

2. Método

2.1.

Amostra

O presente estudo utilizou como amostra 317 sujeitos, divididos em 2 grupos: população clínica e população geral. A amostra total foi composta por crianças e adolescentes com idades entre 8 e 16 anos, estudantes do ensino fundamental e médio em escolas do Rio de Janeiro. Dentre os 317 sujeitos amostrados, 162 são do sexo masculino e 155 são do sexo feminino.

Amostra clínica: Participaram deste estudo, crianças e adolescentes em atendimento ambulatorial no Serviço de Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e no Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência – uma organização não-governamental que atende a população infantojuvenil de baixa renda do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 48 sujeitos, com idades entre 8 e 16 anos (média de idade: 11,1 e desvio padrão: 2,3), sendo 16 meninas com média de idade 10,9 (desvio padrão: 2,3) e 32 meninos, com média de idade 11,2 (desvio padrão: 2,3). Todos os sujeitos da amostra eram estudantes do ensino fundamental ou médio.

Amostra geral: Participaram deste estudo, crianças e adolescentes estudantes do ensino fundamental de escolas da rede pública do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 269 sujeitos com idades entre 8 e 16 anos (média de 10,4 e desvio padrão de 1,3), sendo 139 meninas com média de idade 10,2 (desvio padrão: 1,3) e 130 meninos, com média de idade 10,6 (desvio padrão: 1,3). Todos os sujeitos da amostra eram estudantes da rede pública de ensino, cursando entre 3º e o 9º ano do ensino fundamental

Os critérios de inclusão, adotados para os dois grupos amostrais, foram: (1) o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis, (2) ter entre 8 e 16 anos de idade, (3) preenchimento completo do protocolo de pesquisa e (3) resultado igual ou superior a 80 pontos no teste de inteligência.

2.2.

Instrumentos de mensuração

1) Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC-VB:

A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças - *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* - é uma escala de auto-relato que foi desenvolvida com a finalidade de avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes com idades entre 8 e 19 anos. O 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 marcar de 0 a 3 indicando a cada item, indicando se aquilo nunca é verdade sobre ele (0), raramente é verdade (1), às vezes é verdade (2) ou frequentemente é verdade (3).

O instrumento foi desenvolvido para ser respondido pela própria pessoa, podendo ser administrado individualmente ou em grupo. A recomendação do autor no manual é a aplicação individual com um examinador presente para que qualquer dúvida sobre os itens possa ser esclarecida e dificuldades de leitura não interfiram no resultado (March, 1997). O tempo médio de aplicação é de aproximadamente 10 a 15 minutos.

2) Revised Manifest Anxiety Scale for children (RCMAS): O que eu penso e sinto (OQPS)

A Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS): O que penso e sinto, consiste em uma escala de auto-relato para medir o nível e a natureza da ansiedade em crianças e adolescentes. O instrumento pode ser aplicado em crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos. A escala é composta por 37 itens e deve ser respondida, assinalando-se a cada item uma resposta “sim”, para aquilo que a criança sente ou pensa e “não” para os itens que representam algo que ela nunca sentiu ou pensou.

O instrumento foi desenvolvido para ser respondido pela própria pessoa, podendo ser administrado individualmente ou em grupo. O tempo médio de aplicação é de aproximadamente 10 minutos.

3) Inventário de Depressão Infantil (CDI):

O *Children's Depression Inventory (CDI)*, desenvolvido por Kovacs (1983), é um instrumento adaptado do *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck et al., 1961) para avaliar sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Maria Kovacs, autora do teste, encontrou uma divisão do teste em 5 fatores: 1) Humor negativo, 2) Problemas interpessoais, 3) Ineficiência, 4) Anedonia e 5) Auto-

estima negativa (Kovacs, 1992). O teste foi validado para o Brasil por Gouveia et al., em 1995.

O CDI é uma escala de auto-relato que foi desenvolvida para avaliar indivíduos com idades entre 7 e 17 anos. O instrumento é composto por 27 itens, sendo que cada item tem três opções de resposta. As respostas variam de 0 a 2 pontos de acordo com a gravidade do sintoma, sendo (0): ausência de sintoma, (1): sintoma leve e (2): sintoma claro. O examinando deve ler as três opções e escolher a que melhor descreve seus pensamentos e sentimentos nas últimas duas semanas. A soma dos pontos fornece um escore. O ponto de corte para sinalizar sintomas depressivos na população brasileira de acordo com o estudo de Gouveia et al (1995) é 17. Sua aplicação dura em média 10 minutos.

