

1.

Introdução

A ansiedade é um fenômeno complexo, para o qual diferentes modelos teóricos têm sido propostos ao longo dos anos, sem que haja um consenso com relação ao tema. Duas perspectivas principais predominam nesta discussão. A primeira visão entende que a ansiedade é um estado afetivo *continuum*, que apresenta um aspecto saudável e outro patológico. De acordo com a lei de Yerkes-Dodson, certos níveis de ansiedade são necessários para que a execução de atividades diárias aconteça da melhor forma possível. Entretanto, níveis excessivos podem se tornar patológicos e interferir no funcionamento normal do indivíduo (Landeira-Fernandez, 2007).

Uma outra visão compreende a ansiedade como um fenômeno exclusivamente patológico. De fato, a origem etimológica da palavra sugere que o termo seja utilizado com uma conotação negativa, descrevendo um estado afetivo que causa sofrimento ao indivíduo. Ansiedade remonta ao termo grego *anshein*, que significa estrangular, sufocar, oprimir. Em latim, os termos correlatos seriam *angor*, que significa opressão, falta de ar ou *angere*, que seria causar pânico. As palavras latinas, por sua vez, derivam da raiz germânica *angh*, que tem como significado estreitamento ou constrição (Nardi, 2006).

Os dois principais modelos teóricos apresentam como ponto de convergência o aspecto patológico da ansiedade. Atualmente, a ansiedade patológica é descrita em manuais diagnósticos, como o DSM-IV-TR, como uma categoria nosológica, com sintomas relativamente bem definidos. Diferentes transtornos de ansiedade fazem parte desta categoria e se diferenciam em função do estímulo responsável por disparar a resposta ansiosa.

Os transtornos de ansiedade apresentam quatro grandes grupos de sinais e sintomas. (1) Reações somáticas ou fisiológicas, incluindo taquicardia, sudorese ou tontura. (2) Reações cognitivas e (3) emocionais, tais como irritação, desespero, excesso de preocupação e de responsabilidade. E, finalmente, (4) alterações comportamentais, como, por exemplo, o retraimento social ou a diminuição no rendimento escolar ou profissional (APA, 2000).

Apesar de haver critérios diagnósticos relativamente bem delimitados para os transtornos de ansiedade, ainda existem muitas dúvidas a serem esclarecidas.

Temas como etiologia, curso e meios mais eficazes de evitar consequências negativas a curto, médio e longo prazo estão entre os principais desafios para os pesquisadores da área. A própria delimitação dos critérios utilizados para diferenciar um transtorno ansioso dos outros, tem sido alvo de muitas discussões e reformulações ao longo dos anos (Ross, 1995).

Uma maneira de se avançar no propósito de obter uma maior compreensão sobre ansiedade seria desenvolver instrumentos capazes de medir o fenômeno em qualquer tempo ou cultura. Este configura outro grande desafio de pesquisadores da área de saúde mental. O presente estudo pretende retomar a discussão sobre o tema ansiedade patológica, a partir da medição dos níveis de ansiedade em crianças e adolescentes, em idade escolar no Rio de Janeiro, através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças - versão brasileira.

A escolha pelo tema ansiedade na infância e adolescência se justifica por haver uma alta prevalência do transtorno no público infanto-juvenil e pelo risco do quadro se tornar crônico. Já a opção pela utilização da escala MASC-VB, se justifica por duas razões principais. A *MASC* é uma das escalas mais difundidas mundialmente para avaliar a presença de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. Em seus estudos de validação, o autor John March encontrou quatro fatores, sendo estes os temas mais frequentes nos transtornos ansiosos infanto-juvenis. Três fatores podem ser divididos em subfatores e estão organizados da seguinte maneira: 1) Sintomas físicos: tensão/inquietude e somáticos/autônômicos; 2) Evitar o perigo: perfeccionismo e lidar com ansiedade; 3) Ansiedade social: humilhação/rejeição e desempenho em público. O quarto fator não é divisível e foi denominado de Ansiedade de separação/pânico (March, J. S. & cols, 1997; Baldwin & Dadds, 2007). Inicialmente desenvolvida nos Estados Unidos (March, 1997), a *MASC* recentemente tem sido estudada em vários países, como por exemplo, na África do Sul (Fincham & cols, 2008), na Austrália (Baldwin & Dadds, 2006), na China (Yao & cols, 2007), no Quênia (Ndeti & cols, 2008), na Islândia (Olason & cols, 2004), na Suécia (Ivarson, 2006) e no Brasil (Nunes, 2004).

O fato da *MASC* já ter sido previamente validada para a realidade brasileira é a segunda razão que justifica a sua escolha. A falta de continuidade dada aos estudos sobre escalas de ansiedade que apresentam bons resultados preliminares no Brasil, faz com que a maioria das escalas psicométricas, mesmo

que se mostre válida e fidedigna, não atinja seu propósito fora de ambientes de pesquisa. Desenvolver um novo estudo com a MASC-VB é uma maneira de avançar no propósito de torná-la um instrumento disponível para uso em outras áreas, além da área básica.

Esta dissertação foi organizada em quatro capítulos de acordo com o objetivo geral e com os objetivos específicos. O primeiro capítulo, inicialmente, apresenta uma revisão da literatura sobre ansiedade infanto-juvenil, apresentando os sintomas que definem cada um dos principais transtornos de ansiedade, bem como particularidades associadas ao período da infância e adolescência. Os principais métodos de avaliação e as abordagens terapêuticas mais aceitas, também fazem parte desta seção. Em seguida é apresentada uma revisão sobre as escalas de ansiedade infantil, salientando os instrumentos que foram traduzidos e validados para a população brasileira. Ainda no primeiro capítulo é melhor fundamentada a escolha pela escala MASC-VB, trazendo dados sobre a investigação feita acerca da fundamentação teórica e da consistência da escala, na sua língua de origem e em adaptações para outras culturas. O final do capítulo I apresenta o objetivo desta dissertação. O capítulo II descreve o método utilizado. Os resultados e a discussão sobre os dados obtidos a partir desta pesquisa são apresentados no capítulo III. Finalmente, o quarto e, último capítulo traz a conclusão, com as considerações finais sobre o tema: o uso da MASC-VB para medir ansiedade na infância e adolescência e aponta para os próximos caminhos a serem trilhados.

1.1 Ansiedade infanto-juvenil

Atualmente, os transtornos de ansiedade são reconhecidos como uns dos transtornos mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes (Bernstein and Borchardt, 1991), estando atrás apenas do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e do transtorno de conduta (Asbahr, 2004). Dados epidemiológicos indicam que a prevalência de transtornos de ansiedade em infanto-juvenis pode variar entre 8 e 12% na população americana (Anderson et al., 1987; Costello, 1989; Spence, 1998). No Brasil, um estudo realizado encontrou uma prevalência igual a 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes amostrados (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Na Inglaterra, Ford, Goodman e Meltzer encontraram uma porcentagem similar a encontrada na pesquisa brasileira. O estudo epidemiológico britânico encontrou 3,4% de crianças e 5,04% de adolescentes, acometidos por transtornos ansiosos (Ford, Goodman e Meltzer, 1999).

Os transtornos de ansiedade podem atingir manifestações clínicas capazes de causar importantes prejuízos (Last, 1993). A ansiedade patológica leva o sujeito a desenvolver estratégias compensatórias que o ajudam a evitar entrar em contato com aquilo que ele tanto teme. A consequência imediata é o prejuízo funcional do indivíduo. Outras consequências a médio e longo prazo poderiam ser: a diminuição da auto-estima e o desinteresse pela vida (APA, 2000). Sem tratamento adequado, estas consequências podem ser agravadas, se presentes desde a infância, pois o indivíduo ainda não desenvolveu mecanismos de defesas capazes de reverter o processo.

Estudos prospectivos, envolvendo crianças e retrospectivos com adultos, sugerem a possibilidade de persistência do quadro clínico por muitos anos e a possibilidade de aparecimento de outras psicopatologias comórbidas ao longo do tempo (Bland et al., 1988; Burke et al., 1990; Flament et al., 1988; Keller et al., 1992; Schneier et al., 1992). O abuso de substâncias, a depressão e o suicídio são apontados como as principais comorbidades a surgirem na vida adulta, quando os transtornos de ansiedade não são devidamente tratados na infância (Achenbach, Howell, McConaughy & Stangor, 1995; Ferdinand & Verhulst, 1995; Pine et al., 1998).

Um estudo retrospectivo, realizado no Brasil, com 84 pacientes adultos em tratamento para transtorno de pânico, revelou que 59,5% da amostra apresentava história de ansiedade na infância. Dentre os diagnósticos mais citados na história da doença destes pacientes, encontrou-se uma significativa prevalência de TAG durante a infância e a presença de comorbidades, tais como: agorafobia e depressão na fase adulta (Manfro, Isolan, Blaya, Santos e Silva, 2002).

Ao longo dos anos, as definições atribuídas aos transtornos ansiosos foram sofrendo alterações. Isto porque, como todo perfil psicopatológico, os transtornos ansiosos são conceitos, que tentam descrever em palavras uma determinada experiência subjetiva. As modificações ocorrem na medida em que a compreensão sobre o fenômeno a ser descrito é alterada. De fato, desde a sua criação, a definição dos critérios para delinear cada transtorno ansioso tem sido revisada e, conseqüentemente, modificada (Assumpção, 2003).

1.1.1. Breve histórico sobre ansiedade infantil

A primeira descrição de ansiedade como uma disfunção da atividade mental data do início do século XIX. Augustin-Jacob Landré-Beuvais (1772-1840), em 1813, descreveu a ansiedade como uma síndrome composta por aspectos emocionais e por reações fisiológicas. Em 1844, Jean Baptiste Félix Descurate (1795-1872) relacionou ansiedade com as enfermidades em seu livro *A medicina das paixões*. Em 1850, foi descrito pela primeira vez, por Otto Domrich, o que se denomina hoje transtorno de pânico. Em 1871, Jacob Mendez da Costa (1833-1900) relatou novos casos de pânico, atribuindo-lhe o nome de “síndrome do coração irritável”. Já em 1880, Karl Westphal (1833-1890) descreveu os sintomas presentes em fobias específicas e no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Landeira- Fernandez, 2007).

Entretanto, foi através dos trabalhos clínicos desenvolvidos por Sigmund Freud (1836-1939), que os transtornos de ansiedade começaram a ser classificados de forma mais sistemática. Freud descreveu de maneira objetiva quadros clínicos que causavam disfunções relacionadas com a ansiedade. Ele os denominou crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa. Atualmente, estes quadros recebem os nomes de ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente. Freud descreveu

ainda transtornos como: o TOC – ao qual ele nomeou neurose obsessiva, as fobias específicas, as quais denominou, neuroses fóbicas e o transtorno de estresse pós traumático (TEPT), que recebeu o nome de neurose traumática (Landeira-Fernandez, 2007). Porém, em função do sistema de classificação psicanalítico ser baseado em pressupostos teóricos que não se sustentam por dados empíricos, se tornou necessário o desenvolvimento de novos modelos de classificação pautados no método científico (Landeira-Fernandez, 2007).

Emil Kraepelin (1856-1926), contemporâneo de Freud, iniciou a criação de um sistema de classificação dos transtornos mentais análogo ao já existente para “doenças físicas”, pautado na diferenciação das enfermidades a partir de suas etiologias, sintomatologias, evoluções e prognósticos. Em 1948, a Classificação Internacional de Doenças, em sua sexta edição (CID 6), publicada pela Organização Mundial de Saúde, dedicou uma seção aos transtornos mentais. Por julgar insatisfatória a descrição presente na CID 6, a *American Psychiatry Association*, publicou em 1952 de forma independente o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM) (Landeira- Fernandez, 2007).

Sigmund Freud (1856-1939), pioneiro na sistematização dos transtornos ansiosos, foi também um dos primeiros a descrever o quadro na infância. Os primeiros relatos de casos clínicos de crianças com sintomas de ansiedade datam do início do século XX. Em 1909, Freud publicou o caso do pequeno Hans, um menino de cinco anos que apresentava um quadro de neurose fóbica. Outros psicanalistas como Anna Freud, Melanie Klein e Winnicott continuaram a desenvolver estudos sobre psicopatologia infantil. Uma intensificação no interesse pelo tema ansiedade infantil pôde ser observado a partir da década de 40. O aumento do número de crianças órfãs, resultado da Segunda Guerra Mundial serviu como grande motivação para os pesquisadores da época, ainda pautados no modelo psicanalítico (Spelberger, 1973).

Por um longo período, as categorias nosológicas relacionadas à ansiedade, descritas conceitualmente em manuais como a DSM ou o CID, estavam circunscritas à idade adulta. A noção difundida até então era a de que os medos e as preocupações durante a infância eram de curso transitório (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996). Em 1975, a CID-9 incluiu a descrição de uma categoria mais ampla, nomeada de distúrbios das emoções com início específico na infância que incluía dois distúrbios ansiosos – o distúrbio de ansiedade excessiva e o distúrbio

da sensibilidade, timidez e retração social. Em 1980, a publicação do DSM-III, seguindo a mesma tendência, apresentou uma nova seção destinada aos transtornos mentais diagnosticáveis pela primeira vez na infância. Nesta seção, apresentou três psicopatologias relacionadas à ansiedade: o transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade excessiva e o transtorno evitativo (Gail, Bernstein, Carrie, Borchardt, Amy & Perwien, 1996).

Ao longo dos anos, algumas mudanças puderam ser observadas, tanto em relação aos critérios diagnósticos quanto no que se refere às nomenclaturas na CID e no DSM. Com relação a CID-10, última versão publicada da Classificação Internacional de Doenças, observa-se atualmente a descrição de três quadros ansiosos específicos para a infância: transtorno de ansiedade de separação na infância, transtorno de ansiedade fóbica na infância e transtorno de ansiedade social na infância.

Os critérios diagnósticos do transtorno fóbico e da ansiedade social na infância são os mesmos descritos na seção destinada aos transtornos fóbico-ansiosos para adultos. A manutenção de nomenclaturas distintas se deve ao entendimento de que os quadros diagnosticados em crianças e adolescentes muitas vezes não são graves e não persistem no adulto. No entanto, a Organização Mundial de Saúde não descarta a possibilidade de evolução do quadro, que quando ocorrida deve ser classificada como transtorno fóbico-ansioso (OMS, 1993).

Mudanças maiores, no entanto, estão presentes na versão mais recente da DSM. Na quarta edição, os transtornos de ansiedade diagnosticáveis pela primeira vez na infância foram incorporados a categoria transtornos ansiosos. Neste caso, os critérios diagnósticos para a classificação dos transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes são praticamente os mesmos encontrados em adultos. Apenas o transtorno de ansiedade de separação continuou a ser restrito à infância e adolescência na DSM-IV TR.

A perspectiva mais aceita atualmente é a de que os transtornos de ansiedade observados na idade adulta podem ter seu início durante a infância e adolescência. (Alpert, Maddocks, Rosenbaum & Fava, 1994; Manfro et al, 1996; Pine & Vasa, 2004). Esta modificação traz como principal vantagem o estudo da evolução do quadro clínico da primeira infância à idade adulta, através de pesquisas longitudinais (Bernstein e Borchardt, 1991).

A idéia de que existe uma continuidade entre os transtornos de ansiedade da infância e adolescência para a idade adulta só não se observa no transtorno de ansiedade de separação. Esta categoria nosológica é definida somente no capítulo dedicado aos transtornos diagnosticáveis pela primeira vez na infância tanto no DSM quanto na CID e não possui correlato no capítulo dedicado aos transtornos de ansiedade ou transtornos fóbico-ansiosos. Acredita-se que neste caso podem ocorrer dois processos distintos. No primeiro, pode ocorrer a remissão dos sintomas. No segundo, pode ocorrer um processo de evolução para outros quadros psicopatológicos, em particular para o transtorno de ansiedade generalizada (Goodman & Scott, 2004), transtorno de pânico ou para a depressão (Suveg, Aschenbrand & Kendall, 2005).

1.1.2.

Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: diagnóstico e epidemiologia

Em função da maioria das publicações sobre os transtornos de ansiedade pediátricos ter como referência o DSM (Bernstein e Borchardt, 1991; Goodman & Scott, 2004; Suveg, Aschenbrand & Kendall, 2005; Alpert, Maddocks, Rosenbaum & Fava, 1994; Manfro et al, 1996; Pine & Vasa, 2004; Gail, Bernstein, Carrie, Borchardt, Amy & Perwien, 1996; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996, entre outros), neste trabalho optou-se por acompanhar esta tendência. A exposição dos principais quadros que acometem o público infantil foi feita de acordo com a classificação do manual.

De acordo com a versão mais recente do DSM-IV TR (APA, 2000), são classificados como transtornos de ansiedade: o ataque de pânico, o transtorno de pânico com ou sem agorafobia, as fobias específicas e fobia social, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno de estresse pós – traumático, o transtorno de estresse agudo, o transtorno de ansiedade devido a uma condição médica, induzido por alguma substância ou sem outra especificação. Além desses, o DSM IV define o transtorno de ansiedade de separação como o único transtorno de ansiedade exclusivo da infância e adolescência (APA, 2000). Tanto a criança quanto o adolescente podem receber qualquer um destes diagnósticos (Spence, Rapee, Mc Donald & Ingram, 2001).

Nesta seção, são apresentados os quadros mais comumente descritos na literatura sobre transtornos de ansiedade pediátricos.

1.1.2.1.

Transtorno de Ansiedade de Separação

O transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se pela experimentação de ansiedade excessiva em função do afastamento de casa ou de figuras de vinculação. A reação emocional exagerada diante do afastamento dos pais também pode fazer parte do funcionamento normal de crianças muito pequenas. De fato, este comportamento pode ser freqüentemente observado em crianças até a idade pré-escolar, devido a insegurança gerada pela ausência dos cuidadores. A ansiedade de separação se configura como um transtorno quando se torna inadequada para o seu grau de desenvolvimento ou quando interfere no funcionamento da vida diária (Suveg, Sasha, Aschenbrand e Kendall, 2005).

De acordo com a DSM-IV TR, cinco critérios diagnósticos devem ser atendidos para que o transtorno seja caracterizado. O primeiro critério diagnóstico é a presença de, pelo menos três sintomas, relacionados com reações emocionais inadequadas ao grau de desenvolvimento da criança ou do adolescente, com relação ao afastamento de casa ou dos pais. Dentre os sintomas possíveis estão: sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento; preocupação persistente e excessiva acerca de perigos envolvendo os pais ou a si próprio; recusa ou relutância a ir para a escola, ou para outros lugares, desacompanhado; temor excessivo de ficar sozinho em casa; dificuldades para adormecer sem uma figura de vinculação ou para dormir fora de casa; pesadelos freqüentes envolvendo o tema separação e queixas somáticas persistentes (APA, 2000).

Além destes sintomas, os prejuízos funcionais nas áreas social, acadêmica, entre outras, devem ser clinicamente significativos (Suveg, Sasha, Aschenbrand & Kendall, 2005) e os sintomas devem estar presentes por pelo menos 4 semanas (APA, 2000). Outros critérios diagnósticos necessários para o transtorno de ansiedade de separação são: o início do quadro clínico antes dos 18 anos e a não ocorrência durante o curso de outros transtornos, tais como, o transtorno global do desenvolvimento ou a esquizofrenia (APA, 2000).

Crianças e adolescentes que apresentam este quadro têm um medo irreal de que algo prejudicial aconteça com eles ou com seus pais quando se afastam de modo que não seja possível o reencontro (Silverman e Dick-Niederhauser, 2004). As preocupações mais frequentes com relação aos pais são ferimentos graves ou morte, enquanto que a própria criança ou adolescente teme ser seqüestrado ou se perder de seus pais. Estas preocupações podem ocorrer tanto em estado de vigília como durante o sono (Suveg, Sasha, Aschenbrand & Kendall, 2005).

Frequentemente, observa-se a intensificação destes sintomas como a perseguição aos pais dentro de casa, dificuldades para dormir ou ficar em casa sozinhos, além de, recusa para ir à escola ou para sair desacompanhados, nos momentos que antecedem a saída dos pais para o trabalho ou o horário da escola (Francis, Last & Strauss, 1987). Quando os pais saem para trabalhar ou para outros compromissos sociais, frequentemente as crianças ou adolescentes com este transtorno sentem a necessidade de saber onde eles estão ou de permanecer em contato, sendo muito comum o uso do telefone para este fim.

Algumas crianças ou adolescentes se queixam de saudade extrema quando estão longe de casa, podendo experimentar sintomas somáticos em função do desconforto (APA, 2000). Dentre os sintomas somáticos mais comuns estão: dor de cabeça, de estômago e náuseas. Na verdade, os sintomas somáticos são comuns tanto no momento da separação quanto na antecipação do afastamento (Francis, Last & Strauss, 1987).

Embora o transtorno de ansiedade de separação possa ocorrer em qualquer idade antes dos 18 anos, existe uma maior frequência deste transtorno na faixa etária que vai dos 7 aos 9 anos de idade (Last, Perrin, Hersen et al, 1992). Francis et al. encontraram diferenças na expressão dos sintomas de acordo a faixa etária. A amostra composta por 45 crianças e adolescentes entre 5 e 16 anos com diagnóstico de transtorno de ansiedade de separação foi dividida em três grupos. O primeiro grupo era composto por crianças menores com idades entre 5 e 8 anos, o segundo por crianças maiores, com idades entre 9 e 12 anos, e o terceiro por adolescentes, entre 13 e 16 anos. Mais da metade das crianças menores relatou ter pesadelos envolvendo separação em comparação com menos de um quarto das crianças e adolescentes dos outros dois grupos. Sintomas de ansiedade diante do afastamento dos pais foram significativamente mais presentes nos grupos das crianças em comparação com o grupo dos adolescentes. Finalmente, os sintomas

somáticos em dias escolares foram observados em maior frequência em adolescentes.

A partir destes resultados, Francis, Last e Strauss estabeleceram uma relação entre sintomas mais comuns e diferentes faixas etárias. Preocupação e pensamentos trágicos sobre os pais estão associados a crianças com idades entre 5 e 8 anos. Protestos ou acessos de raiva, falta de concentração e apatia são mais frequentes em crianças maiores (entre 9 e 12 anos), assim como queixas somáticas e recusa escolar são comuns em adolescentes (Francis, Last & Strauss, 1987). Já com relação ao gênero, Francis et al (1987) não encontraram distinção na expressão dos sintomas entre meninos e meninas.

O curso do transtorno costuma oscilar entre momentos de ansiedade em menor grau e crônico com períodos de exacerbação. Comumente, estes momentos de pico são acompanhados por alterações importantes na vida da criança ou do adolescente, tais como: mudança de escola ou doença na família (Suveg, Sasha, Aschenbrand & Kendall, 2005).

Dados coletados em amostras comunitárias mostram que o transtorno de ansiedade de separação é um dos quadros clínicos mais frequentes dentre os transtornos de ansiedade (Benjamin, Costello & Warren, 1990; Costello et al, 1989; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley & Andrews, 1993; Prior, Sanson, Smart & Oberklaid, 1999), com a prevalência variando entre 3 a 5 % em crianças (Biedel, Turner & Morris, 1999) e 2 a 4% em adolescentes (Prior, Sanson et al, 1999). Não há um consenso a respeito da prevalência fazendo-se uma comparação entre gêneros. Muito embora um número significativo de estudos tenha encontrado uma maior frequência no sexo feminino (Anderson et al, 1987; Costello, 1989; Last, Francis et al, 1987), outras pesquisas não apontaram para esta diferença (Bird, Gould, Yager, Staghezza & Canino, 1990; Francis, Last & Strauss, 1987; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1992).

Alguns estudos apontam para uma associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e transtorno de ansiedade de separação (Last, Francis, Hersen et al, 1987; Last et al, 1992). Observou-se em mais de um estudo que 50 a 70% das crianças com ansiedade de separação são de famílias de baixa renda (Last et al, 1992; Vélez, Johnson & Cohen, 1989).

A frequência encontrada em dois estudos envolvendo amostras clínicas foi significativamente maior do que em amostras comunitárias. No primeiro estudo,

33% das crianças atendidas em uma clínica especializada em ansiedade infantil preenchem critérios diagnósticos para ansiedade de separação (Last, Francis, Hersen et al, 1987). Na segunda pesquisa, 50% da amostra clínica apresentava sintomas de ansiedade de separação sem que estes causassem grande comprometimento no funcionamento das crianças (Kashini & Ovarshel, 1999).

As comorbidades mais freqüentemente associadas ao transtorno de ansiedade de separação são outros transtornos de ansiedade, em especial, o TAG e a fobia específica. Uma série de estudos com amostras clínicas estimam que 50% dos casos de ansiedade de separação venham acompanhados de outros distúrbios de ansiedade e outros 33% tenham comorbidade com depressão (Benjamim et al., 1990; Hewitt et al., 1997; Last, Hersen, Kazdin, Frinkelstein & Strauss, 1987). Outros quadros clínicos comórbidos citados, porém menos comuns, são: o TOC e transtorno de identidade sexual (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004).

Um número reduzido de estudos prospectivos foi conduzido com amostras clínicas de crianças com transtorno de ansiedade de separação. Portanto, pouco pode-se afirmar sobre o prognóstico do transtorno de ansiedade de separação (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004). Dentre os estudos, destaca-se o de Cantwell e Baker (1989) que acompanharam 151 crianças, em atendimento ambulatorial numa clínica de linguagem e fala, por um período de 4 anos. Neste estudo, que pretendia investigar o curso dos transtornos de ansiedade infanto-juvenis de acordo com o DSM III, 9 crianças preencheram critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade de separação no início da pesquisa. Ao final de quatro anos, observou-se em maior grau a remissão dos sintomas e menor estabilidade nos casos de ansiedade de separação em comparação com o transtorno evitativo e transtorno de ansiedade excessiva. Apenas 11% das crianças ainda preenchem critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade de separação, enquanto 44% tinham outros diagnósticos (Cantell & Baker, 1989).

Last et al (1996) em estudo similar, acompanharam 102 crianças atendidas em uma clínica especializada em transtornos de ansiedade por um período de 4 anos. Assim como Cantwell e Baker, Last et al, encontraram uma alta taxa de remissão de sintomas e baixa estabilidade para transtorno de ansiedade de separação. Ao final de 4 anos, 96% das crianças que foram inicialmente diagnosticadas com transtorno de ansiedade de separação não apresentavam mais

sintomas do transtorno. No entanto, 25% desta amostra havia desenvolvido um novo distúrbio psiquiátrico.

1.1.2.2.

Transtorno de Ansiedade Generalizada

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) caracteriza-se pela presença de preocupações excessivas e incontrolláveis sobre diferentes aspectos da vida do indivíduo. Apesar de preocupações serem uma manifestação de ansiedade bastante comum e fazerem parte da experiência humana, pessoas que apresentam como psicopatologia o TAG, referem haver uma intensificação e prolongamento deste estado ansioso, sem que haja a interrupção deste processo (Flannery-Shroeder, 2004).

Os critérios diagnósticos apontados na DSM-IV-TR incluem: ansiedade e preocupação excessiva e de difícil controle com diversos eventos, na maioria dos dias com duração mínima de seis meses, causando prejuízos no funcionamento da vida diária. O quadro deve ser acompanhado ainda de pelo menos três de seis sintomas físicos possíveis, a saber: inquietação; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular ou perturbações do sono. Finalmente, o distúrbio não deve ser oriundo de ingestão de drogas de abuso, de uma condição médica geral ou ocorrer exclusivamente durante o curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento (APA, 2000).

Como foi visto anteriormente, o quadro de preocupação excessiva na infância ou adolescência hoje, recebe o diagnóstico de TAG. A única diferença com relação aos critérios diagnósticos descritos acima e válidos para adultos é no que diz respeito aos sintomas físicos. Há a necessidade da presença de apenas um sintoma somático para que o diagnóstico seja confirmado em infante-juvenis (APA, 2000). Embora, dores de cabeça e de estômago e a tensão muscular sejam queixas comuns em crianças e adolescentes com TAG (Flannery-Schroeder, 2004), Tracey et al (1997) e Kendal & Pimental (2003) encontraram que fadigabilidade é a queixa mais frequente.

Kendall e colaboradores (1999) definem crianças e adolescentes com TAG como “mini adultos” em função da preocupação em excesso com compromissos, da rígida aderência a regras ou por suas perguntas referentes aos perigos inerentes

às situações. Afirmam ainda que estas preocupações dificultam a identificação precoce do transtorno porque adultos tendem a valorizar este tipo de preocupação, confundindo os sintomas com senso de responsabilidade (Kendall et al, 1999).

Crianças e adolescentes com TAG podem ter preocupações consigo ou com os outros sobre diferentes domínios, como por exemplo: perfeccionismo; pontualidade; saúde e segurança; eventos mundiais (tais como: guerras ou desastres naturais); situação financeira familiar e futuro (Layne et al., 2008). Weems, Silverman & La Greca (2000) encontraram entre os principais domínios de preocupação de 26 pacientes infante-juvenis com TAG de uma clínica especializada, temas como: testes, furacões, agressão física, futuro, escola e problemas com crianças da mesma idade. Pina, Silverman, Alfano & Savedra (2002), avaliando uma amostra clínica de 111 crianças e adolescentes com idades entre 6 e 17 anos, identificaram a preocupação com a própria saúde como o fator preditivo mais confiável para o TAG.

Bögels & Zigterman (2000) encontraram que crianças e adolescentes com TAG frequentemente subestimam a própria capacidade de lidarem com as situações cotidianas, em especial as que envolvem a avaliação de terceiros. Por apresentar uma auto-crítica exagerada, infante-juvenis portadores de TAG são perfeccionistas, capazes de cometerem distorções cognitivas que tornam um pequeno erro em um fracasso enorme. Como consequência das idéias perfeccionistas, estas crianças, tendem a faltarem seus compromissos com maior frequência ou, mesmo a abandonarem suas atividades diárias (Flannery-Schroeder, 2004).

Outras características apontadas em pesquisas são: necessidade constante de reassuramento na criança e excesso de auto-consciência e preocupação com comportamento no passado (Bell-Dolan et al., 1990; Kendall, Krain e Treadwell, 1999; Strauss, 1990; Flannery-Schroeder, 2004). Rigidez com relação ao cumprimento de regras ou evitação de situações nas quais poderia haver a exposição ao julgamento dos outros são as principais consequências destes comportamentos (Bögels e Zigterman, 2000; Kendall, Krain e Treadwell, 1999; Layne et al., 2008). Finalmente, crianças e adolescentes com TAG têm uma tendência a superestimar o perigo, prevendo situações catastróficas (Bögels & Zigterman, 2000; Kendall, Krain e Treadwell, 1999).

A incidência de TAG em crianças até 12 anos é significativamente menor do que em crianças a partir desta idade. Além disso, o número de sintomas apresentados aumenta com a idade (Strauss, Lease, Last & Francis, 1988; Tracey et al., 1997). Vale ressaltar que estes estudos foram realizados em amostras clínicas e podem não reproduzir fielmente a realidade com relação à idade de início do TAG na população geral (Layne et al., 2008).

Não é possível fazer uma diferenciação na apresentação do quadro entre meninos e meninas até o início da adolescência (Kendall, 1994; Last, Strauss & Francis, 1987). No entanto, a prevalência de TAG em meninas passa a ser maior do que em meninos a partir dos primeiros anos da adolescência e essa diferença se mantém em adultos (McGee et al, 1999; Rapee, 1991). Vélez, Johnson & Cohen (1989) realizaram um estudo, no qual atribuem a maior incidência de TAG no sexo feminino, à subdiagnóstico de pacientes do sexo masculino e não a uma ocorrência real de mais casos em meninas.

O início do transtorno costuma ser precoce, lento e insidioso (Brown, Barlow e Liebowitz, 1994), o que é apontado como a principal dificuldade para precisar a idade de início mais frequente (Comer, Kendall, Franklin, Hudson e Pimentel, 2004). Comumente, pacientes adultos com TAG referem ter o quadro a vida toda, tendo dificuldade de identificar o momento em que os sintomas começaram (Layne et al., 2008).

