanto à capacidade que detêm em oferecer dados cientificamente robustos.

Não se procedeu a um levantamento exaustivo de todas as estatísticas utilizadas, nem se avaliou a sua adequabilidade. No que concerne aos resultados da *scoping review*, a sensibilidade poderia ser potenciada através de uma estratégia de pesquisa mais ampla e com recurso a mais bases de dados, sublinhando-se, contudo, a limitação às contratualizadas pela Universidade Fernando Pessoa e Universidade do Porto.

CONCLUSÕES E CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM

O presente trabalho de investigação definiu como objetivo geral mapear e analisar quanto à adequabilidade ao MCD os instrumentos de avaliação da ansiedade face à COVID-19, para adultos. Assim, decorrente da *scoping review*, identificaram-se 10 instrumentos, dos quais, CAS_[2] foi o único alvo de validação para a população portuguesa. Já da análise de adequabilidade ao MCD verificou-se ser o CPAS-11 o que mais se lhe aproxima.

Tendo por base os resultados obtidos e/ou limitações do trabalho realizado, seria importante, para efeitos de investigação futura, considerar-se a realização de uma revisão sistemática, a fim de estabelecer-se a relevância e aplicabilidade dos instrumentos, intuindo a identificação de um instrumento padrão-ouro para determinado contexto e condições. Além disso, como a validação psicométrica é um processo que requer vários estudos, seria relevante a condução de mais estudos psicométricos para os instrumentos que, até ao momento, foram apenas alvo de validação psicométrica num único estudo.

Desde a sua génese que os potenciais contributos para a Enfermagem se constituíram como o princípio norteador major do projeto de investigação. Assim, tendo por base o papel importante que os enfermeiros parecem ter no domínio da ansiedade e a relevância que os instrumentos de avaliação detêm ao acrescentar rigor ao processo de diagnóstico de Enfermagem, o presente trabalho ao identificar o instrumento de avaliação da ansiedade face à COVID-19 que mais se aproxima do MCD (CPAS-11), identificou o mais centrado no diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”. Nesse sentido, importa validá-lo para a população portuguesa em razão de, potencialmente, poder constituir um importante apoio numa identificação mais rigorosa do diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade” em relação ao COVID-19, por parte dos enfermeiros portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, O. *et al.* (2020) . Adaptation of the Bangla Version of the COVID-19 Anxiety Scale, *International Journal of Mental Health and Addiction*.
- Alexandre, N. M. C. e Coluci, M. Z. O. (2011) . Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas, *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), pp. 3061–3068.
- Alipour, A. *et al.* (2020) . A New Self-Reported Assessment Measure for COVID-19 Anxiety Scale (CDAS) in Iran: A Web-Based Study, *Iranian Journal of Public Health*, 49(7), pp. 1316–1323.
- Almeida, T. C. *et al.* (2020) . Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia, *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa Sociedade, Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*.
- Almenaye, N. S., Salem, A. A. M. S. e Al-Mujaim, F. (2021) . The coronavirus anxiety syndrome scale (CASS): Development and initial validation, *North American Journal of Psychology*, 23(1), pp. 121–140.
- American Psychiatric Association (2013) . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed) . American Psychiatric Association.
- American Psychological Association [APA] (2015) . *APA Dictionary of Psychology*. (2nd ed) . Washington DC, American Psychological Association.
- Bandelow, B. e Michaelis, S. (2015) . Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century, *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), pp. 327–335.
- Bareeqa, S. B. *et al.* (2020) . Prevalence of depression , anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic : A systematic review with, *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, pp. 1–18.
- Barlow, D. H. (2002) . *Anxiety and It's Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd ed) . London, The Guilford Press.
- Baum, A., Grunberg, N. E. e Singer, J. E. (1982) . The use of psychological and neuroendocrinological measurements in the study of stress, *Health Psychology*, 1(3), pp. 217–236.
- Beck, A., Emery, G. e Greenberg, R. (1985) . *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective* . New York, Basic Books.
- Bernardo, A. B. I. *et al.* (2020) . Coronavirus Pandemic Anxiety Scale (CPAS-11):

- development and initial validation, *Current Psychology*.
- Caycho-Rodriguez, T. *et al.* (2020) . Spanish translation and validation of a brief measure of anxiety by the COVID-19 in students of health sciences, *Ansiedad Y Estrés-Anxiety and Stress*, 26(2–3), pp. 174–180.
- Cénat, J. M. *et al.* (2020) . Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis, *Psychiatry Research*.
- Chagas, M. I. O. (2010) . O estresse na reabilitação: a Síndrome da Adaptação Geral e a adaptação do indivíduo à realidade da deficiência, *Acta fisiátrica*, 17(4), pp. 193–199.
- Chandu, V. C. *et al.* (2020a) . Measuring the Impact of COVID-19 on Mental Health: A Scoping Review of the Existing Scales, *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), pp. 421–427.
- Chandu, V. C. *et al.* (2020b) . Development and Initial Validation of the COVID-19 Anxiety Scale, *Indian journal of public health*, 64, pp. S201–S204.
- Charlson, F. *et al.* (2019) . New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings : a systematic review and meta-analysis, *The Lancet*, 394(10194), pp. 240–248.
- Choi, E., Lee, J. e Lee, S. A. (2020) . Validation of the Korean version of the obsession with COVID-19 scale and the Coronavirus anxiety scale, *Death Studies*.
- Clark, David e Beck, A. (2012) . *Terapia Cognitiva Para os Transtornos de Ansiedade* . São Paulo, Artmed .
- Clark, D. e Beck, A. T. (2013) . *The anxiety and worry workbook* .
- Correia, D. T., Guerreiro, D. F. e Barbosa, A. (2013) . Semiologia psicopatológica, In: Correia, D. T. (ed.) *Manual de Psicopatologia*, Lisboa, Lidel, pp. 19–94.
- Cowen, P., Harrison, P. e Burns, T. (2012) . *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. (6th ed) . Oxford, Oxford University Press.
- Dalgalarrodo, P. (2008) . *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2ª ed) . São Paulo, Artmed.
- Deng, J. *et al.* (2020) . The prevalence of depression , anxiety , and sleep disturbances in COVID-19 patients : a meta-analysis, *Annals of the New York Academy of Sciences*, pp. 1–22.
- Domínguez-Salas, S. *et al.* (2020) . Psycho-emotional approach to the psychological distress related to the covid-19 pandemic in spain: A cross-sectional observational

