4.

Discussão

A análise dos dados obtidos através deste estudo apresenta resultados que vão ao encontro da literatura e outros resultados que divergem do esperado quando comparado com estudos anteriores. Um primeiro ponto a ser discutido diz respeito ao desenho do estudo.

O protocolo desenvolvido para esta pesquisa segue um padrão encontrado em uma série de estudos internacionais (Baldwin & Dadds, 2007; Berg, Rapport & Flament, 1993; Essau, Conradt & Petermann, 2000; March & Sullivan, 1999) no que se refere aos testes escolhidos para medir sintomas de ansiedade e depressão. Frequentemente, encontra-se na literatura pesquisas que medem sintomas de ansiedade em amostras clínicas ou comunitárias que se valem de duas escalas de ansiedade e uma de depressão, visando a avaliação das qualidades psicométricas de uma das escalas, através da comparação com outra escala que tem a mesma função (validade convergente) e com uma escala com uma função diferente (validade convergente).

Neste estudo, para fazer a avaliação das qualidades psicométricas da escala MASC, foram utilizados a escala de ansiedade RCMAS e o inventário de depressão CDI, respectivamente. A escolha pela MASC se justifica em função de ser um instrumento mais recente e difundido em vários países ao redor do mundo. Já a escolha pela RCMAS e pelo CDI, se justifica por dois motivos principais (1) por terem sido estes os instrumentos utilizados pelo autor da MASC em seu estudo de validação do instrumento e (2) por terem sido utilizados no estudo de validação da escala no Brasil.

Ao padrão descrito na literatura e citado acima, foi acrescentada a avaliação do quociente de inteligência, através do WISC III forma reduzida, como um critério de exclusão, capaz de discriminar as crianças e os adolescentes que compreenderam o conteúdo dos itens respondidos em cada teste daqueles que não se pode afirmar se houve compreensão. Esta é uma tendência observada em estudos mais recentes e que apresenta como vantagem uma maior fidedignidade dos dados apresentados. Foram excluídos da amostra total 13 casos de crianças ou adolescentes que apresentaram índices compatíveis com retardo mental ou inteligência limítrofe.

Uma outra característica peculiar deste estudo foi a aplicação individual do protocolo. Cada sujeito respondeu aos itens de todas as escalas individualmente com o auxílio de um examinador. A escolha por este método se justifica na medida que muitos dados são perdidos em função de itens que são deixados em branco pelo examinando ou por respostas dadas sem que haja compreensão do item. Foram treinadas explicações a serem dadas para itens, que apresentavam maior grau de dificuldade, de forma que todas as crianças e adolescentes recebiam as mesmas explicações para estes itens. Este procedimento apresenta como vantagem maior fidedignidade com relação às respostas apresentadas por cada examinando. Como desvantagem, a possibilidade de coleta de um número menor de dados, em função do tempo necessário para a realização dos testes individualmente ser substancialmente maior do que o que seria preciso em uma aplicação coletiva.

Um segundo ponto a ser discutido são as características sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa. Com relação a idade, foi utilizada a divisão por faixas etárias: 8 a 12 (crianças) e 13 a 16 (adolescentes) para a análise dos resultados. Este modelo é amplamente utilizado na literatura. A separação entre os grupos etários foi proposta por Weiss (March & cols, 1997), como uma maneira de observar mudanças em diferentes comportamentos que se desejasse testar, que pudessem estar relacionadas com a passagem do pensamento concreto para o operatório formal no contexto da puberdade. Neste trabalho, no entanto, não foram identificados diferenças significativas entre os escores nos testes em função da idade. Este dado vai ao encontro da literatura.

A idade somente se mostrou relevante com relação à distribuição amostral tanto da amostra clínica quanto na comunitária. A maior prevalência de meninos na faixa etária entre 8 e 12 anos na amostra clínica, pode ser explicada pela alta porcentagem de casos de TDAH (43,8%) encontrados na amostra. Como o TDAH frequentemente vem acompanhado de sintomas como inquietude, agitação, e hiperatividade, sintomas que causam um certo descontrole no ambiente familiar e escolar, os pais buscam tratamento mais cedo para seus filhos.

O contrário seria esperado, com base na literatura, com relação aos transtornos de ansiedade. A sintomatologia ansiosa começa de maneira

bastante silenciosa, sendo sentida pelo próprio portador, mas não necessariamente visível a terceiros. Assim, as crianças com transtorno de ansiedade só chegam para tratamento, após alguns anos de convivência com os sintomas (Gail, Bernstein, Carrie, Borchardt, Amy, Perwien, 1996). Este fenômeno não foi observado na amostra. Acredita-se que em função da amostra ter muitos casos de transtorno de ansiedade com alguma comorbidade – principalmente com o TDAH – o prejuízo causado pelo déficit de atenção pode ter provocado dois processos: (1) intensificou os sintomas de ansiedade ou (2) a queixa principal trazida pelos pais era o TDAH e um ou mais transtornos de ansiedade acabaram sendo descobertos em função de uma avaliação diagnóstica mais cuidadosa.