A prevalência do TAG em crianças e adolescentes norte-americanos em amostras comunitárias varia entre 2 e 4 % (Anderson, Williams, McGee e Silva, 1987; Bowen, Offord e Boyle, 1990). Não foram identificados artigos que identificassem a prevalência de TAG na população infanto-juvenil brasileira. Infelizmente, até o momento, o único estudo epidemiológico com amostras de crianças e adolescentes no Brasil, encontrado nesta revisão, apresenta apenas as categorias mais amplas, como transtorno de ansiedade, de humor ou déficit de atenção (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Na Inglaterra, Ford e colaboradores, identificaram uma porcentagem menor de casos com TAG, atingindo cerca de 0,65% da amostra de crianças e adolescentes (Ford, Goodman e Meltzer, 1999).

Last et al. (1992) em um estudo no qual foram avaliadas as características sociodemográficas de uma amostra clínica composta por 118 crianças, encontraram uma associação entre condições socioeconômicas favoráveis, estrutura familiar e TAG. Observou-se que as crianças com TAG em sua maioria

eram oriundas de famílias estruturadas, de classe média ou classe média alta (Last et al, 1992).

Em amostras clínicas, a taxa de prevalência aumenta para 10 a 14 %, quando a amostra estudada considera crianças e adolescentes em atendimento para qualquer transtorno psiquiátrico (Beitchman, Wekerle & Hood, 1987; Silverman & Nelles, 1988). Já quando a amostra é extraída de clínicas especializadas em transtornos de ansiedade, esta taxa varia entre 15% (Last, Strauss & Francis, 1987) e 58 % (Kendall e colaboradores, 1997).

A presença de comorbidades é extremamente comum em casos de crianças e adolescentes com TAG (Layne et al., 2008). Masi et al. (2004) encontraram que 93% de sua amostra clínica de pacientes infanto-juvenis com TAG, também preenchiem critérios diagnósticos para outras comorbidades. Destes, 75% tinham como comorbidade um outro transtorno de ansiedade, 56% um transtorno depressivo e 21% apresentavam como comorbidade TDAH ou TC. Estas co-ocorrências são mais frequentes em pré-adolescentes e adolescentes e provocam um grande impacto na adaptação psicossocial destes jovens (Flannery-Schroeder, 2004).

Alguns autores acreditam que o TAG na infância ou adolescência pode ser um precursor de outros transtornos psiquiátricos na vida adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998; Beidel, 1991; Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996). Pine e colaboradores (1998) realizaram um estudo prospectivo com 111 crianças e adolescentes com TAG. Após 9 anos de acompanhamento, os pesquisadores concluíram que o TAG na infância e juventude pode ser considerado um fator de vulnerabilidade para quadros como: a fobia social, o transtorno de pânico e o transtorno depressivo maior. Outros estudiosos defendem que o surgimento precoce do quadro é um fator de vulnerabilidade para o aparecimento de qualquer transtorno de ansiedade na fase adulta, inclusive o próprio transtorno de ansiedade generalizada (Gittelman, 1984; Flannery-Schroeder, 2004). A falta de tratamento adequado pode levar a sérios prejuízos no funcionamento do indivíduo (Roy-Burne e Katon, 1997).

1.1.2.3.

Fobias Específicas

As fobias específicas podem ser definidas como medos extremos e persistentes, que representam uma dificuldade de adaptação ao meio e causam enorme sofrimento às crianças e aos adolescentes (Ollendick, King & Muris, 2002). Os medos fazem parte do curso natural do desenvolvimento infantil. Em algum momento, ao longo dos anos, crianças podem demonstrar ter medo de pessoas estranhas, do afastamento das figuras de vinculação, de água, de escuro, de monstros, de animais, de insetos ou de situações específicas (Ollendick, Hagopian & King, 1997). Para a maioria das crianças, sentir medo é resultado da experiência cotidiana e faz parte do processo de amadurecimento da sua capacidade cognitiva e representacional (Muris & Merckelbach, 2001). No entanto, em alguns casos, o medo desproporcional a um determinado objeto ou situação se torna patológico.

De acordo com a DSM-IV-TR, a fobia específica é caracterizada por medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, frente à antecipação de contato ou à presença de um objeto ou uma situação temidos. Uma resposta imediata de ansiedade, caracterizada muitas vezes como um ataque de pânico é resultante da antecipação ou do contato com o estímulo fóbico. O indivíduo é capaz de reconhecer que o medo é irracional ou desproporcional. A situação fóbica ou o objeto temido são constantemente evitados, ou suportados com intenso sofrimento, resultando em prejuízo funcional significativo. O quadro não é melhor explicado por outro transtorno mental, como: TOC, TEPT, TAS e transtorno de pânico com ou sem agorafobia (APA, 2000).

Na medida que os critérios diagnósticos para fobia específica são atendidos, se torna necessário especificar o tipo. A fobia específica pode ser a: animal, ambiente natural (altura, furacões), sangue-injeção-ferimentos, situacional (avião, elevador) ou de outro tipo (vômitos, doenças) (APA, 2000).

Algumas diferenças são notáveis com relação aos critérios diagnósticos em adultos e crianças com fobia específica. A resposta ansiosa da criança tende a ser diferente do comportamento apresentado pelo adulto. Diante do estímulo temido, a criança procura se aproximar de seus pais ou de alguém que lhe ofereça proteção. Choro, desespero, chupar o dedo, imobilidade, agitação psicomotora ou até um ataque de pânico podem ser reações apresentadas como resposta ansiosa pela criança (Ashbahr, 2004). No entanto, as mais comuns e descritas como as esperadas na DSM-IV-TR são o choro, ataques de raiva e imobilidade (APA,

2000). Estas reações são freqüentemente associadas a mudanças fisiológicas como taquicardia, suor, boca seca, dor de estômago e alterações na respiração (Beidel, 1999)

Para que o diagnóstico seja feito em crianças e adolescentes, não há a necessidade de reconhecimento do medo como irracional ou desproporcional. Entretanto, existe um critério a ser atendido sobre a duração dos sintomas, que é exclusivo para infanto-juvenis. A duração mínima do quadro para indivíduos com menos de 18 anos é de 6 meses (APA, 2000). Este critério parece ser uma maneira de garantir que não se trata de um medo transitório comum às fases do desenvolvimento infantil.

Há uma maior incidência de crianças e adolescentes com fobia específica até os 12 anos de idade, sendo bastante comum que o quadro clínico se inicie entre as idades de 5 e 7 anos. No entanto, é possível que o diagnóstico seja feito tanto em crianças menores quanto em adolescentes (Ford, Goodman & Meltzer, 1999). O tipo de objeto ou situação temida tende a apresentar uma variação de acordo com a idade (Spence, 2001). Spence, Rapee, McDonald & Ingram (2000) encontraram que crianças com idades entre 3 e 5 anos apresentavam mais medo de escuro, cachorro, aranha, tempestades e natação. O medo de criaturas imaginárias, como monstros e fantasmas, costuma estar presente em crianças de 6 a 10 anos de idade (Hall, 2004). Já os adolescentes referem mais medo de altura, de morrer ou de haver uma guerra (Bell-Dolan et al., 1990).

Costello & Angold (1995) em revisão sobre dados epidemiológicos sobre transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes norte-americanos concluíram que em torno de 5% da população infanto-juvenil tem fobia específica. Já na Inglaterra, Ford, Goodman & Meltzer (1999) encontraram uma prevalência de 1%. No Brasil, não foram identificados estudos que apresentassem dados epidemiológicos sobre a fobia específica.

Os pesquisadores ingleses apontaram para o fato da prevalência de fobia específica ser maior em meninas (1,07%) do que em meninos (0,90%) ingleses. Uma série de estudos nos Estados Unidos também encontrou um número maior de casos de fobias específicas no sexo feminino em comparação com o sexo masculino (Anderson et al, 1987; McGee et al, 1990; Conradt & Peterman, 2000).

Até o momento, pesquisas longitudinais sobre as fobias específicas têm sido escassas. Os estudos, que investigaram o curso das fobias específicas, que se

destacaram e são citados até hoje, datam da década de 70 (King, Muris & Ollendick, 2004). Estas pesquisas evidenciaram que a doença, sem tratamento, persiste por no mínimo 1 a 2 anos, podendo em alguns casos, ter duração de 5 anos (Hampe et al, 1973; Agras, Chapin & Oliveau, 1972; Ollendick, 1979 in King, Muris & Ollendick, 2004). De fato, como é salientado no DSM-IV-TR, as fobias específicas com início na infância podem persistir até a fase adulta. Nestes casos, a remissão espontânea é pouco freqüente, menos de 20% dos casos (King, Muris & Ollendick, 2004). Öst (1987) em uma pesquisa realizada com adultos fóbicos encontrou um número significativo de relatos de casos com início na infância.

Tal qual acontece em outros transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, as fobias específicas também apresentam comorbidades com outros quadros clínicos (Last, Perrin, Hersen, Kazdin, 1992; Silverman et al., 1999) Last et al. (1992) encontraram, numa amostra clínica, que 75% das crianças diagnosticadas com fobia específica, tinham história de outros transtornos de ansiedade, em especial de transtorno de ansiedade de separação. Nesta mesma amostra foram identificados 32,5% de casos com histórico de transtorno depressivo e 22,5% em comorbidade com transtornos disruptivos (Last et al., 1992). Silverman e colaboradores (1999), em estudo similar, encontraram que, 72% da amostra de 104 crianças em tratamento para fobia específica tinham comorbidades com outros transtornos psiquiátricos, havendo uma importante prevalência de associação com outros transtornos de ansiedade.

Estes dados foram coletados a partir de amostras clínicas e trazem como contribuição uma alarmante conclusão. Os quadros de fobia específica são mais complexos do que aparentam, pois quando não tratados, na maioria dos casos são agravados por outros transtornos comórbidos (Costello & Angold, 1995).

1.1.2.4.

Transtorno de ansiedade social ou fobia social

O transtorno de ansiedade social (TAS), ou fobia social (FS), pode ser entendido como uma vivência exagerada e persistente de ansiedade a estranhos. Crianças com até 2,5 anos tendem a não se sentir confortáveis perto de pessoas não familiares, evitando estabelecer uma comunicação assertiva. Este comportamento é esperado para a idade e deve ser entendido como parte do

desenvolvimento infantil normal. Entretanto, após este período, se o estranhamento persistir e interferir na construção de uma vida social para a criança, é possível que este desconforto tenha se tornado patológico (Chavira e Stein, 2005).

O DSM-IV-TR apresenta os seguintes critérios diagnósticos para o TAS: medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, em uma ou mais situações sociais ou de desempenho, que envolvam a exposição a pessoas estranhas ou a possível humilhação por terceiros. Presença de resposta imediata de ansiedade, caracterizada muitas vezes como um ataque de pânico, resultante da antecipação ou do contato com a situação social temida. Reconhecimento de que o medo é irracional ou desproporcional. As situações sociais e de desempenho temidas são constantemente evitadas, ou suportadas com intenso sofrimento, resultando em prejuízo funcional significativo. O quadro não se deve à ingestão de alguma substância (drogas de abuso ou medicamentos); condição médica geral e não é melhor explicado por outro transtorno mental, como: transtorno de pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade de separação, transtorno dismórfico corporal, transtorno global do desenvolvimento ou transtorno de personalidade esquizóide (APA, 2000).

Apesar de não configurar um critério diagnóstico, a presença de sintomas somáticos é comumente descrita nos momentos de antecipação e exposição à situação social temida. Palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial e confusão mental, são os sintomas mais frequentes (APA, 2000).

Em crianças e adolescentes algumas considerações acerca dos critérios descritos acima devem ser feitas para que o diagnóstico se confirme. Por exemplo, o TAS só pode ser diagnosticado em crianças que apresentam habilidades sociais adequadas a sua idade, com pessoas que lhe são familiares. Outra consideração importante é a presença de ansiedade em situações sociais que envolvam outras crianças. O diagnóstico não deve ser confirmado se a resposta ansiosa for restrita a interações com adultos (APA, 2000).

Crianças e adolescentes com TAS não precisam reconhecer o medo que sentem como irracional ou desproporcional. Porém, há a necessidade que os sintomas tenham duração mínima de 6 meses. Este critério é exclusivo para infanto-juvenis, ou seja, para menores de 18 anos (APA, 2000).

A resposta ansiosa da criança tende a ser diferente do comportamento apresentado pelo adulto. Diante da situação temida, a criança procura se afastar do ambiente com pessoas estranhas e buscar a proteção e segurança junto a pessoas familiares, em especial junto aos pais. Além dos ataques de pânico, o choro e a imobilidade são reações apresentadas como resposta ansiosa pela criança (Ashbahr, 2004).

Crianças com TAS referem passar por situações sociais ansiogênicas quase todos os dias (Beidel, 1991). Strauss & Last (1993) encontraram que a escola é o ambiente onde a maioria das situações socialmente perturbadoras acontece. Neste estudo, 60% dos eventos estressores listados pelas crianças ocorriam dentro da escola (Strauss & Last, 1993). A lista das situações mais temidas incluía: conversar com outras crianças, fazer provas, apresentações artísticas e leitura em voz alta (Strauss & Last, 1993).

Em 1999, Beidel realizou uma nova pesquisa na qual identificou as situações mais ansiogênicas para pré-adolescentes. O resultado se aproximou do encontrado por Strauss & Last. A leitura em sala de aula; escrever no quadro negro; apresentações artísticas ou esportivas e conversar com pessoas da mesma idade e com adultos foram apontados como situações difíceis a serem enfrentadas pelo grupo amostrado (Beidel, 1999). Hofmann & colaboradores (1999), identificaram interações informais com pessoas da mesma idade como a pior situação social a ser enfrentada entre adolescentes.

A fim de se esquivarem do desconforto causado por interações sociais temidas, crianças e adolescentes com TAS evitam ir ao quadro negro na sala de aula, brincar em grupo ou usar o banheiro da escola (Chavira, Stein, 2005). A principal consequência deste comportamento evitativo é a dificuldade ou mesmo a incapacidade de fazer amizade com pessoas da mesma idade (Beidel, 1999). Alguns autores encontraram que, além do comprometimento das habilidades sociais, crianças e adolescentes acometidos por TAS, apresentam pior desempenho em tarefas que envolvam leitura em voz alta e fluência, se comparadas com infanto-juvenis normais da mesma idade (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999; Beidel, 1999; Essau, Conradt, Petermann, 1999).

O comportamento de esquiva parece se tornar mais freqüente com a idade (Beidel, Morris & Turner, 2004). Essau, Conradt & Petermann (1999) encontraram que 65,4% da amostra de adolescentes, com sintomas marcantes de

ansiedade social, relataram ter evitado, pelo menos, algumas vezes, situações sociais desconfortáveis. A maior autonomia dos adolescentes é apontada como principal causa para que o comportamento evitativo cresça em função do tempo (Beidel, Morris & Turner, 2004).

Crianças e adolescentes com TAS tendem a interpretar as situações cotidianas como mais ameaçadoras do que crianças que não apresentam este diagnóstico (Muris, Merckelbach & Dasma, 2000). Crianças maiores, com idades entre 10 e 12 anos, e adolescentes, com TAS, além de interpretarem o ambiente como ameaçador, tendem a desenvolver pensamentos negativos sobre si mesmos e sobre suas capacidades para lidarem com situações sociais (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999).

O curso do TAS é variável, tanto o prejuízo social pode ser mantido pela adolescência e vida adulta, como pode melhorar espontaneamente (Essau, Conradt, Petermann, 1999). Muito embora esta doença raramente torne o sujeito incapaz de exercer suas atividades, existe uma tendência a ter um alto índice de comorbidades com outros transtornos, inclusive com abuso de substâncias quando se torna crônica (Essau, Conradt, Petermann, 1999)

A taxa de prevalência de TAS na população infanto-juvenil norte-americana se apresenta em torno de 2,5%, sendo mais prevalente em meninas do que em meninos (Chavira & Stein, 2005). Dois grandes estudos epidemiológicos da Alemanha encontraram que 0,5% das crianças e entre 2 e 4 % dos adolescentes tinham TAS (Essau, Conradt, Petermann, 1999; Wittchen, Stein, Kessler, 1999). Pesquisas epidemiológicas sugerem que o TAS pode ser mais frequentemente encontrado em adolescentes do que em crianças (Chavira & Stein, 2005). Em dois estudos, que avaliaram a prevalência de TAS em adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, aproximadamente 5% das amostras apresentavam o quadro clínico (Costello, Angold, Keeler, 1999; Verhulst, van der Ende, Ferdinand et al., 1997).