- study, *Healthcare*, 8(3), pp. 1–20.
- Epstein, S. (1972) . The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy . In: Spielberger, C. D. (Ed.) . *Anxiety: Current trends in theory and research*. Florida, Academic Press.
- Evren, C. *et al.* (2020) . Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale, *Death Studies*, pp. 1–7.
- Faiza, A. (2020) . Development and validation of corona virus anxiety scale (CVAS), *Walailak Journal of Science and Technology*, 17(9), pp. 958–966.
- Gómez-Salgado, J. *et al.* (2021) . Design of fear and anxiety of covid-19 assessment tool in spanish adult population, *Brain Sciences*, 11(3), pp. 1–9.
- Grimshaw, J. (2010) . A guide to knowledge synthesis: a knowledge synthesis chapter, *Canadian Institutes of Health Research*, pp. 1–56.
- Grove, S. K., Gray, J. R. e Burns, N. (2015) . *Understanding Nursing Research: Buliding an Evidence-Based Practice*. (6th ed) . Elsevier.
- Hay, S. I. *et al.* (2017) . Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, *The Lancet*, 390(10100), pp. 1260–1344.
- Heale, R. e Twycross, A. (2015) . Validity and reliability in quantitative studies, *Evidence-Based Nursing*, 18(3), pp. 66–67.
- IBM (2014) *SPSS Statistics: KMO and Bartlett's Test*. Disponível em <<https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/23.0.0?topic=detection-kmo-bartletts-test>> [Consultado em 21/07/2021].
- International Council of Nurses (2019) *ICNP Browser*. Disponível em <<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>> [Consultado em 20/07/2021].
- Karaahmet, E. *et al.* (2021) . Assessment of psychometric characteristics of the Coronavirus Anxiety Scale in patients with preexisting psychiatric disorders, *Death Studies*, pp. 1–5.
- Kierkegaard, S. (1980) . *The Concept of Anxiety: A simple psychologically orienting deliberation on the dogmatic issue of hereditary sin* . New Jersey, Princeton University Press.
- Koen, N. e Stein, D. J. (2020) . Core dimensions of anxiety disorders. In: Geddes, J. R., Andreasen, N. C. e Goodwin, G. M. (Eds) . *New Oxford Textbook of Psychiatry*. (3rd

- ed) . Oxford, Oxford University Press, pp. 897–904.
- Kubb, C. e Foran, H. M. (2020) . Measuring COVID-19 related anxiety in parents: Psychometric comparison of four different inventories, *JMIR Mental Health*, 7(12).
- Kyu, H. H. *et al.* (2018) . Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, *The Lancet*, 392(10159), pp. 1859–1922.
- Lazarus, R. S. (1993) . From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks, *Annual Review of Psychology*, 44, pp. 1–21.
- Lee, S. A. *et al.* (2020) . Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale, *Psychiatry Research*, 290.
- Lee, S. A. (2020a) . Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety, *Death Studies*, 44(7), pp. 393–401.
- Lee, S. A. (2020b) . Replication analysis of the Coronavirus Anxiety Scale, *Dusunen Adam*, 33(2), pp. 203–205.
- Madkor, O. R. E. *et al.* (2021) . COVID-19 Life Events-Anxiety Inventory (C-19LAI): development, reliability, and validity study on Egyptian population, *Middle East Current Psychiatry*, 28(1).
- Magano, J. *et al.* (2021) . Validation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) and Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) and Associations with Travel, Tourism and Hospitality, *Int J Environ Res Public Health*. 2021/01/13, 18(2).
- Martins, G. de A. (2006) . Sobre confiabilidade e validade, *Revista Brasileira de Gestao de Negocios*, 8(20), pp. 1–12.
- May, R. (1996) . *The meaning of anxiety*. New York, W. W. Norton & Company.
- McEwen, B. S. (2020) . Basic mechanisms of, and treatment targets for, stress-related disorders . In: Geddes, J. R., Andreasen, N. C. e Goodwin, G. M. (Eds) . *New Oxford Textbook of Psychiatry* . (3rd ed) . Oxford, Oxford University Press, pp. 829–839.
- McGowan, J. *et al.* (2016) . PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement, *Journal of Clinical Epidemiology*, 75, pp. 40–46.
- Mohammadpour, M. *et al.* (2020) . Psychometric properties of the iranian version of the coronavirus anxiety scale, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(3), pp. 374–387.