4) Parent and Children Interview for Psychiatric Syndromes (P-Chips):

A P-Chips- Parent and Children Interview for Psychiatric Syndromes é uma entrevista estruturada, baseada na DSM-IV, para ser aplicada em conjunto em crianças e adolescentes com idades entre 6 e 18 anos e em seus pais. Pais e crianças devem responder sim ou não a uma série de perguntas que retratam os critérios diagnósticos do DSM-IV. O resultado é obtido através da soma de respostas positivas para cada transtorno específico. A P-Chips avalia transtornos de ansiedade, de humor, de comportamento, entre outros dos Eixos 1, além de estressores psicossociais. Os pais respondem às perguntas sobre sintomas externalizantes ao passo que a própria criança ou adolescente responde as perguntas sobre sintomas internalizantes. O tempo de administração é de aproximadamente 90 minutos.

5) Escala Wechsler de Inteligência para Crianças 3ed (WISC III) – versão reduzida:

O WISC III é uma bateria de testes verbais e visuais que juntos constituem a escala Wechsler de inteligência para crianças. Para o autor da escala, David Wechsler, o conceito de inteligência pode ser entendido como a capacidade do indivíduo de buscar a adaptação ao seu meio, através de parâmetros lógicos e racionais próprios do sujeito. De acordo com esta conceitualização, os subtestes do WISC III foram selecionados para investigar as diferentes capacidades mentais

que refletem juntas, o coeficiente de inteligência (QI) do indivíduo (Wechsler, 2002).

A bateria completa é composta por 13 testes, sendo 6 tarefas verbais que (Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos), compõem a escala verbal e 7 visuais ou de execução (Completar Figuras, Código, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Procurar Símbolos, Labirintos), que por sua vez, formam a escala visual. O cálculo do QI total é feito a partir da soma do QI das duas escalas: verbal e visual. Apenas 10 dos 13 testes, fazem parte do cálculo do QI. Dígitos, Procurar Símbolos e Labirintos são tarefas complementares, só fazem parte do cálculo, em situações especiais nas quais um dos testes “oficiais” é invalidado. Nestes casos, o teste Labirintos pode substituir qualquer tarefa visual invalidada para se chegar ao resultado da escala visual. O mesmo pode ser feito com relação ao teste Dígitos para a escala verbal. Já com relação ao teste Procurar Símbolos, este só pode ser utilizado, se o teste invalidado for o Código, na escala visual (Wechsler, 2002).

Muitos estudos têm sido realizados, ao longo dos anos, a fim de viabilizar uma forma reduzida da escala Wechsler, com o objetivo principal de otimizar tempo (Figueiredo, 2000). Diferentes combinações das tarefas que compõem o WISC foram propostas para este fim. A menor versão sugerida na literatura é a formada pela díade Vocabulário e Cubos, representando a escala verbal e visual, respectivamente. A escolha por estes dois testes se justifica, na medida em que tanto o Vocabulário quanto os Cubos apresentam a maior correlação em comparação com as outras tarefas com o QI verbal (0,87) e o QI visual (0,80), respectivamente (Wechsler, 2002).

Neste estudo, optou-se por utilizar esta versão reduzida, composta pelo Vocabulário e Cubos (Figueiredo, 2000). O WISC III- reduzido foi adotado como critério de exclusão na pesquisa. O ponto de corte escolhido com relação ao cálculo final de QI foi 80. Valores inferiores a 80 representam um coeficiente de inteligência limítrofe ou rebaixado. A escolha por este ponto de corte se justifica, pois não seria possível afirmar, nestes casos que a criança ou adolescente compreenderam plenamente o conteúdo das escalas respondidas por eles.

O teste Vocabulário consiste em uma tarefa oral, na qual uma lista de 30 palavras é apresentada, para que a criança explique qual é o significado da cada palavra. Este teste examina: desenvolvimento da linguagem; conhecimento

semântico; inteligência geral (verbal); estimulação do ambiente e/ ou curiosidade intelectual e antecedentes educacionais (Wechsler, 2002). A pontuação nesta tarefa pode variar entre 0 e 60.