A maior incidência do quadro clínico é na adolescência por volta de 14 ou 15 anos de idade. No entanto, o TAS pode ser diagnosticado em qualquer idade, sendo relativamente comum a descrição na literatura de casos em crianças menores, com 7 ou 8 anos de idade (Chavira & Stein, 2005). De fato, o estudo de Spence (1997) que examinou a prevalência de sintomas ansiosos em crianças australianas de uma amostra comunitária, encontrou o TAS como o transtorno de ansiedade mais prevalente entre crianças de 8 e 12 anos de idade. Há evidências

de que o início precoce aumenta a probabilidade do quadro se tornar grave e crônico, havendo uma abrangência maior de situações sociais temidas e um prognóstico menos promissor (Chavira & Stein, 2001; Beidel, Morris & Turner, 2004).

Chavira, Stein, Bailey & cols (2004) realizaram um estudo com 190 crianças e adolescentes, com idades entre 8 e 17 anos, em atendimento psiquiátrico ambulatorial a fim de identificar quais as comorbidades mais prevalentes no TAS. Os autores encontraram a depressão maior, o TAG, as fobias específicas e o TDAH, como principais comorbidades presentes naquela amostra clínica no momento da pesquisa (Chavira, Stein, Bailey & cols, 2004).

A presença do TAS na infância e adolescência é um fator de risco para prejuízos funcionais importantes no adulto (Chavira & Stein, 2005). Estudos prospectivos mostraram que o adulto com histórico de TAS, muitas vezes apresenta uma história de fracasso escolar, acompanhada de baixa auto-estima e solidão (Francis, Last & Strauss, 1992). Além disso, se permanecer sem tratamento adequado, há a possibilidade de outros transtornos psiquiátricos surgirem ao longo do tempo. O quadro na infância possui forte associação com outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substância e tentativa de suicídio na fase adulta (Chavira & Stein, 2005).

1.1.2.5.

Transtorno de Pânico

O transtorno de pânico se caracteriza por ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês, de uma ou mais das seguintes características: (1) preocupação persistente acerca de ter novos ataques; (2) preocupação acerca das possíveis conseqüências do ataque, como por exemplo, perder o controle, ter um ataque cardíaco ou enlouquecer; (3) mudança comportamental significativa em função dos ataques (APA, 2000). Esta definição configura o primeiro critério diagnóstico para o transtorno de pânico, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000).

Além deste primeiro critério, para configurar transtorno de pânico, os ataques de pânico não podem ser devido aos efeitos fisiológicos da ingestão de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica

geral (p.ex. hipertireoidismo). Os ataques de pânico também não podem ser melhor explicados por outro transtorno mental, como TAS, fobia específica, TOC, TEPT ou transtorno de ansiedade de separação. Finalmente, a presença de agorafobia pode estar associada ao quadro, fazendo com que o diagnóstico neste caso seja denominado transtorno de pânico com agorafobia.

Diferentemente do que ocorre no TAG, na fobia específica e no TAS, não são feitas ressalvas com relação aos critérios diagnósticos para as diferentes faixas etárias. Os critérios adotados pelo DSM-IV-TR são exatamente os mesmos para crianças, adolescentes e adultos (APA, 2000).

Até pouco tempo, ainda se questionava se crianças e adolescentes poderiam ser diagnosticados com transtorno de pânico (Nelles & Barlow, 1988). A grande discussão era se crianças apresentavam a habilidade cognitiva para catastrofizar as sensações do corpo de forma a caracterizar um ataque de pânico. Hoje, o que se discute é a representação fenomenológica do quadro em crianças e adolescentes.

O quadro clínico se apresenta principalmente através de sintomas somáticos, que são alterações fisiológicas que configuram um ataque de pânico e, de sintomas cognitivos, que são os pensamentos sobre um novo ataque ou sobre conseqüências catastróficas associadas aos ataques (Suveg, Sasha, Aschenbrand e Kendall, 2005). Last & Strauss (1991) investigaram a representação de sintomas somáticos e cognitivos em um grupo de adolescentes com transtorno de pânico. Os autores encontraram que 94 % da amostra descreveram sentir palpitações, tremores, rubores e calafrios durante um ataque de pânico, ao passo que, somente, 59% da amostra referiu medo de morrer e 65% relatou medo de enlouquecer. Outras pesquisas reforçam este achado, evidenciando que crianças e adolescentes experienciam mais sintomas físicos do que cognitivos durante um ataque de pânico (Ollendick, Mattis & King, 1994; Kearney, Albano & Eisen, 1997). Apesar de menos freqüentes, os sintomas cognitivos não podem ser menosprezados em crianças e adolescentes, pois, quando estão presentes tornam o transtorno de pânico uma experiência aterrorizante (Surveg & cols., 2005).

Em crianças e adolescentes de amostras comunitárias, o transtorno de pânico se apresenta em uma pequena, porém significativa, parcela de sujeitos. As taxas de prevalência se apresentam em torno de 0,5 a 1,0% (Essau, Conradt, Petermann, 1999; Hayward, Killen, Kraemer & Barr-Taylor, 2000; Costello, Mustillo, Erkanli

& cols., 2003). A maior prevalência é de adolescentes do sexo feminino (Ollendick, Mattis & King, 1994).

Há uma maior incidência de crianças e adolescentes com transtorno de pânico até os 12 anos de idade, sendo bastante comum que o quadro clínico se inicie entre as idades de 5 e 7 anos. No entanto, é possível que o diagnóstico seja feito tanto em crianças menores quanto em adolescentes.

Estudos com amostras clínicas têm evidenciado uma prevalência maior, podendo chegar a 10% dos casos, sendo o perfil mais frequentemente encontrado para o tratamento de transtorno de pânico o de meninas, no final da adolescência e de classe média (Last & Strauss, 1989; Biederman & cols., 1997). Mais da metade destas adolescentes referem palpitações, tremor, tontura, respiração ofegante, desmaio, suor, pressão ou dor no peito e medo de morrer (Ollendick, Birmaher & Mattis, 2004).

Ainda hoje, o grande desafio enfrentado pelos profissionais de saúde mental quando o assunto é pânico é o diagnóstico diferencial. Doenças como: feocromocitoma, hipertireoidismo, distúrbios respiratórios e distúrbios cardíacos e até mesmo a epilepsia do lobo temporal apresentam similares ao diagnóstico de Transtorno de Pânico (Vitiello, 1990).

1.1.2.6.

Transtorno Obsessivo Compulsivo

O TOC se caracteriza pela ocorrência de obsessões e compulsões. Pensamentos obsessivos e comportamentos ritualísticos também fazem parte do desenvolvimento normal do ser humano. A criança, até 1 ano de idade, joga seus brinquedos várias vezes no chão. Em idade pré-escolar, ela tem o hábito de exibir comportamentos rígidos com relação a sua rotina, podendo apresentar rituais na hora do banho, de dormir ou de comer. Aos 5 ou 6 anos, a criança pode demonstrar a necessidade de organizar suas coisas de maneira simétrica. Finalmente, ao longo da infância e da adolescência é possível observar-se o hábito de colecionar objetos ou uma afeição maior por jogos com regras (Evans, 1997).

Estes comportamentos têm como função o aprendizado e uma melhor adaptação ao meio. Porém, se o tempo gasto com estes comportamentos trazer prejuízos para o funcionamento normal da vida diária, da criança ou do

adolescente, uma investigação clínica é necessária para avaliar a presença de TOC (Evans, 1997).

De acordo com o DSM-IV-TR, o TOC é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são pensamentos sob a forma de idéias, imagens ou impulsos, para os quais o indivíduo sente não ter controle e levam a um desconforto ou ansiedade. Compulsões são comportamentos ou atividades mentais repetitivas, que tem como função diminuir a ansiedade ou desconforto, na maioria das vezes causado pelas obsessões, porém sem conexão com a realidade. O conteúdo destas idéias pode ser absurdo ou inapropriado o que leva a pessoa a tentar reprimi-lo de alguma forma. Na medida em que a doença evolui as formas de controlar também se tornam mais efetivas e complexas.

O transtorno obsessivo-compulsivo tem as mesmas características clínicas e os mesmos critérios diagnósticos na infância, adolescência e na vida adulta. Isso sugere uma continuidade entre as formas de início seja qual for a fase do indivíduo.

Por ser uma doença com características próximas ao curso normal de desenvolvimento o TOC começa de maneira silenciosa em crianças e adolescentes. Pais e outras pessoas próximas só se dão conta de que algo está errado quando os sintomas começam a exigir adaptações na rotina familiar ou escolar. A busca por avaliação e tratamento só acontece quando a situação já está insustentável (Calvocoressi, 1995).

Até o momento, os estudos sobre o início da doença tem sido retrospectivos, ou seja, pacientes adultos ou mais jovens relatam como e quando apareceram seus primeiros sintomas. Uma terça parte à metade dos adultos com TOC, referem que sua doença teve início na infância ou adolescência. (Valleni-Basile, 1994)

O início costuma ser súbito, porém em uma intensidade menor do que a necessária para preencher critérios pela DSM IV. Pode haver uma remissão destes sintomas por meses ou anos com um novo episódio com outras características após este tempo assintomático, como pode haver um acúmulo de sintomas ao longo dos anos. (Scott, 2004) Este fato ajuda a entender porque alguns autores afirmam que o TOC é uma doença silenciosa na infância. Neste estágio inicial é subclínica e, portanto, menos perceptível para pais e familiares.

É comum que as obsessões e/ou compulsões ocorram em função de um desencadeador ambiental como o contato com alguma pessoa ou a vivência de uma situação específica (Assumpção, 2003). Jovens com TOC frequentemente apresentam uma variedade de sintomas. Os mais comuns são obsessões de contaminação associados a rituais de limpeza ou de evitação. Em segundo lugar está a verificação, possivelmente associada a idéias agressivas. Também são bastante usuais pensamentos obsessivos relacionados à segurança dos pais ou do próprio jovem. Finalmente, são comuns *“a repetição de atividades rotineiras como se despedir, entrar e sair, sentar e levantar e rituais de contagem, simetria e ordem ou tocar de uma determinada maneira ou determinado número de vezes”* (Assumpção, 2003, p. 355)

O transtorno obsessivo-compulsivo pode ser dividido em duas categorias de acordo com a sua data de início. TOC pediátrico ou juvenil é o que começa entre os 9 e 12 anos e o TOC de início tardio, o qual aparece por volta dos 18 ou 20 anos. Interessante notar que há pouca diferença com relação à prevalência de TOC juvenil em diferentes pesquisas realizadas em diversos países nas quais as metodologias utilizadas eram comparáveis. (Zohar, 1999) Este valor gira em torno de 2 a 3 % da população.

Entre os diagnósticos diferenciais estão: em primeiro lugar os rituais normais da infância, os transtornos depressivos primários, transtornos emocionais indiferenciados, transtornos autísticos, esquizofrenia, anorexia nervosa e síndrome de Tourette. Importante notar que muitos destes diagnósticos diferenciais podem também ser co-morbidades (Cameron, 2007).

1.1.2.7.

Transtorno de Estresse Pós-traumático

A definição deste transtorno pela DSM IV seria o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um estressor traumático extremo, envolvendo a experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou ameaça à própria integridade física ou de outras pessoas. A resposta a este evento é de medo intenso, impotência ou horror. Entre os sintomas característicos estão: recordações ou sonhos aflitivos e recorrentes, agir ou sentir como se o evento estivesse acontecendo novamente e sofrimento ou reatividade fisiológica ao se deparar com situações ou objetos que lembrem o

trauma. Além da necessidade de evitar pensamentos, sentimentos ou situações que façam recordar do evento e uma excitabilidade exagerada, interferindo no sono, gerando surtos de raiva, respostas de sobressalto, dificuldade para se concentrar e de relaxar. Estes sintomas devem durar pelo menos um mês e devem resultar em prejuízo no funcionamento do indivíduo.

Este quadro pode ser agudo com duração dos sintomas inferior a três meses e pode ser crônico quando esses sintomas duram mais de três meses. O aparecimento dos sintomas pode acontecer logo após o evento ou demorar alguns meses ou anos para se manifestarem. Denominamos TEPT com início tardio, os casos em que os sintomas aparecem depois de seis meses de ocorrido o trauma (Assumpção, 2003).

A cada pesquisa realizada na área fica mais claro que o TEPT em crianças ocorre de maneira bastante semelhante a descrita em adultos. Todos os elementos citados acima devem estar presentes, mas algumas peculiaridades devem ser mencionadas tanto com relação ao tipo de trauma mais comum em crianças quanto com relação às manifestações sintomatológicas (Scott, 2004).

Crianças estão mais susceptíveis a abusos físicos e sexuais, assim como a testemunhar assassinatos ou sérias agressões. Isto porque estima-se que 10 a 20 % dos assassinatos são conseqüências de discussões domésticas nas quais os filhos estavam presentes. Outra possibilidade de desenvolver este transtorno é ter uma doença grave e precisar fazer um tratamento invasivo que cause dor e sofrimento (Scott, 2004).

“Um estudo que utilizou os critérios da DSM descobriu que 100% das crianças sexualmente molestadas tinham transtorno de estresse pós-traumático, assim como 70% daquelas que sofreram abuso físico e 60% daquelas envolvidas em acidentes” (Scott, 2004). O mais triste desta estatística é o fato de que muitas destas crianças e de suas famílias não são nem diagnosticadas muito menos tratadas ou assistidas socialmente.

Este é um diagnóstico difícil de ser feito. Escalas psiquiátricas a serem respondidas por pais ou pela escola dificilmente vão detectar o que está se passando com a criança, pois pode parecer para quem está de fora que se trata de uma pessoa quieta, bem comportada. Os questionários de auto-relato têm uma chance maior de captar alguma coisa, mas os instrumentos existentes no mercado

não possuem perguntas muito específicas de TEPT o que pode induzir a um erro diagnóstico.

O grau de gravidade dos sintomas costuma estar associado ao tempo de exposição ao evento estressor. Em crianças são comuns pesadelos, encenações do ocorrido repetidas vezes e medo intenso ao entrar em contato com estímulos que de alguma maneira a remetam ao trauma (American Psychiatric Association, 1994).

O diagnóstico diferencial é muito importante, pois tanto o prognóstico quanto as diretrizes do tratamento são intimamente dependentes deste resultado. Entre as possibilidades a serem consideradas estão o transtorno depressivo, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, abuso de substâncias, TOC (em função dos pensamentos intrusivos), transtorno psicótico (pela confusão entre flashbacks e quadros delirante-alucinatorios) e transtorno de conduta (Assumpção, 2003).

É interessante notar que situações traumáticas aparentemente semelhantes podem provocar reações muito diferentes nas pessoas. Isso se deve as diferenças no temperamento, personalidade ou até mesmo a predisposição genética de cada indivíduo. Pessoas que tenham desenvolvidos habilidades para resolver problemas ou que possuam um bom relacionamento com sua família e uma rede de apoio confiável também tendem a estarem menos susceptíveis a ter dificuldades para superar um evento traumático (Scott, 2004).

1.1.4.

Avaliação e Tratamento

A avaliação de transtornos de ansiedade, assim como de qualquer transtorno mental, deve estar calcada em critérios funcionais (Morris & March, 2004). Para que o diagnóstico seja feito da maneira mais correta, o clínico deve obter o máximo de informações acerca do funcionamento do paciente em diferentes contextos (Bernstein et al., 1996). O prejuízo causado pela queixa apresentada pelo sujeito deve estar interferindo em maior ou menor grau, em pelo menos um aspecto da rotina normal do indivíduo. Os sintomas podem interferir no funcionamento acadêmico ou ocupacional, em atividades familiares ou sociais, ou causar grande sofrimento pessoal (APA, 2000).