- Mohlman, J., Watson, L. M. e Basch, C. H. (2021) . The COVID-19 Inventory: Measuring anxiety related to illness pandemic across college males and females, *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 49(2), pp. 163–178.
- Mokkink, L. B. *et al.* (2010) . The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes, *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), pp. 737–745.
- Munn, Z. *et al.* (2018) . Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach, *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), pp. 1–7.
- Muris, P. (2007) . *Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents*. California, Elsevier.
- NANDA International Inc. (2021) . *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023* . (12th ed) . Thieme.
- Naveed, S. *et al.* (2020) . Prevalence of Common Mental Disorders in South Asia : A Systematic Review and Meta- Regression Analysis, 11(September), pp. 1–8.
- Pacheco, A. C. (2013) . *Ansiedade, depressão, stresse, estratégias de coping, suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em regime de horário fixo diurno* (Tese de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Peters, M. *et al.* (2020a) . Chapter 11 : Scoping reviews . *In: Aromataris, E. e Munn, Z (Eds) . The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide, The Joanna Briggs Institute.
- Peters, M. *et al.* (2020b) . Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews, *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), pp. 2119–2126.
- Polit, D. e Beck, C. T. (2018) . *Essentials of Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. (9th ed) . Wolters Kluwer.
- Polit, D. F. (2015) . Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity, *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), pp. 1746–1753.
- Polit, D. F. e Yang, F. (2016) . *Measurement and the Measurement of Change: A Primer for Health Professionals*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Prince, M. *et al.* (2007) . No health without mental health, *The Lancet*, 370(9590), pp. 859–877.
- Rajkumar, R. P. (2020) . COVID-19 and mental health: A review of the existing literature, *Asian Journal of Psychiatry*, 52(March), pp. 1–5.
- Ransing, R. *et al.* (2020) . Can COVID-19 related mental health issues be measured?,

- Brain, Behavior, and Immunity*, 88, pp. 32–34.
- Ransing, R. *et al.* (2021) . COVID-19 related mental health issues: a narrative review of psychometric properties of scales and methodological concerns in scale development, *Australasian Psychiatry*, 29(3), pp. 326–332.
- Ribeiro, J. L. P. (2005) . *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Ritchie, H. e Roser, M. (2018) . *Mental Health, Our World In Data*. Disponível em <<https://ourworldindata.org/mental-health>> [Consultado em 02/08/2021].
- Roach, K. E. (2006) . Measurement of health Outcomes: Reliability, validity and responsiveness, *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 18(6).
- Roberts, P., Priest, H. e Traynor, M. (2006) . Reliability and validity in research, *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 20(44), pp. 41–45.
- Salmond, S. S. (2008) . Evaluating the reliability and validity of measurement instruments, *Orthopaedic Nursing*, 27(1), pp. 28–30.
- Sampaio, F. *et al.* (2018) . A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients, *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), pp. 1114–1126.
- Sampaio, F., Sequeira, C. e Teixeira, L. (2020a) . Nurses’ Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study, *Journal of occupational and environmental medicine*, 62(10), pp. 783–787.
- Sampaio, F. *et al.* (2020b) . Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review, *Clinical Nursing Research*.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. e Sequeira, C. (2020c) . Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In: Sequeira, C. e Sampaio, F. (Eds) . *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa, Lidel, pp. 128–130.
- Sampaio, F. (2021) . *Desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados para o Foco de Enfermagem “ANSIEDADE”* (Tese de Pós-Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Santos, A. M. e Castro, C. D. E. (1998) . Stress, *Análise Psicológica*, 4(XVI), pp. 675–690.
- Santos, C. F., Picó-Pérez, M. e Morgado, P. (2020) . COVID-19 and Mental Health—What Do We Know So Far?, *Frontiers in Psychiatry*, 11(October), pp. 1–6.
- Saragih, I. D. *et al.* (2021) . Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic : A systematic review, *International Journal of Nursing Studies*, 121, pp. 1–12.

- Selye, H. (1976) . Stress without Distress . *In: Serban, G. (Ed.) . Psychopathology of Human Adaptation*. Boston, Springer, pp. 137–146.
- Sequeira, C. A. (2006) *Introdução à Prática Clínica: do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. e Sampaio, F. (2018) . Taxonomies: Towards a Shared Nomenclature and Language . *In: Santos, J. e Cutcliffe, J. (Eds) . European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. Principles of Specialty Nursing (Under the auspices of the European Specialist Nurses Organisations (ESNO))*. Springer.
- Singh, K. (2021) . Coronavirus anxiety scale: A validation study in an Indian population, *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth*, 14(3), pp. 303–307.
- Skalski, S. *et al.* (2021) . The link between ego-resiliency, social support, SARS-CoV-2 anxiety and trauma effects. Polish adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale, *Personality and Individual Differences*, 171(August), pp. 1–7.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C. e Guirardello, E. de B. (2017) . Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade, *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), pp. 649–659.
- Spielberger, C. D. (1983) . *Manual for the State-Trait Inventory STAI (Form Y)*. Palo Alto, Mind Garden.
- Stephenson, M. *et al.* (2020) . Chapter 12: Systematic reviews of measurement properties . *In: Aromataris, E. e Munn, Z. (Eds) . JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, pp. 452–486.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2020) . *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health, HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55*. Rockville, MD.
- Thabane, L. *et al.* (2009) . Posing the research question: Not so simple, *Canadian Journal of Anesthesia*, 56(1), pp. 71–79.
- Townsend, M. C. (2002) . *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados*. (3ª ed) . Guanabara Koogan.
- Tricco, A. C. *et al.* (2018) . PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation, *Annals of internal medicine*, 169(7), pp. 467–473.
- Videbeck, S. L. (2020) . *Psychiatric-Mental Health Nursing* . (8th ed) . Wolters Kluwer.
- Vigo, D. V. *et al.* (2019) . A partnership for transforming mental health globally, *The*