Cubos é um teste no qual representações geométricas nas cores branco e vermelho são apresentadas impressas, e devem ser reproduzidas pela criança utilizando cubos bidimensionais. Os cubos são todos iguais, com dois lados vermelhos, dois lados brancos e dois lados metade vermelho, metade branco. O objetivo desta tarefa é avaliar a capacidade de análise e síntese, capacidade de conceituação visoespacial; coordenação viso- motora- espacial, organização e velocidade perceptual e a estratégia de solução de problema (Wechsler, 2002). A pontuação neste teste pode variar entre 0 e 69 e é resultante do tempo utilizado para se chegar a cada forma.

2.3.

Procedimentos

Dois protocolos foram elaborados para este estudo em função das diferentes origens dos grupos amostrados e do tempo hábil para a realização da pesquisa. Para a população geral, o protocolo incluiu a aplicação das versões brasileiras das escalas MASC, RCMAS, CDI e WISC III reduzido. A aplicação destes testes foi levava em média 40 a 50 minutos. Para a população clínica, o protocolo incluiu, além de todos os instrumentos listados acima, a P-CHIPS. A aplicação dos testes mais a entrevistas era feita em dois dias e o protocolo completo consumiu em média 2 horas e 30 minutos.

Para a aplicação do protocolo na população geral, foi feito contato com duas escolas da rede pública de ensino, através dos diretores, os quais foram informados sobre o objetivo da pesquisa. Após a autorização da escola, os termos de consentimento foram encaminhados para os pais dos alunos, para que os mesmos fossem assinados. As crianças e adolescentes que trouxeram o termo de consentimento, assinado por seus responsáveis, foram chamadas individualmente para responder ao protocolo de pesquisa.

O protocolo foi aplicado em salas de aula que não estavam sendo usadas e que foram cedidas pelas escolas. O preenchimento do protocolo foi feito individualmente para evitar que algum item fosse deixado em branco e que dados fossem perdidos por este fato. Os sujeitos receberam individualmente a explicação

sobre o objetivo da pesquisa e sobre como preencher as escalas. Para evitar que sujeitos com dificuldades de leitura não respondessem ao protocolo corretamente e por não haver tempo hábil para fazer uma avaliação da capacidade de leitura, optou-se pela leitura em voz alta dos itens pelo examinador. Imediatamente após a leitura de cada item, o examinando assinalava a resposta que melhor lhe conviesse. Dúvidas com relação ao significado dos itens foram esclarecidas sempre da mesma forma, para todos os examinandos. Nenhum item foi deixado em branco. Depois de preenchidas as escalas MASC, RCMAS e CDI, nesta ordem, os dois testes da WISC III eram aplicados, para que fosse avaliado o critério de exclusão da pesquisa. Crianças que tiveram pontuação abaixo de 80 foram excluídas da análise dos resultados. Em função deste critério, 9 casos foram excluídos na amostra extraída da população geral.

Inicialmente, para a coleta de dados em amostra clínica, foi feito contato com o chefe do serviço de atendimento psiquiátrico infantil da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Depois de ser obtida a autorização do responsável pelo setor, Dr. Fábio Barbirato, uma circular apresentando o objetivo da pesquisa foi encaminhada para os médicos atendentes para que fossem feitos os encaminhamentos dos pacientes que estivessem em fase de avaliação diagnóstica, com ou sem queixas de ansiedade. A partir do contato com os médicos, 52 pacientes foram encaminhados para avaliação.

O protocolo da pesquisa foi aplicado em uma sala de atendimento dentro do Serviço de Psiquiatria. A aplicação do protocolo foi realizada em dois dias, em função do número de instrumentos a serem aplicados e do tempo necessário para tal. No primeiro dia, os pais ou responsáveis pela criança eram chamados e informados sobre os objetivos da pesquisa. Somente depois do termo de consentimento ser assinado, que a criança entrava na sala para participar do estudo. O preenchimento do protocolo era feito de maneira rigorosamente idêntica ao descrito para a população geral. Nenhum item das escalas MASC, RCMAS, CDI ou WISC III versão reduzida foi deixado em branco. Nesta primeira fase de testagem, em função do critério estabelecido com relação ao QI, 2 casos foram excluídos da amostra e outros 4 sujeitos encaminhados, não foram entrevistados por terem menos de 8 anos.