Em função da natureza multidimensional da ansiedade, é importante obter informações acerca do funcionamento: cognitivo, comportamental, somático e emocional do sujeito, em seus diferentes contextos. No caso de crianças e adolescentes, estas informações devem ser obtidas principalmente, nos contextos doméstico e escolar (Greco & Morris, 2004). O ponto de partida da avaliação clínica dos transtornos de ansiedade pediátricos é a queixa. A investigação sobre o início, a evolução do quadro e as situações em que os sintomas, em suas diferentes dimensões (cognitiva, comportamental, somática e emocional), se mostram mais preponderantes devem fazer parte deste momento inicial (Bernstein et al, 1996).

Dados sobre a história familiar e escolar, assim como a investigação sobre os marcadores do desenvolvimento infantil, devem ser obtidos. Informações sobre a condição médica geral também se fazem necessárias, uma vez que um dos diagnósticos diferenciais para o transtorno de ansiedade é o hipertireoidismo (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993).

Uma importante diferença do processo avaliativo, quando o paciente é uma criança ou um adolescente é com relação aos informantes. Enquanto no adulto, na maioria absoluta das vezes o informante é o próprio paciente, em crianças e adolescentes, há a necessidade de se obter informações através de outras fontes (Spence, 2000). Na verdade, freqüentemente a procura por tratamento para a população infantojuvenil é oriunda da percepção dos pais ou dos professores de que há algo a ser investigado com aquela criança ou adolescente. Portanto, são os pais que buscam o tratamento e, conseqüentemente, são os primeiros a apresentarem o motivo que os levaram a procurar ajuda para seus filhos (Greco & Morris, 2004). Além dos pais, a criança ou adolescente e os professores devem ser convocados a participar da investigação clínica.

Vários métodos podem ser utilizados para a investigação de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes. A avaliação informal do clínico, através de observação e de entrevista não-estruturada, é essencial para a conceitualização do caso, identificando a freqüência e severidade dos sintomas, estímulos potencialmente ansiogênicos e fatores inibidores ou exacerbadores do quadro (Greco & Morris, 2004). O clínico pode se valer ainda, de entrevistas estruturadas, semi-estruturadas, questionários ou escalas a serem aplicadas tanto nos pais, como no infanto-juvenil, ou nos professores (Bernstein et al, 1996).

A incorporação de mais de um instrumento psicométrico na avaliação clínica de crianças e adolescentes mostrou-se útil em função do caráter subjetivo da ansiedade (Baldwin & Dadds, 2007). O uso associado de mais de uma escala é uma maneira de minimizar que conclusões precipitadas sejam tiradas em função de um resultado isolado. A associação de escalas consiste em atribuir relevância clínica para os sintomas de ansiedade, quando são atingidos os pontos de corte em duas ou mais das escalas aplicadas, por exemplo, na escala de pais e da criança, ou em duas escalas de ansiedade respondidas pela própria criança (Spence, 2000). Vale ressaltar, que relevância clínica não é sinônimo de diagnóstico, é apenas mais uma evidência que aponta para a necessidade de maiores investigações.

Frick e colaboradores (1994) encontraram que a concordância entre os relatos de pais e filhos ou de professores e alunos é baixa. Identificaram também que pais ansiosos tendem a relatar mais sintomas de ansiedade em seus filhos em comparação com pais não-ansiosos (Frick & cols., 1994). A conclusão extraída deste estudo é que o uso associado de escalas torna erros do tipo falso positivo menos frequentes, aumentando a especificidade dos instrumentos utilizados e do diagnóstico (Frick & cols., 1994).

Portanto, a avaliação clínica e a identificação de uma possível hipótese diagnóstica, com relação aos transtornos de ansiedade, em crianças e adolescentes, devem ser resultantes da integração de informações. Estes dados serão obtidos através das diferentes fontes (paciente, pais e professores), e utilizando recursos variados (entrevistas, escalas, observação, etc). A integração destas informações, que culminam na formulação de uma hipótese diagnóstica e no tratamento, vão ser dependentes da experiência e do conhecimento do clínico (Bernstein et al, 1996). Isso porque somente o médico ou psicólogo será capaz de inferir sobre o exagero ou a subestimação dos dados obtidos.

A American Academy of Child and Adolescent Psychiatry preconiza que o tratamento para transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes seja integrado, fazendo com que pais e escola também participem do processo (Bernstein et al, 1996). Portanto, o planejamento terapêutico inicial deve incluir a devolução para os pais e para a criança do que foi observado durante o período de avaliação. A psicoeducação, ou seja, sessões explicativas sobre o que é o transtorno, além do contato com a escola, para a devolução do diagnóstico e para a discussão de

intervenções terapêuticas possíveis no ambiente escolar, devem estar presentes ao longo do processo terapêutico (Kendall, 1994).

A terapia cognitivo comportamental, a terapia psicodinâmica, a terapia de família ou o tratamento farmacológico são opções de intervenção terapêutica para quadros clínicos de ansiedade na infância e adolescência (Bernstein et al, 1996). Existe ainda a possibilidade de combinação entre estas intervenções, como por exemplo, a associação entre a terapia cognitivo comportamental e a terapia farmacológica (Compton, Mcknight & March, 2004).

Ao longo dos anos, poucas pesquisas foram feitas com relação ao tratamento de ansiedade em crianças e adolescentes que não envolvessem a terapia cognitivo comportamental ou o tratamento farmacológico ou a combinação dos dois. Portanto, quase nada pode se afirmar sobre a eficácia terapêutica das outras abordagens citadas acima ou de qualquer outra espécie (Morris & March, 2004).

Nos últimos 15 anos, a terapia cognitivo comportamental tem desenvolvido e testado um número significativo de técnicas para os transtorno de ansiedade pediátricos, tendo obtido bons resultados (Kendall, 1994; Barret, Dadds & Rapee, 1996; Silverman, Kurtines, Ginsburg, Weems, Rabian et al, 1999). Três objetivos básicos estão invariavelmente presentes, na terapia cognitivo comportamental para o tratamento da ansiedade infantil. Em primeiro lugar, busca-se que a criança consiga reconhecer, sentir e conviver com os sintomas, em segundo, que ela aprenda a reduzir os níveis de ansiedade e, em terceiro, que ela aprenda a administrar as dificuldades e os desafios impostos pelo quadro clínico (Kendall, 1994).

Kendall (1994) comparou os resultados de pacientes submetidos a 16 semanas de TCC a um grupo controle na lista de espera. A amostra era composta por crianças com idades entre 9 e 13 anos, com diagnóstico de transtorno de ansiedade. O estudo mostrou que os sintomas de ansiedade e depressão referidos pelo grupo em tratamento em comparação com o controle estavam significativamente menos intensos. Muitas destas crianças, após um ano de *follow up* não apresentavam mais sintomas de ansiedade.

Walkup & colaboradores (2008) realizaram um estudo sobre transtorno de ansiedade com crianças e adolescentes, no qual compararam a eficácia da terapia cognitivo comportamental, do tratamento farmacológico com sertralina e da

combinação dos dois tratamentos. Os resultados evidenciaram que as três opções de tratamento são eficazes, no entanto, a maior resposta ao tratamento foi apresentada pelo grupo submetido à combinação terapêutica. A porcentagem de pacientes que apresentaram uma melhora significativa com o tratamento combinado foi de 80,7%, com a terapia cognitivo comportamental foi de 59,7% e com a sertralina foi de 54,9%. Todos apresentaram resposta terapêutica superior ao placebo (23,7%) (Walkup & cols, 2008).

A intervenção farmacológica em casos de transtorno de ansiedade infantil pode ser administrada com vários psicofármacos, a saber: anti-depressivos tricíclicos, benzodiazepínicos e inibidores de recaptação de serotonina. Podem ser usados ainda beta-bloqueadores, buspirona e inibidores da MAO (Allen et al, 1995). No entanto, pesquisas de revisão sobre o tema (Bernstein et al, 1996; Maia & Rohde, 2007) alertam para o número reduzido de estudos e a falta de consenso sobre qual medicamento seria o mais indicado em cada caso. Maia e Rohde (2007) encontraram que os resultados foram satisfatórios para os inibidores de recaptação da serotonina e pouco significativos ou desfavoráveis para benzodiazepínicos e imipramina. As outras classes de medicamentos não foram encontradas em estudos ou os resultados foram descartados em função da identificação de erros metodológicos nas pesquisas (Maia & Rohde, 2007). Novos estudos com maior rigor científico são necessários para que se obtenha de maneira mais precisa a implicação do uso destas medicações em crianças e adolescentes a curto, médio e longo prazo.

1.2.

Instrumentos psicométricos para avaliação de ansiedade infantil

Questionários, escalas, inventários são algumas das ferramentas desenvolvidas por psicólogos na tentativa de quantificar fenômenos psicológicos. São maneiras de tornar mensuráveis experiências subjetivas vividas por qualquer indivíduo. A possibilidade de mensuração deste aspecto da vida humana é ao mesmo tempo uma oportunidade de tornar o diagnóstico mais rápido e preciso e um grande desafio para os pesquisadores da área (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997). A grande dificuldade seria a criação de um instrumento capaz de medir de maneira objetiva um construto teórico, como é o caso da ansiedade, obedecendo aos rigores do método científico (Gorayeb, 1997).

Em 1935, foi publicado nos Estados Unidos, um dos primeiros estudos sobre ansiedade infantil. O método utilizado por Jersild e Holmes nesta pesquisa, foi um questionário respondido pelas mães sobre os medos de seus filhos com idades entre 2 e 6 anos (Silva & Figueiredo, 2005). No entanto, os estudos sobre ansiedade infantil só foram intensificados a partir da década de 40, na Europa, no pós-guerra. Por ocasião da Segunda Guerra Mundial, os trabalhos tinham como foco questões como medo, insegurança e problemas de comportamento em crianças que perderam ou se separaram de seus pais. Nesta época, as pesquisas eram realizadas utilizando métodos como a entrevista, a observação ou os testes projetivos (Spielberger, 1973). Até este momento ainda não havia a preocupação em desenvolver instrumentos de avaliação objetivos.

Este capítulo descreve a história do desenvolvimento dos instrumentos psicométricos para avaliação da ansiedade infantil, ressaltando os inventários ou escalas que mais se destacaram ao longo do tempo nas áreas básica e aplicada. Em seguida, é apresentado um panorama atual sobre os instrumentos existentes no Brasil que têm como objetivo medir ansiedade em crianças e adolescentes. Ao final do capítulo, são descritas as vantagens oferecidas aos usuários de escalas de uma maneira geral e quais os benefícios inerentes à escolha por um dos questionários ou escalas disponíveis para uso no Brasil. Também são apontadas as principais limitações destes instrumentos discutidas até o momento em pesquisas sobre mensuração de ansiedade infantil.

1.2.1

Breve histórico

A ansiedade foi o primeiro sintoma infantil a ser avaliado através de escalas. Portanto, os primeiros instrumentos psicométricos voltados para o público infantil, datam da década de 50 (Myers & Winters, 2002). Entre eles, destaca-se o *Sarason's General Anxiety Scale for Children*, a primeira escala para avaliar ansiedade no contexto escolar. Os pesquisadores de Yale, nos Estados Unidos, responsáveis pela criação do teste, partiram do pressuposto que a ansiedade era constituída por dois componentes: a emocionalidade (sentimentos e reações fisiológicas) e a preocupação (cognições negativas auto-orientadas) para escolherem os itens da escala. Outro importante instrumento da década de 50, é o *Children Manifest Anxiety Scale (CMAS)*, desenvolvido a partir do teste para adultos *Taylor Manifest Anxiety Scale* (Silva & Figueiredo, 2005).

Na década de 60, o mesmo grupo de pesquisadores, criador do *Sarason's General Anxiety Scale for Children*, desenvolveu um novo teste para avaliar ansiedade em crianças em situação de prova escolar. Este teste, que recebeu o nome de *Test Anxiety Scale for Children (TASC)*, foi o instrumento mais utilizado em pesquisas nos anos 60. A primeira versão do *Fear Survey Schedule for Children* também surgiu neste momento. O diferencial deste instrumento foi a criação de uma lista com diferentes categorias de medos infantis. No entanto, somente a sua versão revisada ganhou destaque no meio acadêmico (Silva & Figueiredo, 2005).

Até a década de 70, uma forte tendência de adaptação de instrumentos de adulto para as crianças e adolescentes pôde ser observada (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Connors, 1997). Destaca-se nesta linha, o trabalho de Spielberger (1973), que adaptou o inventário de auto-avaliação capaz de medir simultaneamente o “estado” e o “traço” ansioso para o público infantil, dando-lhe o nome de *State-Trait Inventory for Children (STAI-C)* (Myers & Winters, 2002). Nesta mesma época, o *CMAS* sofreu uma importante revisão cujo resultado culminou na nova versão do teste, ainda hoje conhecido como *Revised Child Manifest Anxiety Scale (RCMAS)* (Silva & Figueiredo, 2005).

A partir da década de 90 até os dias atuais, observou-se uma renovação no interesse por escalas para avaliação da ansiedade infantil. Este movimento teve

como motivação principal a constatação de que as escalas, desenvolvidas até então, eram em sua maioria adaptadas de instrumentos para adultos. O que significa dizer que essas escalas não levavam em conta características e peculiaridades intrínsecas às fases do desenvolvimento infantil (Myers & Winters, 2002). O ganho produzido por esta renovação foi o surgimento de um grande número de instrumentos de avaliação da ansiedade infantil desenvolvidos especialmente para o seu público alvo. Como consequência imediata, houve um significativo aumento no número de publicações que utilizam escalas de ansiedade infantil (Silva & Figueiredo, 2005).

Desde a criação do primeiro instrumento psicométrico para medir ansiedade infantil na década de 50 até hoje, foram desenvolvidos aproximadamente 118 testes (Silva & Figueiredo, 2005), que podem ser agrupados de diferentes maneiras. Uma maneira de organizá-los é através da identificação do objetivo principal do teste. De acordo com este método é possível encontrar quatro categorias de testes.

A primeira é formada por testes cujo foco é avaliar a reação ansiosa diante de situações específicas como, por exemplo, diante de provas escolares ou da morte. Na segunda categoria, as escalas medem um tipo específico de transtorno ansioso como os testes que avaliam sintomas de fobia social ou de transtorno de pânico. A terceira categoria encontrada é a dos questionários, escalas ou entrevistas que avaliam sintomas de ansiedade e possíveis comorbidades. E, finalmente, há uma quarta categoria, formada por testes desenvolvidos a partir da década de 90, que tem uma proposta diferenciada dos demais. A quarta categoria é composta por escalas que fazem a associação entre a percepção da ansiedade dentro do contexto do desenvolvimento infantil e os critérios diagnósticos descritos no DSM-IV para transtornos ansiosos.

Esta é uma maneira de entender e avaliar a ansiedade a partir da sua multidimensionalidade (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997). O objetivo é fazer a diferenciação entre a ansiedade patológica e o medo, que é parte normal do processo de desenvolvimento da criança (March & Albano, 1996). A *Multidimensional Anxiety Scale for children (MASC)* (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997), objeto de estudo desta dissertação, é uma das escalas que faz parte desta tendência observada a partir da década de 90 (Myers & Winters, 2002).

Um levantamento feito por Silva e Figueiredo (2005) sobre as escalas mais utilizadas em pesquisas ao longo dos anos encontrou que as escalas mais antigas ainda são as mais estudadas. Os autores constataram também que pesquisas que utilizam instrumentos desenvolvidos há menos tempo, obtiveram um crescimento considerável na passagem dos anos 90 para 2000. Nesse sentido, além do *STAI-C* e da *RCMAS*, que ainda são os instrumentos mais utilizados em pesquisas sobre escalas de ansiedade infantil, o *Child Behavior Checklist (CBCL)*, *Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*, *Piers-Harris Children's Self Concept Scale* e a *Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC)* estão entre os testes mais freqüentemente usados em pesquisas atualmente, como pode ser observado na tabela 1. Dentre os principais temas destas pesquisas estão: comorbidades comportamentais e mentais, contextos específicos (cultura, gênero, idade), propriedades psicométricas e contexto escolar (Silva & Figueiredo, 2005).