- Lancet Psychiatry*, 6(4), pp. 350–356.
- Winkler, P. *et al.* (2020) . Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19 : analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29(e173), pp. 1–8.
- Wittchen, H.-U. e Beesdo-Baum, K. (2020) . Epidemiology of anxiety disorders . In: Geddes, J. R., Andreasen, N. C., e Goodwin, G. M. (Eds) . *New Oxford Textbook of Psychiatry*. (3rd ed) . Oxford, Oxford University Press, pp. 917–927.
- World Health Organization [WHO] (2017) . *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. Geneva.
- World Health Organization [WHO] (2021) . *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Disponível em <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>> [Consultado em 30/07/2021].
- Zenker, S., Braun, E. e Gyimóthy, S. (2021) . Too afraid to Travel? Development of a Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale (PATS), *Tourism Management*, 84.

ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO DO FLUXOGRAMA DO
PROCESSO DE DECISÃO E MODELO DE DADOS CONCEPTUAL PARA O
FOCO DE ENFERMAGEM “ANSIEDADE”**

Pedido de autorização de reprodução parcial do fluxograma do modelo clínico de dados do foco de Enfermagem "Ansiedade"

Francisco Sampaio <fsampaio@ufp.edu.pt>

16 de agosto de 2021 às 12:35

Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

Cara Isabel,

Autorizo o solicitado.

Com os melhores cumprimentos,
Francisco Sampaio

[Citação ocultada]

Francisco Sampaio, RMN, MSc, PhD, Postdoc
(Professor Adjunto)
E-mail: fsampaio@ufp.edu.pt



Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa

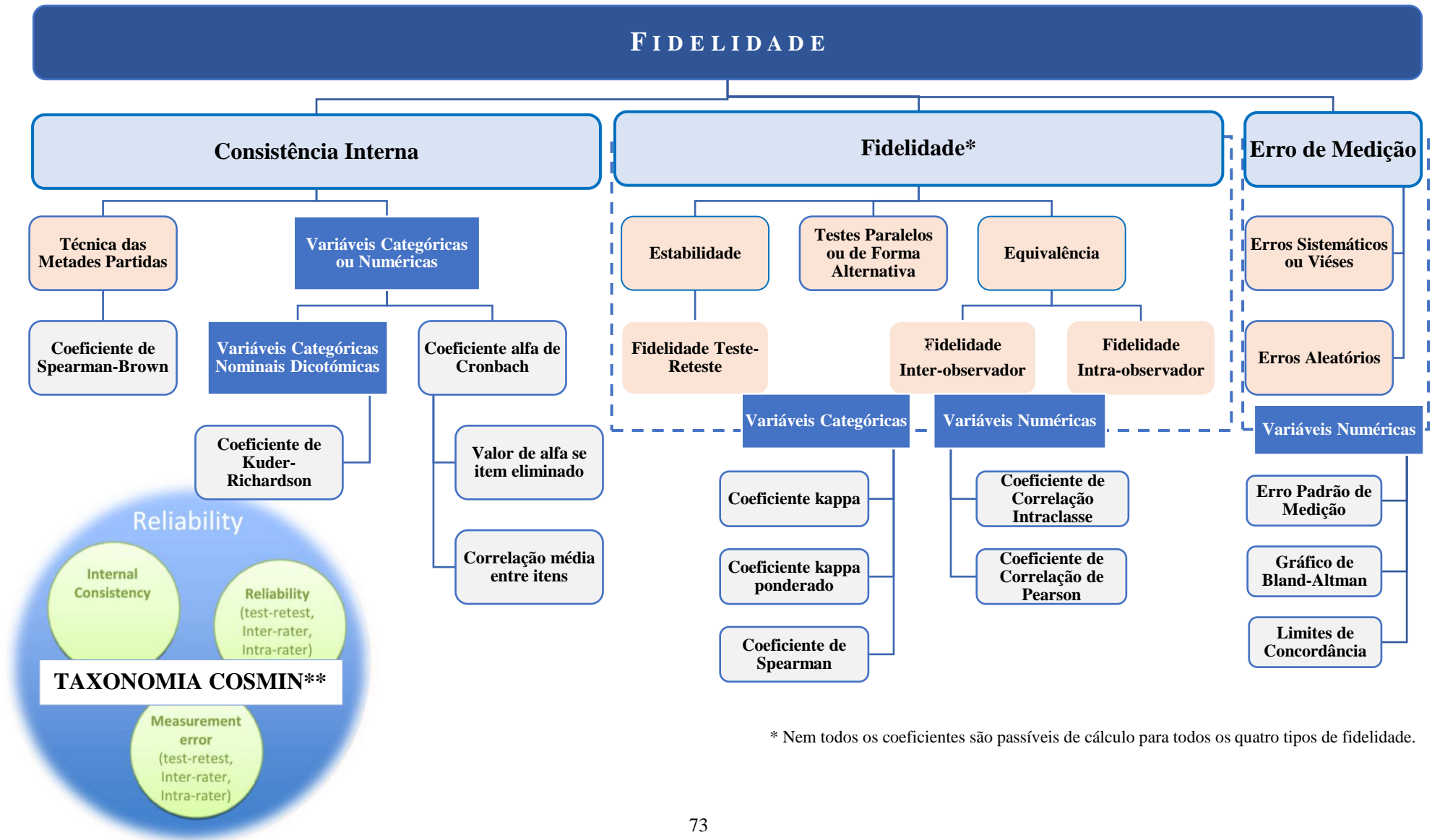
[Rua Delfim Maia, 334 | 4200-253 Porto](#)