O número significativamente menor de adolescentes na amostra geral se justifica na medida que os dados foram coletados em escolas da Rede Municipal de Ensino que atendem estudantes entre o primeiro e o sexto ano do Ensino Fundamental. A escolha por escolas que atendessem este público se deve a maior facilidade de acesso a estas escolas.

Já com relação ao sexo, na amostra clínica foi observada uma maior frequência de meninas com transtorno de ansiedade, o que está de acordo com os dados da literatura que apontam para maior prevalência do transtorno no sexo feminino (Gail, Bernstein, Carrie, Borchardt, Amy, Perwien, 1996).

A prevalência dos transtornos psiquiátricos na amostra clínica reproduzem de maneira satisfatória os estudos epidemiológicos sobre os quadros clínicos na infância e adolescência. Dados encontrados na literatura apontam para os transtornos de ansiedade como um dos transtornos mais prevalentes em crianças e adolescentes, havendo apenas maior prevalência de TDAH e de transtorno de conduta (Asbahr, 2004). Dentre os transtornos de ansiedade, a amostra reproduziu os achados de Bögels e Zigterman (1999) que apontam o transtorno de ansiedade de separação, TAG e TAS como os mais prevalentes e com os piores prognósticos, quando não tratados.

A única diferença encontrada é com relação ao transtorno de conduta. Neste estudo, o quadro foi substituído pelo transtorno desafiador de oposição, que é um outro tipo de transtorno de comportamento com sintomas menos graves. É possível que esta prevalência maior de TOD também se justifique

em função da faixa etária, uma vez que o transtorno é mais comum em crianças e o TC é mais comum em adolescentes.

Com relação ao escores obtidos nas escalas MASC-VB e RCMAS na população clínica, é interessante notar que frequentemente, as médias do grupo que tem transtorno de ansiedade diminuem diante da presença de comorbidades, em comparação com o grupo exclusivamente ansioso. Não se sabe ao certo porque ocorre esta diminuição na média, porém acredita-se que a comorbidade com transtornos externalizantes, tais como: TDAH ou TOD, possa em parte justificar este resultado. Uma análise estatística mais detalhada, separando os tipos de comorbidades, talvez oferecesse maiores subsídios para esta inferência.

As análises realizadas para testar as qualidades psicométricas da MASC-VB apresentaram resultados bastante satisfatórios e congruentes tanto com a literatura internacional sobre o instrumento quanto com o estudo feito no Brasil. Foram reproduzidos os bons resultados encontrados com relação à validade convergente e divergente da escala, com relação à consistência interna e a divisão entre os quatro fatores também apresentou-se satisfatória para as duas populações (March & cols, 1997; Nunes, 2004).

Não foi possível em função do tempo disponível para a realização do estudo ampliar o número de técnicas utilizadas no sentido da avaliação das qualidades psicométricas da escala, apesar de ser interessante o investimento neste sentido. Medidas de confiabilidade intra e inter-examinador teriam sido meios bastante produtivos de se avaliar a fidedignidade da MASC-VB.

Uma possível contribuição deste estudo no que diz respeito à avaliação das propriedades psicométricas se refere à comparação da MASC com a entrevista estruturada, P-Chips, baseada nos critérios da DSM-IV, e considerada neste estudo como padrão-ouro, para avaliar a validade de critério. Esta correlação permitiu avaliar a validade concorrente da escala, uma vez que os instrumentos foram aplicados simultaneamente. Esta análise ainda não tinha sido feita no Brasil e representa um avanço no sentido de tornar a escala mais apropriada para o seu propósito de servir como um instrumento para avaliar ansiedade em diferentes contextos.

Através desta análise na amostra clínica, constatou-se que a MASC apresenta um poder discriminativo importante, ou seja, escores elevados na

escala representam maior chance de haver a presença de sintomas de ansiedade relevantes. Da mesma forma, escores baixos tendem a representar casos de normalidade.

O ponto de corte sugerido a partir desta análise do MASC-VB, buscando-se um equilíbrio entre sensibilidade e especificidade apresentou resultados um pouco melhores do que os derivados da análise do RCMAS. Baldwin e Dadds (2007) defendem que o uso de instrumentos associados apresenta importantes vantagens, pois fornece mais dados sobre o indivíduo. Neste estudo, de fato a associação contribuiu em termos de especificidade; apenas um falso positivo seria diagnosticado incorretamente caso, os dois instrumentos tivessem a função diagnóstica.

Se por um lado, a pesquisa com a população clínica tinha como principal finalidade, reavaliar as propriedades psicométricas da MASC-VB, já testadas e incluir outras análises a partir de uma divisão em até três subgrupos: ansiosos, ansiosos com comorbidades e não ansiosos; o intuito inicial da pesquisa com a população geral era o de fornecer um contraponto à população clínica. No entanto, este contraponto não se concretizou.