Tabela 1: Número de estudos referentes a escalas de ansiedade infantil por décadas

Escalas	Décadas					
	50	60	70	80	90	00-02
Sarason's General Anxiety Scale for Children	8	13	28	12	2	3
Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)	21	30	31	7	12	12
Test Anxiety Scale for Children (TASC)		33	56	29	14	56
Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)		1	0	10	17	60
Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)			6	48	117	158
State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAI- C)			19	57	72	124
Child Behavior Checklist (CBCL)			0	6	20	56
Piers-Harris Children's Self Concept Scale			3	12	13	30
Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC)			0	0	14	45
Conner's Teacher's Rating Scale (CTRS)			1	12	2	27

Fonte: Reunião Anual de Psicologia in Silva & Figueiredo, 2005, p.331.

Em uma outra avaliação, que não levava em conta a divisão por décadas, apenas considerava o número de estudos nos quais as escalas de ansiedade infantil foram utilizadas, Silva e Figueiredo (2005) enumeraram os instrumentos psicométricos mais citados. A *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* aparece na décima quarta colocação, confirmando a observação feita pelos autores de que o número de pesquisas utilizando estas escalas mais atuais vem crescendo. A tabela 2 apresenta os resultados obtidos através de bancos de dados eletrônicos (Silva & Figueiredo, 2005).

Tabela 2: Escalas de Ansiedade Infantil mais utilizadas em estudos científicos

Colocação	Escalas mais utilizadas
1º	Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)
2º	State- Trait Anxiety Inventory for Children (STAI- C)
3º	Test Anxiety Scale for Children (TASC)
4º	Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)
5º	Sarason's General Anxiety Scale for Children
6º	Child Behavior Checklist (CBCL)
7º	Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)
8º	Piers-Harris Children's Self Concept Scale
9º	Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC)
10º	Conner's Teacher's Rating Scale (CTRS)
11º	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)
12º	Corah's Dental Anxiety Scale (CDAS)
13º	Personality Inventory for Children (PIC)
14º	Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)
15º	Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADISC)
16º	Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale
17º	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)
18º	Children's Depression Inventory
19º	Templer's Death Anxiety Scale
20º	K- SADS PL
21º	Spence Children Anxiety Scale

Fonte: Reunião Anual de Psicologia in Silva & Figueredo, 2005, p.331.

1.2.2.

Escalas de ansiedade infantil no Brasil

Publicações indexadas em bases de dados eletrônicos, como Pubmed e Scielo, evidenciam a carência de escalas de ansiedade desenvolvidas no Brasil para o público infantil. No entanto, existem trabalhos científicos com o intuito de traduzir e adaptar para a cultura brasileira instrumentos desenvolvidos em outros países (Silva & Figueiredo, 2005, Duarte & Bordin, 2000 e Nunes, 2004). Um panorama atual das pesquisas sobre as escalas de ansiedade infantil no Brasil pode ser observado através da tabela 3 e da breve descrição subsequente da finalidade, formato e qualidades psicométricas dos instrumentos que estão sendo traduzidos e adaptados no Brasil.

Tabela 3: Panorama atual das escalas de ansiedade infantil no Brasil

Escalas Originais	Tradução	O que a escala avalia?	Faixa etária	Validação
Revised Children Manifest Anxiety Scale (RCMAS)	Escala de Ansiedade Infantil " O que eu penso e sinto" (OQPS)	Ansiedade	6 a 19 anos	Preliminar
State-Trait Anxiety Inventory for children (STAI-C)	Inventário de Ansiedade Traço Estado para criança (IDATE- C)	Ansiedade estado e traço	9 a 12 anos	Feita em 1983
Children's Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS-VC)	Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões versão para crianças (Y-BOCS-VC)	Sintomas obsessivos e compulsivos	8 a 17 anos	Preliminar
The Leyton Obsessional Inventory Child Version	Inventário de Obsessões de Leyton	Sintomas obsessivos e compulsivos	8 a 16 anos	Preliminar
Hamilton Anxiety Scale (HAS)	Escala de Ansiedade de Hamilton (HAS)	Ansiedade	12 a 18 anos	Preliminar
Social Phobia Anxiety Inventory for Children (SPAIC)	Inventário de Ansiedade e Fobia Social para crianças (ISPAI-C)	Ansiedade e fobia social	9 a 14 anos	Feita em 2005
Social Competence and Behavior Evaluation Scale (SCBE) teacher's version	Perfil Socioafetivo de crianças pré-escolares (PSA-30) versão para professores	Ansiedade/retraimento	2,5 a 6 anos	Feita em 2002
The Spence Children's Anxiety Scale Preschool Version (SCAS-P)	Escala de Ansiedade para Pré-escolares de Spence (EAPS)	Ansiedade	2,5 a 6 anos	Preliminar
Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)	Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (EMAC)	Ansiedade	8 a 19 anos	Preliminar
Child Behavior Checklist (CBCL)	Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (CBCL)	Problemas de saúde mental	4 a 18 anos	Preliminar
Parent and Children Interview for Psychiatric Syndromes (P-Chips)	P-Chips- versão brasileira (P-Chips- VB)	Transtornos mentais que acometem crianças e adolescentes	6 a 18 anos	Preliminar
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)	Entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria na infância, versão epidemiológica (K-SADS-E)	Transtornos mentais que acometem crianças e adolescentes	6 a 18 anos	Preliminar

Fonte: Duarte & Bordin, 2000; Myers & Winters, 2002; Nunes, 2004 e Silva & Figueredo, 2005.

A Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) consiste em uma escala para medir o nível e a natureza da ansiedade em crianças e adolescentes composta por 37 itens. Para os autores, Reynolds e Richmond (1978), a ansiedade pode ser definida como a associação entre reações fisiológicas, angústia, alta sensibilidade, medo e dificuldades de concentração. A versão brasileira da escala, Escala de Ansiedade Infantil "O que penso e sinto" foi traduzida e adaptada em Ribeirão Preto por Maria Ângela Gorayeb, com uma amostra de 374 escolares entre oito e treze anos e encontrou resultados compatíveis com os estudos originais (Gorayeb, 1997).

O *State-Trait Anxiety Inventory for children (STAI-C)* é composto por dois inventários independentes com vinte itens cada. O *STAI C* é uma adaptação do

STAI, instrumento desenvolvido, pelo mesmo autor, para adolescentes e adultos (Spilberger, 1973). Spilberger se baseou em dois conceitos distintos de ansiedade: traço e estado. O estado ansioso refere-se ao um estado emocional transitório caracterizado por sensações subjetivas como tensão e apreensão e pela percepção de alterações somáticas tais como taquicardia, sudorese e palidez, podendo haver variação na intensidade destas sensações ao longo do tempo. Já a ansiedade traço é algo mais estável, caracterizado por uma tendência a uma resposta ansiosa a estímulos percebidos como estressantes ou ameaçadores. O *IDATE-C*, versão traduzida para o português e adaptada para a realidade brasileira com uma amostra de estudantes bilíngües do Ensino Fundamental no Rio de Janeiro encontrou bons resultados, porém em uma amostra pequena.

Apesar de serem os instrumentos mais antigos para medir ansiedade em crianças e ainda hoje, se manterem entre os instrumentos mais utilizados em pesquisas, o *STAI-C* e o *RCMAS* vêm recebendo críticas por não terem feito novas revisões de seus itens ou atualizações periódicas de suas normas (Myers & Winters, 2002). A principal crítica é a ausência de consideração pelas características específicas do desenvolvimento infantil (Silva e Figueiredo, 2005).

A *Children's Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (C-Y-BOCS)* e *The Leyton Obsessional Inventory Child Version (LOI-CV)* são dois inventários derivados de instrumentos desenvolvidos para adultos e adaptados para a população infantil (Asbahr, 1999). O formato da escala Yale-Brown de obsessões e compulsões para crianças é muito semelhante ao da versão para adultos, porém pequenas modificações na linguagem foram feitas para que o vocabulário se tornasse apropriado para crianças. A escala consiste numa lista de sintomas obsessivos e compulsivos, com mais de 50 exemplos, que é apresentada para que a criança identifique aqueles que fazem parte da sua rotina (Goodman *et al.*, 1986).

Scahill e colaboradores (1997), em um estudo sobre as qualidades psicométricas do *C-Y-BOCS*, encontrou que tanto as sub-escalas quanto os escores totais são válidos e confiáveis, apresentando alta consistência interna. A *C-Y-BOCS* tem sido muito utilizada no meio científico por oferecer abrangência de sintomas e exatidão na avaliação da gravidade destes, além de possibilitar a documentação das mudanças ocorridas ao longo do tratamento terapêutico (Asbahr, 1999). Uma desvantagem apresentada pela escala é o tempo de aplicação

(Asbahr, 1999). Uma versão para a língua portuguesa está disponível, porém apenas foram encontrados dados preliminares de validação para a população brasileira (Asbahr, 1999).

A versão para crianças do inventário de obsessões de Leyton (IOL-VC) contém 44 itens. Esse instrumento mede o número de sintomas obsessivo-compulsivos com respostas do tipo "sim/não", assim como o grau de resistência aos sintomas e o grau de interferência destes em relação às atividades diárias, por meio de respostas ponderadas. Os itens da escala são impressos em cartões e apresentados um de cada vez para que a criança o deposite numa caixa com duas aberturas de acordo com a presença ou ausência daquele sintoma. As perguntas referem-se a pensamentos persistentes, verificação, medo de sujeira e/ou objetos perigosos, atividades escolares, limpeza e ordenação, repetição e indecisão, acumulação de objetos, avareza e jogos mágicos. Para cada questão respondida positivamente o paciente é interrogado sobre quanto resiste ao determinado sintoma contido na pergunta e o quanto este interfere em suas atividades diárias. As respostas positivas são, então, estimadas em escala de 5 pontos para resistência e em escala de 4 pontos para interferência (Asbahr, 1999).

O IOL-VC diferenciou significativamente pacientes obsessivos de sujeitos normais, assim como, foi capaz de diferenciar pacientes obsessivos dos demais pacientes psiquiátricos. A confiabilidade teste/reteste mostrou-se boa (Asbahr, 1999). O instrumento é amplamente utilizado como principal medida de avaliação de sintomas específicos de TOC em vários estudos fenomenológicos e de prevalência em populações pediátricas (Asbahr, 1999). Como desvantagens, apresenta a especificidade de determinadas questões e a falta da avaliação de modelos obsessivo-compulsivos mais amplos, o que pode ser compensado através da associação com outras escalas como a *C-Y-BOCS* (Asbahr, 1999). Stewart e colaboradores (2005) realizou uma pesquisa, que teve como objetivo a comparação da capacidade de predição de transtorno obsessivo compulsivo através do uso dessas duas escalas. O estudo revelou que a *C-Y-BOCS* tem uma capacidade superior de identificar quadros clínicos quando comparada com a *LOI-CV* (Stewart, Ceranoglu, O'Hanley & Geller, 2005).

No Brasil, foram encontrados registros de pesquisas que utilizaram a tradução do *LOI-CV*, desenvolvida em São Paulo por Fernando Asbahr e colaboradores em 1993 para pesquisar aspectos epidemiológicos associados ao TOC em crianças e adolescentes

(Asbahr e Negrão, 1993; Abbas *et al.*, 1996; Asbahr *et al.*, 1997). No entanto, não foram identificados estudos que avaliassem as qualidades psicométricas da versão adaptada para o português do inventário de obsessões de Leyton para crianças.

A *Hamilton Anxiety Scale (HAS)* foi desenvolvida inicialmente para a avaliação de ansiedade em adultos e seu uso foi estendido para adolescentes. A escala é composta por 14 itens, que podem ser respondidos através de uma gradação que varia de 0 a 4. A amostra de adolescentes para validação da escala para esta faixa etária, nos Estados Unidos, foi composta por 257 sujeitos com idades entre 12 e 18 anos. A amostra era composta por dois grupos, o primeiro formado por 123 adolescentes em atendimento psiquiátrico e o segundo por 134 adolescentes saudáveis (Clark *et al.*, 1994). Os resultados encontrados através de análise estatística foram significativos. A tradução e a adaptação da escala para realidade brasileira tiveram início na década de 80, com pesquisadores do Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ito & Ramos, 1999), no entanto, não foram encontrados estudos que avaliassem as qualidades psicométricas em amostras de adolescentes brasileiros.

O *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC)* foi desenvolvido por Biedel e colaboradores nos Estados Unidos em 1995, especialmente para avaliação de fobia social em crianças de acordo com os critérios da DSM-IV (Biedel, Turner & Morris, 1995). O instrumento é composto por 26 itens que podem ser classificados numa escala de 3 pontos, indicando a frequência com que determinadas situações provocam um comportamento ansioso por parte do examinando. O teste, que vem sendo usado tanto no meio científico quanto na área clínica, avalia situações potencialmente ansiogênicas, como por exemplo, ler em volta ou comer em público; sintomas somáticos e cognitivos; além de comportamentos evitativos (Gauer, Picon, Vasconcelos, Turner & Beidel, 2005).

O processo de validação para a população infantil brasileira teve início em 2005, no sul do país. Gauer e colaboradores iniciaram o trabalho com a tradução do instrumento com o auxílio de psiquiatras especialistas em saúde mental da infância e adolescência bilíngües. A versão final da escala foi aplicada a uma amostra de 1871 crianças e adolescentes com idades entre 9 e 14 anos estudantes de 2 escolas privadas e 11 públicas de Porto Alegre. Através de uma análise

estatística, os resultados mostraram que a versão brasileira do *SPAI-C* é uma medida confiável e válida para a avaliação da fobia social em crianças e adolescentes. O inventário de ansiedade e fobia social para crianças (ISPAI-C) apresentou consistência interna, confiabilidade e validade compatíveis com outros estudos norte-americanos realizados sobre a escala (Gauer, Picon, Vasconcelos, Turner & Biedel, 2005).

Social Competence and Behavior Evaluation (SCBE) Preschool Edition é uma escala com 80 itens que tem por objetivo avaliar: a competência social; a regulação e a expressão das emoções e a resiliência em crianças, com idades entre 2,5 anos e 6 anos. O questionário, que deve ser respondido por professores, foi originalmente desenvolvido em francês, por Peter J. LaFreniere e Jean E. Dumas, no Canadá. Posteriormente, foi sendo traduzido e adaptado para outras línguas, incluindo o português.

O nome dado à versão brasileira do instrumento foi Perfil Socioafetivo de crianças pré-escolares (PSA-30). O estudo de validação para a realidade brasileira foi resultado de uma parceria entre a *University of Sherbrooke*, no Canadá e a Universidade de Brasília, no Brasil. O objetivo da pesquisa era examinar a descrição de professores sobre as habilidades sociais e as dificuldades encontradas por 301 crianças em idade pré-escolar através da escala. As qualidades psicométricas encontradas foram satisfatórias e similares às originais em termos de estabilidade, consistência interna e estrutura fatorial (Bigras & Dessen, 2002).

A *Spence Children's Anxiety Scale for Preschoolers (SCAS-P)* é uma medida elaborada para avaliar sintomas e transtornos de ansiedade em crianças pré-escolares com idades entre 2,5 anos e 6,5 anos. A versão original em inglês foi publicada em 2002, na Austrália, por Susan Spence, Ronald Rapee e colaboradores. Os 30 itens da escala avaliam sintomas relacionados a ansiedade de separação, fobia social, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade generalizada e medo de ameaça física (Silva e Figueiredo, 2005) com base nos critérios do DSM-IV. Os itens são apresentados numa escala likert de 5 pontos, na qual os pais devem marcar as respostas que melhor descrevem o comportamento de seus filhos.

Os pesquisadores testaram o instrumento com pais moradores de duas grandes cidades da Austrália. Os resultados evidenciaram satisfatória validade de construto, sendo confirmada através da análise fatorial exploratória a divisão em 5

fatores para melhor explicar ansiedade nesta faixa etária. A versão brasileira teve como amostra 420 pais de crianças entre 2,5 e 6 anos de idade, de Pelotas, no Rio Grande do Sul. A análise fatorial exploratória evidenciou a presença de 4 fatores (Ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, medo de ameaça física e fobia social). O quinto fator encontrado na versão original, que seria a ansiedade de separação, não se diferenciou da dimensão ansiedade generalizada. Os resultados iniciais de validação do *SCAS-P* para a população brasileira obtiveram características psicométricas aceitáveis, porém novos estudos são necessários para tornar a escala mais robusta (Silva e Figueiredo, 2005).