Tel: + 351 225 096 371

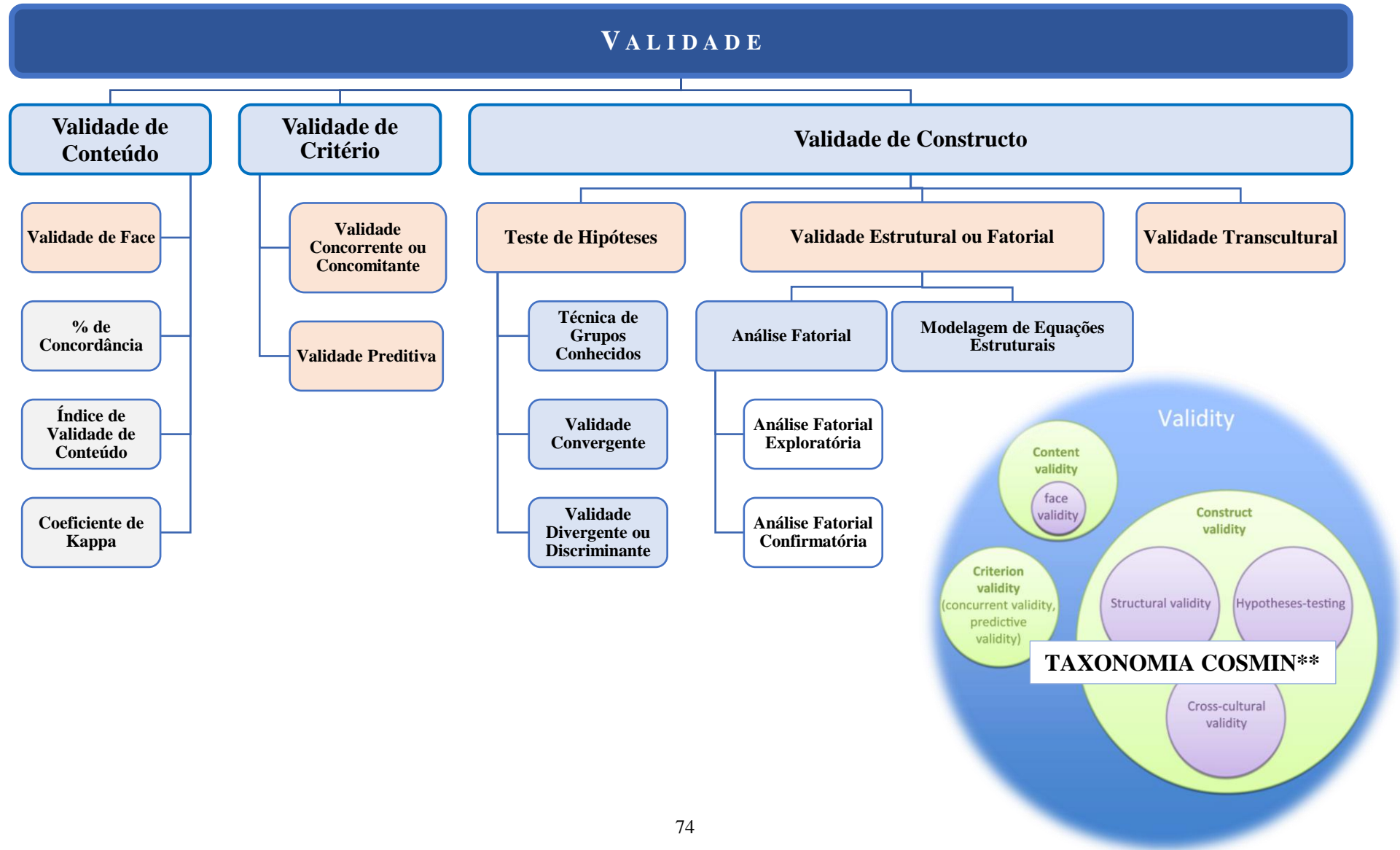
URL: www.ufp.pt | E-mail geral@fundacaofernandopessoa.pt

ANEXO II – FLUXOGRAMA DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fidelidade



Validade



****Autorização para Reprodução do Diagrama da Taxonomia COSMIN**

Permission for reproduction COSMIN taxonomy diagram

Mokkink, L.B. (Wieneke) <w.mokkink@amsterdamumc.nl>
Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

17 de agosto de 2021 às 10:34

Dear Maria,

You can use the taxonomy diagram and definitions for non-commercial purposes, as long as you refer to the paper of Mokkink et al. J Clin Epidemiol 2010.