Os escores da amostra comunitária quando comparados com a amostra clínica, sem haver a discriminação do tipo de transtorno psiquiátrico envolvido, apresentaram resultados sistematicamente mais elevados. O que não era esperado, uma vez que os dados foram coletados em crianças e adolescentes, de duas escolas públicas, escolhidos aleatoriamente, sem histórico de doença psiquiátrica. Quando esta análise leva em conta os subgrupos: pacientes com transtornos de ansiedade, com transtornos de ansiedade com comorbidades e outros transtornos, é possível notar que os escores mais elevados estão no subgrupo ansioso e que os resultados na amostra comunitária se equivalem aos do subgrupo com comorbidades e são mais altos do que os encontrados no subgrupo outros transtornos.

Na tentativa de buscar uma compreensão sobre o fenômeno foi feita uma primeira análise, comparando o perfil dos sujeitos dos dois grupos amostrais: clínico e geral. Os resultados mostraram que os grupos são muito diferentes em todos os aspectos, portanto, as comparações entre o desempenho dos mesmos nos testes foram descartadas e não foram expostas no corpo deste trabalho.

Diante desta constatação, optou-se por analisar os grupos separadamente e novos critérios de comparação foram definidos para comparar a amostra da população geral com ela mesma. O principal critério adotado foi a comparação a partir do local onde vivem esses sujeitos, uma vez que este critério parece apresentar como diferença marcante o índice de violência ao qual estes dois subgrupos estão expostos. Foram identificados dois grupos: Rocinha X Outras localidades. A partir desta subdivisão, foram identificadas diferenças com relação à: idade, atraso escolar e renda familiar.

Organizados desta forma, a média do escore da MASC-VB na população da Rocinha foi significativamente superior ($p = 0,005$). A análise feita utilizando o ponto de corte estabelecido na população clínica recomendaria que um número significativamente maior de crianças e adolescentes fossem encaminhados para uma avaliação mais cautelosa. O que significa dizer que, se a MASC fosse utilizada como um pré-teste, um teste de rastreamento, ela identificaria em 59,9% dos casos a presença de sintomas importantes de ansiedade. Considerando-se que a MASC apresentou um grau de sensibilidade de 72%, os resultados encontrados se tornam alarmantes. Quais seriam as possíveis explicações para que os níveis de ansiedade se encontrem elevados neste grupo de crianças?

Antes de buscar uma explicação foi importante identificar quais os índices seriam responsáveis por aumentar a média neste grupo amostral. Foi identificado que o fator 4 (ansiedade de separação) é o principal responsável pela diferença encontrada. Entre os itens que compõem esta escala estão: “Eu fico com medo quando meus pais saem”; “A idéia de ficar longe de casa me assusta”; “Eu tento ficar perto da minha mãe ou meu pai”; “eu evito sair sem minha família”; “eu evito assistir filmes ou programas de tv que assustam”; “eu durmo junto de alguém da minha família”.

À primeira vista, respostas positivas a maior parte destes itens representaria forte indício de que essas crianças preencheriam critérios diagnósticos para o transtorno de ansiedade de separação. Curiosamente, dados na literatura apontam para uma prevalência aumentada de casos de ansiedade de separação em crianças de baixa renda (Last et al, 1992; Vélez, Johnson & Cohen, 1989). No entanto, um olhar mais cuidadoso, mostra que

os itens podem perfeitamente reproduzir a realidade do dia a dia de crianças expostas a altos índices de violência e pobreza.

Para se chegar a uma conclusão acerca deste achado, seria necessário que fosse feita aplicação da P-Chips em todas as crianças da amostra da população geral, a fim de identificar o quanto a MASC-VB está sendo realmente sensível a presença de transtornos ansiosos. Em função da limitação de tempo, não foi possível aplicar este instrumento na amostra comunitária. No entanto, este desdobramento seria uma grande contribuição para que fique mais claro o significado deste achado.

Os níveis aumentados de ansiedade na Rocinha despertam o interesse para a investigação da influência do ambiente na apresentação de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. A Rocinha, maior comunidade carente da América Latina, em pesquisa realizada com base nos dados do IBGE (2000) apresentou um dos piores índices de desenvolvimento social (0,458), sendo a penúltima colocada no ranking que considera as regiões administrativas da cidade do Rio de Janeiro e estando entre as oito piores colocações quando comparada com os outros bairros da cidade.

Dentre os aspectos avaliados neste índice estão: rede de água e esgoto adequadas, coleta de lixo, banheiros por moradores, responsáveis por domicílio com menos de 4 anos de estudo, analfabetismo em maiores de 15 anos; rendimento dos responsáveis em salários mínimos. Outros índices encontrados no Censo de 2000, que serviu de base para o estudo acima citado, revelam que a Rocinha possui o menor número de anos de estudo por pessoa (4,12), menores salários (R\$ 433, 78), maior número de horas trabalhadas (45, 81/semanais) e maior taxa de desemprego (17,18%). Não é difícil imaginar que diante desta realidade as crianças apresentem com mais frequência sintomas de ansiedade, no entanto, novos estudos se fazem necessários para que se chegue a alguma conclusão em termos científicos.