A *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* é uma escala de auto-aplicação, desenvolvida por John March e colaboradores, nos Estados Unidos, em 1997. A *MASC* tem como finalidade a avaliação de uma variedade de dimensões da ansiedade em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 19 anos através de 39 questões, num formato 4-likert. Os resultados encontrados em onze anos de estudos ao redor do mundo sobre a escala mostram que se trata de uma escala promissora. No próximo capítulo, estes dados são apresentados de forma detalhada.

O *Child Behavior Checklist (CBCL)* é um questionário desenvolvido por Thomas M. Achenbach, nos Estados Unidos, em 1991, que avalia a competência social e os problemas de comportamento em indivíduos de 4 a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais (Bodin, Mari & Caeiro, 1995). A construção do inventário foi totalmente empírica, baseada na análise fatorial de uma lista de queixas mais frequentemente descritas na área de saúde mental e que foram extraídas de prontuários médicos (Bodin, Mari & Caeiro, 1995). O *CBCL* inclui 118 itens que descrevem problemas de comportamento. A cada item, é pedido que os pais respondam em uma escala de 3 pontos se: “não é verdade”, “em parte ou algumas vezes é verdade” ou “é totalmente verdade ou frequentemente é verdade” sobre a maneira da criança se comportar atualmente e nos últimos seis meses. Os itens são divididos em subescalas, dentre elas há uma voltada para sintomas internalizantes que inclui a sintomatologia ansiosa. O *CBCL* tem sido amplamente utilizado para a identificação de problemas de comportamento de crianças e adolescentes e tem demonstrado propriedades psicométricas adequadas (Spence, 1998).

A pesquisa para validação da versão brasileira utilizou a avaliação psiquiátrica como padrão para determinar a validade do instrumento. Um total de 49 crianças de ambos os sexos, com idade entre 4 e 12 anos fizeram parte da amostra. O *CBCL* foi aplicado aos pais por uma pessoa leiga, previamente treinada na administração do questionário. A comparação dos resultados do *CBCL* foi feita com a avaliação clínica de um psiquiatra infantil que entrevistou somente a criança. A versão brasileira do *CBCL* alcançou boa sensibilidade (87%), identificando corretamente 75% dos casos leves, 95% dos moderados e 100% dos casos graves (Bodin, Mari & Caeiro, 1995).

A *P-Chips- Parent and Children Interview for Psychiatric Syndromes* é uma entrevista estruturada desenvolvida para ser aplicada em conjunto em crianças e adolescentes com idades entre 6 e 18 anos e em seus pais. A entrevista se baseia nos critérios do DSM-IV e os resultados são apresentados de maneira concisa e de fácil interpretação. A *P-Chips* avalia vinte transtornos do Eixo I, além de estressores psicossociais. As perguntas são diretas e possuem uma linguagem simples para facilitar a compreensão e a cooperação dos entrevistados. Os pais respondem às perguntas sobre sintomas externalizantes ao passo que a própria criança ou adolescente responde as perguntas sobre sintomas internalizantes. A tradução, adaptação e validação preliminar do instrumento foi feita no Rio de Janeiro (Souza et al., 2004).

O *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)* trata-se de uma entrevista semi-estruturada dirigida aos pais e à criança. Ao contrário do *Child Behavior Checklist*, que pode ser aplicado por um leigo com treinamento adequado, o *K-SADS* precisa ser aplicado por um especialista em saúde mental da infância e adolescência, uma vez que os resultados dependem em parte do julgamento clínico (Bodin, Mari & Caeiro, 1995).

A *K-SADS-P*, primeira versão da entrevista criada para crianças, é um instrumento adaptado da versão para adultos *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*, publicado em 1978 por Endicott e Spitzer nos Estados Unidos (Ambrosini, 2000). O objetivo da *K-SADS-P* é a identificação da presença de sintomas psiquiátricos nos últimos doze meses (Chambers, Puig-Antich, Hirsch et al., 1985). Outras duas versões do *K-SADS* foram desenvolvidas, cada uma delas enfatiza um diferente aspecto da psicopatologia apresentada pelo examinando. A

K-SADS-P/L permite a avaliação da patologia tanto no presente quanto no passado, sem haver restrição de tempo. Já a *K-SADS-E* (epidemiológica) possibilita que o entrevistador obtenha informações sobre o diagnóstico atual e passado, além de oferecer a classificação dos sintomas atuais em uma escala de gravidade. Os itens apresentados nas três versões da entrevistas são perguntas que representam os critérios diagnósticos descritos no DSM para diferentes transtornos que acometem a infância e adolescência, tais como: os transtornos de humor, de ansiedade, de comportamento, de alimentação, os transtornos psicóticos e o abuso de substâncias. Algumas atualizações das entrevistas foram feitas ao longo do tempo para que os itens se mantivessem compatíveis com os critérios diagnósticos modificados nas revisões feitas na própria DSM.

No Brasil, apenas a versão epidemiológica, *K-SADS-E*, foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro. Este trabalho de validação, ainda não concluído, encontra-se em sua quarta versão e está sendo feito por Mercadante e colaboradores em São Paulo (Mercadante, Asbahr & Rosário-Campos, 1995). Portanto, novos estudos sobre a entrevista continuam sendo necessários, pois ainda não existem dados normativos estabelecidos (Silva & Figueiredo, 2005).

Algumas considerações sobre o domínio das escalas que estão sendo validadas para o contexto brasileiro podem ser feitas. Muito embora, a maioria dos instrumentos tenha como finalidade a identificação de sintomas ansiosos de uma maneira geral, alguns instrumentos apresentam finalidades diferentes. Enquanto o *K-SADS-E* e o *CBCL* têm objetivos mais abrangentes, visando à identificação de sintomas de diferentes transtornos mentais dentre eles os transtornos de ansiedade, o *Y-BOCS* e o *Leyton* buscam determinar sintomas unicamente dentro do espectro do transtorno obsessivo-compulsivo. Já o *ISPAI-C* e o *PSA-30* avaliam a presença de sintomas relacionados à fobia social juntamente com outros sintomas ansiosos.

Além disso, a análise da distribuição etária contemplada pelos referidos instrumentos aponta para uma proveitosa abrangência, contendo escalas que avaliam ansiedade em crianças de 2,5 anos até adolescentes de 19 anos. Este dado tem como relevância a constatação de que através destes testes, poderia-se fazer no Brasil a avaliação de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes desde a pré-escola até o ingresso na universidade. O uso destas escalas poderia ajudar na identificação precoce de quadros ansiosos e assim auxiliar no rápido

encaminhamento para os tratamentos adequados. No entanto, atualmente nenhum questionário ou escala encontra-se disponível para o uso de psicólogos da área aplicada.

Como pode ser observado na tabela 3, somente o IDATE-C e o PSA-30, versão para professores tiveram seus processos de validação concluídos. As outras escalas tiveram a sua validação iniciada como resultado de trabalhos científicos utilizados para obtenção dos graus de mestre ou doutor em programas de pós-graduação em diferentes regiões do país, porém não foi dada continuidade a estas pesquisas. Em função desta descontinuidade, não foram obtidos dados suficientes para a normatização destas escalas para a população brasileira, existindo apenas dados preliminares de validação. Assim sendo, a maioria das escalas não foi submetida à avaliação do Conselho Federal de Psicologia para sua conseqüente comercialização. O IDATE-C, único inventário que foi avaliado pelo conselho, recebeu recentemente um parecer desfavorável por estar com normas desatualizadas (Silva & Figueiredo, 2005).

Escalas como a RCMAS, a Y-BOCS-VC e a própria *MASC*, estão com seu uso restrito a pesquisas específicas em contexto acadêmico. A situação atual representa por um lado, um avanço, uma vez que hoje pode ser observado um número crescente de instrumentos sendo traduzidos e adaptados para a realidade brasileira. Por outro lado, seria importante haver uma maior comunicação entre os centros acadêmicos para que esforços fossem somados com o intuito de melhorar as qualidades psicométricas destes instrumentos. Este seria um meio para a obtenção de avanços no entendimento da ansiedade infantil no contexto brasileiro.

1.2.3.

Uma visão crítica sobre o uso de escalas

Para a realização de pesquisas científicas sobre ansiedade infantil, o método mais eficiente é a utilização de questionários ou escalas auto-administráveis para serem respondidos pela própria criança, pelos pais ou professores. Isto porque a identificação de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes por meio de instrumentos de medida oferece como vantagem a possibilidade de uma investigação em larga escala (Silva e Figueiredo, 2005) a um baixo custo. Questionários de auto-aplicação são de fácil manuseio, exigem

pouco tempo do pesquisador e podem obter respostas de experiências internas da criança que não são observáveis pelo examinador (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Escalas para avaliação de ansiedade infantil também podem ser de grande utilidade na área clínica para elucidação de sintomas ansiosos que podem fazer parte de diferentes transtornos de ansiedade desde a mais tenra idade. Estes instrumentos auxiliam na execução de um planejamento terapêutico mais adequado e no acompanhamento dos resultados obtidos ao longo do tratamento (Myers & Winters, 2002).

Alguns cuidados devem ser tomados para que a utilização de instrumentos psicométricos possa ser realmente proveitosa. Todas as escalas têm potencialidades e fraquezas. O usuário deve estar atento para o que deseja obter de acréscimo à sua percepção através de escalas. A escolha deve ser feita a partir do cruzamento de informações cruciais para o bom uso desta ferramenta. Dentre as verificações importantes a serem cumpridas estão a identificação dos objetivos das escalas cogitadas, a análise das características das amostras utilizadas para a validação dos testes e a avaliação das qualidades psicométricas dos instrumentos disponíveis (Nunes, 2004). A recomendação feita por especialistas é a utilização de mais de um instrumento para que se obtenha dados mais confiáveis (Myers & Winters, 2002).

Em ambientes de pesquisa, a avaliação da ansiedade sofre tanto em função de uma possível inconstância e instabilidade do examinando quanto do examinador. Uma maneira de minimizar erros resultantes desta instabilidade é a associação de instrumentos robustos e sensíveis com treinamento adequado dos examinadores (Nunes, 2004). Por um lado, as escalas podem ser muito úteis como uma tentativa de oferecer a uniformização do método de avaliação, possibilitando que a amostra seja submetida ao mesmo processo avaliativo. Por outro lado, a grande dificuldade com relação ao uso de escalas é a busca pela mensuração de um fenômeno subjetivo.

A construção de escalas para a mensuração de fenômenos psicológicos é baseada em teorias. Este conjunto de princípios fundamenta a escolha dos itens e podem ocasionar erros na medida que os itens escolhidos para fazerem parte da escala não forem representativos daquilo que se deseja avaliar. A aplicação de

técnicas para validação do instrumento são necessárias durante o processo de criação de um teste para tornar os erros os menores possíveis. Além disso, para evitar que um teste se torne obsoleto, revisões e atualizações são constantemente necessárias (Silva & Figueiredo, 2005). Isto deve-se ao fato de que ao longo do tempo, algumas mudanças podem ser percebidas nos valores, costumes e comportamentos de uma sociedade. Em razão destas modificações, testes psicológicos podem precisar de alterações, uma vez que a própria teoria que embasa a construção daquele instrumento pode ser modificada.

A manutenção da preocupação permanente de profissionais das áreas de pesquisa é o que pode garantir instrumentos válidos e fidedignos. No entanto, há uma carência de tempo e investimentos financeiros suficientes para assegurar a excelência de instrumentos de medida para avaliar construtos como a ansiedade infantil em qualquer lugar do mundo. Os Estados Unidos se destacam como o país que mais investe em pesquisas que visam tanto o desenvolvimento de novas ferramentas como a verificação das propriedades psicométricas dos testes já existentes. Aproximadamente 73% das publicações sobre escalas de ansiedade infantil são de origem norte-americana (Silva & Figueiredo, 2005). O Brasil ainda apresenta uma enorme carência de instrumentos psicométricos para a população infantil (Duarte & Bordin, 2000) e isso também é notório em termos de avaliação da ansiedade para esta faixa etária (Silva & Figueiredo, 2005).

Neste sentido, algumas falhas podem ser salientadas a respeito dos instrumentos desenvolvidos até então e disponíveis para uso no Brasil na área de pesquisa. Instrumentos como o OQPS, o IDATE-C e o Y-BOCS-VC são extensões de testes desenvolvidos para adultos, portanto, não consideram aspectos intrínsecos às diferentes fases do desenvolvimento infantil (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997). O SCARED, que é um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar a presença de sintomas de ansiedade em crianças e apresenta propriedades psicométricas favoráveis, foi validado apenas com população clínica, não havendo normas para população geral em seu país de origem. No Brasil, não foi possível identificar trabalhos científicos para sua validação. Há apenas o registro de sua tradução (Nunes, 2004). Instrumentos como o K-SADS-E e o CBCL que avaliam sintomas presentes em diferentes quadros clínicos, não se atendo exclusivamente à sintomatologia ansiosa

apresentam como desvantagem a falta de especificidade de sintomas descritos de acordo com os critérios diagnósticos da DSM-IV (Duarte & Bordin, 2000).

Por outro lado, escalas como a *MASC* e a *SCAS* têm sido cada vez mais utilizadas em pesquisas científicas, sendo adaptadas para diferentes países. As duas escalas vêm apresentando bons resultados e têm se mostrado instrumentos sensíveis para a identificação de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes (Silva e Figueiredo, 2005). Este estudo optou por avançar no desenvolvimento da adaptação cultural da escala *MASC* para realidade brasileira. O trabalho iniciado pela psicóloga Michele Nunes em 2004, através da tradução e validação preliminar da escala para uma população de escolares em São Paulo, recebe continuidade no Rio de Janeiro. O próximo capítulo fundamenta a escolha da *MASC* como foco deste estudo. A partir da perspectiva do principal autor John March, a criação da escala é justificada e os principais resultados encontrados em 11 anos de pesquisa sobre a escala ao redor do mundo são apresentados.

1.3

A escolha da MASC-VB: Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças

A *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* é uma escala de auto-avaliação que foi desenvolvida por John March e colaboradores, na Duke University, nos Estados Unidos, em 1997. A *MASC* tem como finalidade a avaliação das diferentes dimensões da ansiedade em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 19 anos. Este instrumento é constituído por 39 questões, a serem pontuadas numa escala 4-point likert de acordo com a experiência vivida em cada situação. O examinando deve escolher uma resposta que varia de 0 a 3, indicando a cada item, se aquilo nunca é verdade sobre ele (0), raramente é verdade (1), às vezes é verdade (2) ou frequentemente é verdade (3) (March, 1997).

O instrumento foi desenvolvido para ser respondido pela própria pessoa, podendo ser administrado individualmente ou em grupo. O teste foi escrito numa linguagem compreensiva para crianças a partir do segundo ano do ensino fundamental. No entanto, a recomendação do autor no manual é que a aplicação seja feita de maneira individual com um examinador presente para que qualquer dúvida sobre os itens possa ser esclarecida e dificuldades de leitura não interfiram no resultado. O tempo médio de aplicação é de aproximadamente 10 a 15 minutos (March, 1997).

O autor apresentou, na época, várias justificativas para o desenvolvimento de um novo instrumento para avaliação de ansiedade em crianças e adolescentes (March & Albano, 1996). Em primeiro lugar, ele apontou o sofrimento causado por sintomas de ansiedade, que permanecendo sem tratamento, acompanham o desenvolvimento da criança (Last et al., 1987). Como uma segunda justificativa, ele salientou a diferença entre os ambientes freqüentados por crianças e adultos em seus cotidianos, o que ocasiona uma diferenciação na apresentação da ansiedade. O estabelecimento de normas para identificação da ansiedade patológica em termos de sexo, raça e idade foi uma terceira razão apontada pelo autor (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997). Finalmente, March argumentou que um importante passo para a evolução científica dos estudos sobre ansiedade infantil era a criação de um instrumento capaz de fazer a discriminação entre o medo, mecanismo de defesa adaptativo da infância, e a ansiedade, com relevância clínica (March & Albano, 1996).