Best regards

Wieneke, on behalf of the COSMIN team

[Citação ocultada]

VUmc disclaimer : www.vumc.nl/disclaimer
AMC disclaimer : www.amc.nl/disclaimer

ANEXO III – CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PESQUISA

PCC	Termo de pesquisa primária	Sinónimos (palavras livres)	Termo truncado	Termos MeSH
	adults ≥ 18			
População	NOT (children OR adolescentes)	child children adolescents adolescence teen teenager youth	child* adolescen* teen* youth	child adolescent
	assessment	assessment screening evaluation measurement validation	assessment screening evaluation measurement validation	
	assessment tools	tool tools instrument instruments scale scales questionnaire questionnaires inventory	tool* instrument* scale* questionnaire* inventory	
Conceito	anxiety			
	anxiety as a symptom	anxiety disorder anxiety disorders generalized anxiety disorder	anxiety disorder* generalized anxiety disorder	anxiety disorders
	psychometric properties	psychometric psychometrics reliability validity	psychometric* reliability validity	psychometrics
Contexto	COVID-19			COVID-19

ANEXO IV – ESTRATÉGIA DE PESQUISA

CINAHL®

Via EBSCOhost (Pesquisa realizada a 24 de junho de 2021)

Pesquisa	Query	Registos Recuperados
S1	TI "anxiety" OR AB "anxiety"	85,094
S2	TI "anxiety disorder*" OR AB "anxiety disorder*" OR TI "generalized anxiety disorder" OR AB "generalized anxiety disorder"	11,353
S3	S1 NOT S2	73,741
S4	TI OR AB covid-19	44,957
S5	S3 AND S4	1,321
S6	TI "assessment" OR AB "assessment" OR TI "screening" OR AB "screening" OR TI "evaluation" OR AB "evaluation" OR TI "measurement" OR AB "measurement" OR TI "validation" OR AB "validation"	791,488
S7	TI "tool*" OR AB "tool*" OR TI "instrument*" OR AB "instrument*" OR TI "scale*" OR AB "scale*" OR TI "questionnaire*" OR AB "questionnaire*" OR TI "inventory" OR AB "inventory"	653,744
S8	TI "psychometric*" OR AB "psychometric*" OR TI "reliability" OR AB "reliability" OR TI "validity" OR AB "validity"	114,672
S9	S6 AND S7 AND S8	40,838
S10	S5 AND S9	10
S11	TI "child*" OR AB "child*" OR TI "adolescen*" OR AB "adolescen*" OR TI "teen*" OR AB "teen*" OR TI "youth" OR AB "youth"	640,111
S12	S10 NOT S11	8
S13	LA "english" OR LA "portuguese" OR LA "spanish"	7,714,582
S14	DT 20200101-20210624	642,855
S15	S12 AND S13 AND S14	8

MEDLINE®

Via PubMed® (Pesquisa realizada a 24 de junho de 2021)

Pesquisa	Query	Registos Recuperados
#1	"anxiety"[Title/Abstract] OR "anxiety"[MeSH Terms]	238,814
#2	"anxiety disorder*"[Title/Abstract] OR "generalized anxiety disorder"[Title/Abstract] OR "anxiety disorders"[MeSH Terms]	98,800
#3	S1 NOT S2	183,508
#4	"COVID-19" [MeSH Terms]	86,807
#5	S3 AND S4	2,480
#6	"assessment"[Title/Abstract] OR "screening"[Title/Abstract] OR "evaluation"[Title/Abstract] OR "measurement"[Title/Abstract] OR "validation"[Title/Abstract]	3,228,586
#7	"tool*"[Title/Abstract] OR "instrument*"[Title/Abstract] OR "scale*"[Title/Abstract] OR "questionnaire*"[Title/Abstract] OR "inventory"[Title/Abstract]	2,321,959
#8	"psychometric*"[Title/Abstract] OR "reliability"[Title/Abstract] OR "validity"[Title/Abstract] OR "psychometrics"[MeSH Terms]	366,880
#9	S6 AND S7 AND S8	95,082
#10	S5 AND S9	28
#11	"child*"[Title/Abstract] OR "adolescenc*"[Title/Abstract] OR "teen*"[Title/Abstract] OR "youth"[Title/Abstract] OR "child"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]	3,643,299
#12	S10 NOT 11	22
#13	"english"[Language] OR "portuguese"[Language] OR "spanish"[Language]	28,372,959
#14	"2020/01/01"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]	2,354,914
#15	S12 AND S13 AND 14	21

Scopus®

(Pesquisa realizada a 24 de junho de 2021)

Pesquisa	Query	Registos Recuperados
#1	TITLE-ABS-KEY ("anxiety" AND "covid-19" AND ("psychometric*" OR "reliability" OR "validity") AND ("tool*" OR "instrument*" OR "scale*" OR "questionnaire*" OR "inventory") AND ("assessment" OR "screening" OR "evaluation" OR "measurement" OR "validation"))	136
#2	TITLE-ABS-KEY ("anxiety" AND "covid-19" AND ("psychometric*" OR "reliability" OR "validity") AND ("tool*" OR "instrument*" OR "scale*" OR "questionnaire*" OR "inventory") AND ("assessment" OR "screening" OR "evaluation" OR "measurement" OR "validation")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2021) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020))	134

Web of Science Core Collection®

Via Clarivate Analytics (Pesquisa realizada a 24 de junho de 2021)

Pesquisa	Query	Registos Recuperados
#1	TÓPICO: ("anxiety") NOT TÓPICO: ("anxiety disorder*" OR "generalized anxiety disorder")	252,967
#2	TÓPICO: ("covid-19")	131,205
#3	#2 AND #1	4,430
#4	TÓPICO: ("assessment" OR "screening" OR "evaluation" OR "measurement" OR "validation")	6,039,760
#5	TÓPICO: ("tool*" OR "instrument*" OR "scale*" OR "questionnaire*" OR "inventory")	5,306,253
#6	TÓPICO: ("psychometric*" OR "reliability" OR "validity")	1,046,623
#7	#6 AND #5 AND #4	172,601
#8	#7 AND #3	112
#9	TÓPICO: ("child*" OR "adolescen*" OR "teen*" OR "youth")	2,310,133
#10	#8 NOT #9	99
#11	#10 NOT #11 Refinado por: ANOS DE PUBLICAÇÃO: (2021 OR 2020) AND IDIOMAS: (ENGLISH OR SPANISH)	99