Na segunda etapa do protocolo, a entrevista foi respondida pelos pais e pela própria criança de acordo com as instruções descritas no manual da P-Chips-

versão brasileira. Algumas crianças não compareceram para o segundo dia de testagem, levando a exclusão de 6 casos.

Com o objetivo de aumentar o número de sujeitos na amostra clínica, foi feito contato com outro serviço de atendimento psiquiátrico, o CIPIA, organização não-governamental que oferece o serviço para crianças e adolescentes de baixa renda. A psiquiatra responsável pelo serviço, Dra Maria Antonia Serra, autorizou a realização do estudo. A administração do protocolo seguiu o mesmo padrão apresentado na Santa Casa. No entanto, em função do número reduzido de crianças e adolescentes em atendimento no CIPIA, que foi possível contatar para participarem da pesquisa, e da pequena disponibilidade de tempo dos pais para o preenchimento da P-Chips, pouco se avançou em termos do aumento no número de sujeitos. Participaram da primeira etapa da pesquisa, 13 crianças e adolescentes, porém apenas 8 concluíram o processo.

2.4.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada a partir da divisão dos dois grupos amostrados: população clínica e geral. Foram feitas análises, a fim de se obter maior compreensão sobre a apresentação da sintomatologia ansiosa nos dois grupos amostrais. A avaliação das qualidades psicométricas da escala MASC-VB, foi realizada, utilizando-se como parâmetros os outros instrumentos de medida que fizeram parte deste estudo. Foram realizados estudos acerca da validade de conteúdo (convergente e divergente), validade de critério, buscando-se estabelecer um ponto de corte para a escala, que considere ao mesmo tempo a sensibilidade e a especificidade da escala, análise fatorial confirmatória e análise da consistência interna da escala.

2.4.1. Análise estatística da amostra clínica

Inicialmente, foram feitas análises descritivas para estabelecer o perfil sociodemográfico, assim como, o perfil psicopatológico dos sujeitos amostrados. O teste exato de Fisher foi utilizado para identificar diferenças sociodemográficas em crianças e adolescentes que receberam o diagnóstico de ansiedade em

comparação com aqueles que preencheram critérios diagnósticos para outros quadros clínicos.

Em seguida, as variáveis quantitativas, ou seja, os escores dos testes WISC-III-red, MASC-VB, RCMAS e CDI foram apresentados a partir dos seus valores de tendência central e de dispersão na população clínica total ($n = 48$); no subgrupo com transtorno de ansiedade ($n = 8$), no subgrupo que apresenta transtorno de ansiedade associado a comorbidades ($n = 17$) e no subgrupo que apresenta outros diagnósticos ($n = 23$). Foi realizado o teste de Kruskal Wallis para a comparação da variância dos resultados das escalas em relação aos subgrupos e o teste Bonferroni, para comparações dois a dois, a fim de identificar onde estavam as diferenças apontadas pelo teste de Kruskal Wallis. Em alguns casos, uma nova divisão do grupo amostral foi feita a fim de clarificar possíveis diferenças entre os sujeitos que apresentam o diagnóstico de ansiedade de outros que não apresentam. Nestes casos, a população clínica foi dividida em crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade, com ou sem comorbidades ($n = 25$) e o segundo grupo foi composto por pacientes com outros diagnósticos ($n = 23$).

2.4.1.3. Análise estatística da amostra geral

Primeiramente, foram feitas análises descritivas para estabelecer o perfil sociodemográfico da amostra. Em seguida o grupo amostral foi subdividido entre aqueles que moram da Rocinha e os que moram em outras localidades. O teste exato de Fisher foi utilizado para identificar se havia diferenças significativas com relação à idade, sexo, escolaridade, renda familiar e estado civil dos pais, em crianças e adolescentes em função da localidade onde vivem.