A escolha por uma escala de auto-avaliação foi uma forma de permitir que a própria criança ou adolescente revelassem suas experiências internas e se mostrou uma boa solução tanto para o ambiente de pesquisa quanto para o clínico (March & Albano, 1996). De uma maneira geral, escalas auto-administráveis têm um formato likert com diferentes gradações de frequência ou intensidade para que o examinando escolha a resposta que melhor descreve a sua vivência. Na escala MASC, optou-se pela gradação da frequência, variando entre: nunca, raramente, às vezes e frequentemente a afirmativa é verdadeira sobre o examinando (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

O objetivo estabelecido *a priori* foi a identificação de um vasto domínio de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes do ensino fundamental ao médio, sem haver restrições às definições encontradas na DSM IV. O autor e seus colaboradores partiram de uma única premissa teórica: a ansiedade poderia ser estabelecida como a associação de quatro grupos de sintomas, a saber: sintomas somáticos, emocionais, cognitivos e comportamentais (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

A primeira etapa de elaboração da MASC baseou-se na revisão das escalas já existentes que avaliavam sintomas gerais ou específicos de ansiedade. Cada item das escalas encontradas foi classificado como pertencente a uma das quatro categorias de sintomas acima referidas. Em seguida, os itens que avaliavam uma mesma queixa foram eliminados, sendo mantido apenas aquele que fosse de mais fácil entendimento para a faixa etária pré-determinada. Um primeiro procedimento estatístico foi feito com a intenção de avaliar a validade dos itens (Q-sort) (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

O início da segunda etapa envolveu a consulta de clínicos especialistas em ansiedade infantil e, posteriormente a opinião de não especialistas para avaliar os 60 itens resultantes da primeira etapa. Os especialistas e leigos fizeram a distribuição dos itens nos 4 domínios, identificando 15 para cada grupo de sintomas com a inclusão de comentários a respeito das dificuldades encontradas para esta classificação. Com base nestas respostas, uma escala com 41 itens, aproximadamente 10 para cada grupo foi submetida a um estudo piloto (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

A amostra inicial era composta por 1066 crianças e adolescentes em idade escolar. Os resultados obtidos neste primeiro estudo só confirmaram em parte a

hipótese inicial, pois uma solução de cinco fatores foi encontrada. Os fatores encontrados foram: sintomas somáticos/autonômicos (14 itens), medos e preocupações (7 itens), fobia social (10 itens), evitar o perigo/aproximação (6 itens) e ansiedade de separação (4 itens). A distribuição desigual dos fatores mostrou que a consistência interna do instrumento estava fraca e que o instrumento ainda precisava de novos estudos para melhorar a precisão do modelo (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Com base nos resultados do estudo piloto, novos itens foram adicionados a cada um dos cinco fatores encontrados de maneira a aproximar para 20 a quantidade de itens para cada fator, chegando a total de 104 itens. Um novo questionário com as mesmas características do primeiro, 4-likert, porém com 39 itens, selecionados a partir dos 104, foi aplicado a um grupo de 374 crianças e adolescentes, incluindo 178 meninos (com média de idade = 13,17 e dp: 2,23) e 188 meninas (com média de idade = 13,17 e dp: 2,35) e 12 sujeitos, que ficaram sem identificação de gênero (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

As análises estatísticas sobre as qualidades psicométricas deste estudo foram obtidos através de análise fatorial exploratória, análises correlacionais, com correção Bonferroni para experimento bicaudal, com valor de $\alpha = 0.5$ e testes *t*. Análises fatoriais confirmatórias também foram conduzidas para testar a solução em quatro fatores extraída da análise exploratória, para idade e sexo (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Os estudos de análise fatorial confirmaram uma divisão robusta do questionário em 4 fatores, sendo estes os temas mais frequentes nos transtornos ansiosos infanto-juvenis. Três fatores podem ser divididos em subfatores e estão organizados da seguinte maneira: 1) Sintomas físicos: tensão/inquietude e somáticos/autonômicos; 2) Evitar o perigo: perfeccionismo e lidar com ansiedade; 3) Ansiedade social: humilhação/rejeição e performance em público. O quarto fator não é divisível e foi denominado de Ansiedade de separação/pânico (March, J. S. & cols, 1997; Baldwin & Dadds, 2007). A estrutura fatorial da *MASC* não apresentou variação significativa entre sexo e idade e demonstrou ter boa consistência interna para todos os fatores e subfatores (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Ainda como parte do processo de validação da escala, um novo estudo foi conduzido pelo autor para avaliar o desempenho da *MASC* em população clínica. O foco deste estudo foi avaliar confiabilidade teste-reteste, validade convergente e divergente e consistência interna. Os sujeitos foram selecionados randomicamente de bases de dados de dois serviços de atendimento a crianças: 40 crianças atendidas no *Pediatric Anxiety Disorder Program* e outras 40 em atendimento no *Pediatric Attention Déficit Disorder Program* da *Duke University*, receberam cartas com os questionários e o termo de consentimento da pesquisa. Um pouco menos da metade não aceitou participar da pesquisa desde o primeiro contato, o restante, cometeu algum erro no preenchimento da escala e os dados obtidos nestes casos, foram excluídos da análise. A amostra final foi composta por 24 crianças e adolescentes, com idades entre 8 e 16 anos, incluindo 6 meninas (com média de idade de 11,8) e 18 meninos (com média de idade de 11,6) e por seus pais. Um total de 13 sujeitos tinha transtorno de ansiedade e 11 eram portadores de TDAH (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Foram aplicados: a *MASC*, a *RCMAS*, o *CDI* e, um questionário para ser respondido pelos pais, que avalia a presença de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade, denominado *Abbreviated Symptom Questionnaire (ASQ)*. As análises estatísticas sobre as qualidades psicométricas deste estudo foram obtidos através da determinação do coeficiente de correlação interna para examinar o teste-reteste, correlação de Pearson para avaliar correlação entre as respostas das crianças e de seus pais ao *MASC* e para avaliar validade convergente e divergente com os outros instrumentos, e finalmente, foram feitas análises correlacionais, com correção Bonferroni para experimento bicaudal, com valor de $\alpha = 0.5$ (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Os resultados indicaram excelente confiabilidade teste-reteste em intervalos de 3 semanas (.785) e 3 meses (.933), quando calculado a partir da média dos coeficientes de correlação. A concordância entre pais (pais e mães) e filhos no *MASC*, não foi boa (.154). Quando comparados isoladamente (pai/filho e mãe/filho) apenas a concordância entre as respostas apresentadas pelas mães apresentou um resultado minimamente significativo (.394). Uma boa correlação foi encontrada entre o *MASC* e o *RCMAS* (.633) e conforme esperado, não houve correlação significativa com o *CDI* e o *ASQ* (March, James, Parker, Sullivan, Stallings & Conners, 1997).

Os estudos iniciais da *MASC* demonstraram que a escala ofereceu uma descrição válida e fidedigna da estrutura da ansiedade em crianças e adolescentes. Uma análise sobre os fatores encontrados evidenciou a presença de dois fatores que representam os principais critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade de separação e TAS respectivamente. Além disso, os critérios para TAG puderam ser encontrados nos quatro fatores (March, 1997).

March & cols (1999) encontraram boa validade discriminante na *MASC*, sendo o instrumento capaz de distinguir infanto-juvenis ansiosos de portadores do TDAH. A sensibilidade do instrumento encontrada foi de 71%, e a especificidade de 33% (March & cols, 1999). Em um outro estudo, com amostra clínica, a validade discriminante da escala foi novamente avaliada. A amostra era composta por 193 crianças e adolescentes com diagnósticos de transtorno depressivo ou ansioso (Rynn et al., 2006). Mais uma vez, a *MASC* foi capaz de distinguir entre os dois grupos (Rynn et al., 2006). A validade discriminante da *MASC*, para diferentes grupos clínicos, tem se mostrado superior a da *RCMAS* (Dierker et al., 2001).

Grills-Taquechel, Ollendick & Fisak (2008) reexaminaram a estrutura fatorial da *MASC*, assim como a validade discriminante em uma amostra de 262 pacientes, crianças e adolescentes. A consistência interna, média de escores e estrutura fatorial se mostraram compatíveis às apresentadas em estudos prévios. O escore total da escala *MASC* foi capaz de diferenciar significativamente aqueles pacientes com transtornos de ansiedade daqueles que apresentavam outros quadros clínicos. As subescalas - ansiedade social e evitar o perigo- foram capaz de identificar casos de TAS e TAG, respectivamente. No entanto, o estudo mostrou que o *MASC* aumenta o seu poder para identificar transtornos ansiosos em crianças e adolescentes quando utilizado em conjunto com outros instrumentos de medida.

As propriedades psicométricas e a estrutura fatorial da *MASC* voltaram a ser testadas em 2009 nos EUA, com uma amostra de 118 adolescentes afro-descendentes, incluindo 58 meninas e 60 meninos, com idades variando entre 14 e 19 anos (média de idade: 15, 79). Os escores, total e das subescalas, decorrentes da análise fatorial inicial foram comparáveis com estudos anteriores, porém a consistência interna, apesar de ainda significativa, foi menor. A solução em três fatores, a saber: ansiedade social, sintomas físicos e evitar o perigo, se apresentou

mais consistente. Como esperado, foram encontradas correlações positivas entre a *MASC* e outras medidas de ansiedade e a não correlação com medidas de hiperatividade (Kingery, Ginsburg & Burstein, 2009).

Uma versão menor do teste (*MASC-10*) também foi concebida com a intenção de facilitar a avaliação periódica ou final dos resultados obtidos mediante intervenções terapêuticas. Esta avaliação que também é respondida pela criança e é constituída por 10 itens e leva em média 5 minutos para ser aplicada. No entanto, poucos estudos foram desenvolvidos no sentido de avaliar as qualidades psicométricas da versão reduzida.

Através de busca em bases de dados eletrônicos, foi possível encontrar trabalhos de validação e avaliação das qualidades psicométricas da escala em diferentes países. A *MASC* tem sido estudada na África do Sul (Fincham & cols, 2008), na Austrália (Baldwin & Dadds, 2006) na China (Yao & cols, 2007), no Quênia (Ndeti & cols, 2008), na Islândia (Olason & cols, 2004) e na Suécia (Ivarson, 2006). Foram encontradas ainda referências sobre a versão alemã da escala, mas não foi possível obter acesso ao artigo de validação.

O estudo de validação da *MASC* na África do Sul teve como amostra 1051 adolescentes de 9 escolas diferentes. A estrutura fatorial em 4 fatores se mostrou satisfatória para a amostra. Não foram identificados efeitos de idade, no entanto, meninas apresentaram níveis muito superiores de ansiedade em comparação com os meninos (Fincham, 2008).

Na Austrália, Baldwin & Dadds (2006), com uma amostra de 499 crianças e adolescentes com idades entre 8 e 13 anos, encontraram moderada a forte consistência interna e suporte para a estrutura fatorial em 4 fatores. Houve baixa concordância entre o relato de pais e das crianças, porém alta correlação entre a *MASC* e a outra escala de ansiedade usada para avaliar a validade convergente. A exceção do fator: evitar o perigo, a escala como um todo e as outras subescalas apresentaram boa correlação com a *SCAS* (Spence, 1998). A confiabilidade teste-reteste, após 12 meses, apresentou-se mais estável no relato dos pais do que da criança. Este foi o primeiro estudo a demonstrar que a estrutura fatorial pode ser a mesma para pais e para criança (Baldwin & Dadds, 2006).

O estudo de validação da *MASC* na China teve como amostra 1538 adolescentes, com idades entre 14 e 19 anos. Em comparação com o perfil encontrado na população norte-americana, os chineses apresentaram escores mais

altos nas escalas de ansiedade social e ansiedade de separação. Meninas obtiveram escores mais altos do que meninos em toda a escala. Adolescentes com idades entre 16 e 19 anos obtiveram escores mais altos nas escalas de evitar o perigo e sintomas físicos. Os estudos iniciais da versão chinesa da *MASC* demonstraram que a escala ofereceu uma descrição válida e fidedigna da estrutura da ansiedade em crianças e adolescentes na China. A estrutura fatorial em 4 fatores se mostrou satisfatória para a amostra, assim como a escala demonstrou forte consistência interna e moderada confiabilidade teste-reteste (Yao & cols, 2007).

O estudo de validação da *MASC* na Islândia foi realizado, com uma amostra de 625 crianças e adolescentes, com idades entre 10 e 15 anos. A análise confirmatória indicou que a estrutura organizada em 4 fatores se justifica para a amostra. As médias e desvios padrões encontrados foram similares aos descritas na normatização da versão original da escala. A validade convergente e a validade divergente foram avaliadas através da comparação da *MASC* com as escalas *RCMAS* e *CDI*, respectivamente, numa amostra de 249 crianças e adolescentes. Os resultados confirmaram um bom desempenho da escala (Olason & cols, 2004).

Ndetei & colaboradores (2008) realizaram um estudo sobre as qualidades psicométricas do *MASC* no Quênia. Os resultados encontrados apontaram para boa consistência interna da escala, organização em 4 fatores e validade divergente satisfatória com relação ao *CDI*.

Na Suécia, o estudo de validação da escala contou com uma amostra de 405 adolescentes. A *MASC* mostrou adequada consistência interna ($\alpha = 0.87$) e moderada validade convergente. Meninas tiveram escores mais altos do que meninos. Os resultados parecem apontar para que a versão sueca do *MASC* seja válida e confiável tanto como escala total, como em suas subescalas (Ivarsson, 2006).

Em 2004, a *MASC* foi traduzida e adaptada culturalmente para a realidade brasileira, com a autorização do autor do teste, sendo denominada Escala multidimensional de ansiedade para crianças – versão brasileira (Nunes, 2004). O primeiro estudo de validação da versão brasileira do instrumento, seguindo a tendência observada ao redor do mundo, apresentou bons resultados. A amostra foi formada por 649 crianças e adolescentes, com idades entre 9 e 14 anos estudantes do ensino fundamental e 25 pacientes com transtorno de ansiedade, com idades entre 10 e 13 anos. As validades - convergente e divergente -

analisadas através da comparação com a RCMAS e a CDI, respectivamente, foram satisfatórias, assim como a divisão fatorial nas 4 subescalas, propostas pelo autor, na versão original. O instrumento apresentou boa consistência interna e se mostrou capaz de detectar melhora em pacientes ansiosos em remissão dos sintomas (Nunes, 2004). No entanto, a autora não publicou os resultados coletados, como parte da exigência para obtenção do grau de mestre.

A *MASC* tem acumulado bons resultados em estudos ao redor do mundo, com amostras comunitárias que apresentam diferenças em muitos aspectos, tais como: faixa etária, gênero, grau de escolaridade e, principalmente, contexto cultural. Os resultados em amostras clínicas também têm se mostrado bastante satisfatórios, tornando a *MASC*, a escala de auto-avaliação para medir ansiedade em crianças e adolescentes mais útil clinicamente, por ser capaz de discriminar a presença de sintomas de ansiedade diante de outros quadros clínicos (Baldwin & Dadds, 2007). Novos estudos ainda se fazem necessários para que a escala se torne mais robusta. No entanto, estes bons resultados podem significar um primeiro passo para se alcançar um propósito maior de conhecimento sobre o fenômeno ansiedade em crianças e adolescentes.

1.4.

Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é a avaliação dos níveis de ansiedade de crianças e adolescentes em idade escolar e moradores do Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC-VB).

1.4.1.

Objetivos específicos

1. Elaborar um protocolo para medir os níveis de ansiedade em crianças e adolescentes, organizados em duas amostras: população geral e clínica; cujo instrumento principal seja a MASC-VB.
2. Avaliar as características psicométricas da escala MASC-VB, no que se refere aos dois princípios básicos, a saber: validade e fidedignidade. Com relação à validade, verificar a validade de construto, através da validade concorrente e divergente, examinando se na população carioca, os sintomas de ansiedade também podem ser definidos a partir dos quatro fatores encontrados no estudo original. Avaliar também a validade de critério da MASC-VB, comparando-a com um padrão-ouro (P-Chips), na identificação de transtornos de ansiedade. Já, com relação à fidedignidade, avaliar a consistência interna da MASC-VB.
3. Analisar os resultados encontrados a partir do protocolo aplicado e compará-lo com os dados da literatura, no que se refere a comparação entre as diferenças com relação a idade, sexo e localidade na qual os sujeitos residem.