Literatura Cinzenta

(Pesquisa realizada a 24 de junho de 2021)

Pesquisa	Query	Registos Recuperados
<i>OpenGrey</i> [®]	"anxiety" AND "covid-19" AND ("psychometric*" OR "reliability" OR "validity") AND ("tool*" OR "instrument*" OR "scale*" OR "questionnaire*" OR "inventory") AND ("assessment" OR "screening" OR "evaluation" OR "measurement" OR "validation")	0
<i>Grey Literature Report</i> [®]		0
RCAAP [®]	Título: ("ansiedade" E "covid-19") OU Assunto: ("ansiedade" E "covid-19")	3

ANEXO V – RAZÕES PARA A EXCLUSÃO DE ARTIGOS EM TEXTO INTEGRAL

Autores, Ano	Razões para a Exclusão
Aljemaiah <i>et al.</i> , 2021	Instrumento de avaliação não específico para o COVID-19.
Ay <i>et al.</i> , 2021	Existe uma dimensão que engloba a ansiedade e o medo, não os avaliando de forma independente.
Basgul <i>et al.</i> , 2021	Não apresenta uma dimensão de ansiedade.
Fares <i>et al.</i> , 2021	Não apresenta uma dimensão de ansiedade.
Feng <i>et al.</i> , 2020	Existe uma dimensão que engloba a ansiedade e o medo, não os avaliando de forma independente.
Kumar <i>et al.</i> , 2020	Muito embora o nome do instrumento de avaliação seja “ <i>Pandemic Anxiety Scale</i> ”, 46% da variância total é explicada pelo constructo medo, não existindo uma subescala que avalie unicamente a ansiedade enquanto sintoma.
Ladikli <i>et al.</i> , 2020	Outro idioma que não português, inglês, espanhol
Nazari <i>et al.</i> , 2021	Existe uma dimensão que engloba a ansiedade e o medo, não os avaliando de forma independente.
Shiwaku <i>et al.</i> , 2021	Não apresenta uma dimensão de ansiedade.
Silverio <i>et al.</i> , 2021	Instrumento de avaliação não específico para o COVID-19.
Vaughan <i>et al.</i> , 2020	Instrumento de avaliação não específico para o COVID-19.

Referências Bibliográficas dos Artigos Excluídos

- Aljemaiah, A. I. *et al.* (2021) . Fear at the time of the COVID-19 pandemic: validation of the Arabic version of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire among Saudi-based respondents, *BJPsych Open*, 7(1).
- Ay, T., Oruç, D. e Özdoğru, A. A. (2021) . Adaptation and evaluation of COVID-19 related Psychological Distress Scale Turkish form, *Death Studies*, pp. 1–9.
- Basgul, S. S. *et al.* (2021) . Psychological aspects of outbreaks scale (PAOS): A validation study, *Annals of Clinical and Analytical Medicine*, 12(3), pp. 286–291.
- Fares, Z. E. A. *et al.* (2021) . Arabic COVID-19 Psychological Distress Scale: Development and initial validation, *BMJ Open*, 11(6), pp. 1–9.
- Feng, L.-S. *et al.* (2020) . Psychological distress in the shadow of the COVID-19 pandemic: Preliminary development of an assessment scale, *Psychiatry research*, 291, p. 113202.
- Kumar, V. V. *et al.* (2020) . Construction and preliminary validation of the COVID-19 pandemic anxiety scale, *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(9), pp. 1019–1024.
- Ladikli, N. *et al.* (2020) . The reliability and validity of Turkish version of coronavirus anxiety scale, *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*.
- Nazari, N. *et al.* (2021) . Psychometric Validation of the Persian Version of the COVID-19-Related Psychological Distress Scale and Association with COVID-19 Fear, COVID-19 Anxiety, Optimism, and Lack of Resilience, *International Journal of Mental Health and Addiction*.
- Shiwaku, H. *et al.* (2021) . Novel brief screening scale, Tokyo Metropolitan Distress Scale for Pandemic (TMDP), for assessing mental and social stress of medical personnel in COVID-19 pandemic, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75(1), pp. 24–25.
- Silverio, S. A. *et al.* (2021) . A validation of the Postpartum Specific Anxiety Scale 12-item research short-form for use during global crises with five translations, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1).
- Vaughan, R. S., Edwards, E. J. e MacIntyre, T. E. (2020) . Mental Health Measurement in a Post Covid-19 World: Psychometric Properties and Invariance of the DASS-21 in Athletes and Non-athletes, *Frontiers in Psychology*, 11.

**ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE
AVALIAÇÃO**

Autorização para Reprodução da *Anxiety and Fear of COVID-19 Assessment Scale (AMICO)*

(Gómez-Salgado *et al.*, 2021)

Permission for reproduction AMICO

Juan Gómez Salgado <salgado@uhu.es>
Para: 16386@ufp.edu.pt

26 de julho de 2021 às 13:51

Dear Student:

It is a pleasure to read your email and receive this news. Of course you have our authorization. Anything you need, count on us.

Kind regards on behalf of the entire Research Team.