Em seguida, as variáveis quantitativas, ou seja, os escores dos testes WISC-III-red, MASC-VB, RCMAS e CDI foram apresentados a partir dos seus valores de tendência central e de dispersão na população geral total ($n = 269$); no subgrupo da Rocinha ($n = 137$), no subgrupo de outras localidades ($n = 132$). Foi realizado o teste de Mann-Whitney para identificar diferenças entre os grupos amostrais.

Utilizando os pontos de corte extraídos da análise da população clínica para a MASC-VB e para a RCMAS, foram estimadas as porcentagens de casos que seriam identificados como transtorno de ansiedade, nos dois subgrupos

amostrais: Rocinha e outras localidades. Esta estimativa foi feita levando-se em consideração o uso isolado do ponto de corte de cada escala e o uso em conjunto dos mesmos, através do coeficiente de Kappa e do teste de McNemar. O mesmo foi feito para o CDI, utilizando o ponto de corte descrito na literatura.

2.4.1.2. Características das qualidades psicométricas da escala MASC- VB, a partir das amostras clínica e geral

As análises estatísticas tiveram como objetivo investigar alguns aspectos das validades de construto e de critério, além da consistência interna da escala MASC-VB para a população carioca. O coeficiente de consistência interna, utilizando o Alfa de Cronbach para as duas populações foi obtido a partir de dois métodos: item a item e levando-se em consideração a divisão em quatro fatores.

2.4.1.2.1. Análises das características das qualidades psicométricas da escala MASC- VB na população clínica

A validade de construto avalia se as variáveis que formam o teste representam o verdadeiro significado teórico do conceito que o instrumento deseja abarcar. A avaliação da validade de construto pode ser feita através da comparação com outros instrumentos de medida para aquele mesmo conceito. O que se espera é que o instrumento testado apresente uma correlação alta com o outro. Este procedimento recebe o nome de validade convergente. Uma outra maneira de assegurar que uma escala é adequada para avaliar determinado conceito é compará-la com um outro instrumento que apresenta uma finalidade diferente. Neste caso, não é esperada uma correlação entre os dois instrumentos. Este procedimento recebe o nome de validade divergente ou discriminante.

Para o presente estudo foi utilizado o teste de correlação de Spearman para avaliar a validade convergente e divergente entre os três instrumentos: MASC-VB, RCMAS e CDI, comparados dois a dois. Em seguida, foi feita uma nova análise utilizando o mesmo teste estatístico para verificar a correlação encontrada entre todos índices que avaliam ansiedade (MASC total e seus 4 fatores, RCMAS total e a escala da ansiedade). Finalmente, uma última análise foi feita

comparando todos os índices que avaliam ansiedade, a partir de uma divisão da amostra entre crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade e com outros diagnósticos.

A validade de critério avalia em que medida o instrumento é capaz de discriminar entre sujeitos que diferem em relação a uma determinada característica tendo como base um padrão-ouro. Quando o instrumento e o padrão-ouro são aplicados no mesmo momento, fala-se de validade concorrente; quando o instrumento é aplicado antes e posteriormente comparado com o padrão, fala-se de validade preditiva. A validade de critério é estimada estatisticamente e é expressa por meio de dois aspectos: sensibilidade (casos positivos identificados corretamente) e especificidade (casos negativos identificados corretamente).

Neste estudo, foi feita uma análise para avaliar a validade concorrente, usando como padrão-ouro a entrevista estruturada P-Chips, instrumento utilizado para a obtenção dos diagnósticos de acordo com os critérios da DSM-IV. A comparação foi realizada entre os escores da MASC-VB e da RCMAS com o P-Chips, a fim de avaliar a sensibilidade e a especificidade das duas escalas, usadas individualmente e em conjunto. O teste estatístico utilizado foi o coeficiente de Kappa e do teste de McNemar.

A partir destes resultados, buscou-se definir um ponto de corte para as duas escalas, através da curva ROC.

2.4.1.2.1. Análises das características das qualidades psicométricas da escala MASC- VB na população geral

Assim como foi feito na população clínica, o teste de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar a validade convergente e divergente entre os três instrumentos: MASC-VB, RCMAS e CDI, comparados dois a dois. Em seguida, foi feita uma nova análise utilizando o mesmo teste estatístico para verificar a correlação encontrada entre todos índices que avaliam ansiedade (MASC total e seus 4 fatores, RCMAS total e a escala da ansiedade).