Kind regards,
Juan

--

Prof. Dr. Juan Gómez Salgado
Director del Máster Oficial en Prevención de Riesgos Laborales
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública.
Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva.
Avda. Tres de Marzo, S/N, 21071 Huelva (España)
salgado@uhu.es
<https://orcid.org/0000-0001-9053-7730>

Autorização para Reprodução da *COVID-19 Anxiety Scale (CAS)*

(Chandu *et al.*, 2020b)

Permission for reproduction CAS

Viswa Chaitanya <viswachaitanya17@gmail.com>
Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

25 de julho de 2021 às 03:16

Greetings from India. The work relating to CAS has been shared in the public domain under a relevant license which permits the researchers to use and reproduce the scale. Thanks for reaching out and requesting for permission. You can use the scale and reproduce it according to your research needs. Good luck.

Sincere regards
Dr. Viswa C Chandu
Assistant Professor, Dental Public Health
Assistant Editor, Journal of Orofacial Sciences
Assistant Editor, Journal of Indian Dental Association

[Citação ocultada]

Autorização para Reprodução da *Coronavirus Anxiety Scale (CAS)*

(Lee, 2020a)

Permission for reproduction CAS

Sherman Lee <sherman.lee@cnu.edu>
Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

24 de julho de 2021 às 19:49

Yes, you have my permission to use all of my COVID-19 scales for your research, education, and/or clinical purposes. You can find all of the information you will need in the websites below.

Please consult with faculty in your university about your work.

Thank you and good luck!

Sincerely, Dr. Lee

[Pandemic Grief Project](#)

[Coronavirus Anxiety Project](#)

[Citação ocultada]

--

Sherman A. Lee, Ph.D.
Associate Professor
Department of Psychology
Christopher Newport University
[1 University Place, Newport News, VA 23606](#)
Director of the [Coronavirus Anxiety Project](#) and [Pandemic Grief Project](#)

Autorização para Reprodução da *Coronavirus Anxiety Syndrome Scale (CASS)*

(Almenaye *et al.*, 2021)

Permission for reproduction CASS

Dr Ashraf Salem <sirashrafams@hotmail.com>
Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

25 de julho de 2021 às 23:57

Dear Maria,

I am pleased to receive your email which expresses your interest in using one of my tools; CASS. I agree with great pleasure, you can use this working and cite it as one of your references. Do not hesitate to contact me with any questions or even help.

Regards,
Dr. Ashraf Salem
Associate Professor

Autorização para Reprodução da *COVID-19 Anxiety Scale (CDAS)*

(Alipour *et al.*, 2020)

Permission for reproduction CDAS

ahmad alipor <alipor@pnu.ac.ir>

25 de julho de 2021 às 14:48

Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

Hi

yes you can use it.

Autorização para Reprodução da *COVID-19 Inventory (C-19-I)*

(Mohlman *et al.*, 2021)

Permission for reproduction C-19-I

Mohlman, Jan <mohlmanj@wpunj.edu>

26 de julho de 2021 às 13:04

Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

Hi Maria,

Yes, you have my permission although I borrowed them from Brett Deacon with permission!

Best of luck with your work.

Jan

Jan Mohlman, Ph.D., ABPP

Professor, Psy.D. Program in Clinical Psychology

Board Certified in Behavioral and Cognitive Therapies

National Register of Health Service Psychologists #60994

Department of Psychology

William Paterson University

[300 Pompton Road](#)

Science Hall 250

Wayne, NJ 07470

mohlmanj@wpunj.edu

Cognition and Emotion Lab -

Autorização para Reprodução da *Coronavirus Pandemic Anxiety Scale* (CPAS-11)

Bernardo *et al.*, 2020

Permission for reproduction CPAS-11

Allan Benedict Bernardo <allan.bernardo@dlsu.edu.ph>
Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

26 de julho de 2021 às 03:12

Dear Ms. Maria Isabel Costa,

If you are going to reproduce the items already indicated in the publication, there should be no problem.

All the best in your study.

Allan Bernardo

Allan B. I. Bernardo

Distinguished University Professor and University Fellow, De La Salle University <https://allanibernardo.wixsite.com/mysite>

Head, Psychology of Hope and Well-being Lab@DLSU (HopeLab@DLSU) <https://allanibernardo.wixsite.com/hope-lab-at-dlsu>

Autorização para Reprodução da *Corona Virus Anxiety Scale* (CVAS)

(Faiza, 2020)

Permission for reproduction CVAS

afreen faiza <afreenfaiza2014@gmail.com>

24 de julho de 2021 às 18:33

Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

Dear Maria,

Thank you for your email. Please be advised that iam the only author of CVAS. You have full permission to use CVAS in your study.

Feel free to ask for further assistance.

Regards,

Dr. Afreen Faiza

Autorização para Reprodução da *Pandemic (COVID-19) Anxiety Travel Scale (PATS)*

(Zenker *et al.*, 2021)

Permission for reproduction PATS

Erik Braun <ebr.marktg@cbs.dk>

25 de julho de 2021 às 18:10

Para: Maria Isabel Martins Jesus Costa <16386@ufp.edu.pt>

Hi Maria Isabel Costa,

Of course you can use the PATS scale. You don't need permission, you just need to reference to our work.

Kind regards,

Erik Braun

Med venlig hilsen / Kind regards,

Erik Braun

Dr. Erik Braun

Associate Professor

COPENHAGEN BUSINESS SCHOOL

Department of Marketing (room C3.26)

Solbjerg Plads 3

2000 Frederiksberg

Denmark