



**ADAPTAÇÃO DA ESCALA AUSTRALIANA *CHILDHOOD CONCERNS SURVEY*
(CCS) NUM CONTEXTO BRASILEIRO**

Wildson Vieira da Silva

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do Grau de Mestre em Saúde e Comportamento
sob a orientação da:

Prof^a. Dr^a Vera Lúcia Marques de Figueiredo

Financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES-PROSUP); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS - Processo n. 02/51376.6/2002) e UniBic - UCPel.



**Universidade Católica de Pelotas
Escola de Psicologia e Escola de Saúde
Mestrado em Saúde e Comportamento
Dezembro de 2003**

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo incentivo e apoio para o meu crescimento pessoal e profissional. A Tatiana pela paciência e compreensão em todos os momentos. Ao programa de Mestrado em Saúde e Comportamento da UCPel pelo apoio material; a Vera minha orientadora pelo enriquecimento teórico e profissionalismo, bem como o aprendizado que certamente levarei comigo; aos autores da escala Dr.^a Spence, Dr. Rapee pela autorização, incentivo e apoio à pesquisa; ao Prof. Dr. Luís Pascuali pela experiência e contribuição técnica; às bolsistas de iniciação científica do Departamento de Psicologia da UCPel, Zeferina P. de Menezes, Giovana S. Gomes (UNIBIC) e Dulce H. S. Cramer (FAPERGS) pelo auxílio na coleta e tabulação dos dados.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE TABELAS	06
RESUMO	07
ABSTRACT	08
CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	09
1.1 A Natureza da ansiedade infantil.....	10
1.2. O desenvolvimento da ansiedade na criança	11
1.2.1. Tipos de ansiedade em crianças.....	12
1.3. As Causas dos transtornos de ansiedade.....	16
1.4. Prevalência e Curso	16
1.5. Avaliação da ansiedade em crianças.....	18
1.5.1 Instrumentos de avaliação da ansiedade infantil.....	18
1.5.2 As escalas mais utilizadas e seus construtos.....	20
1.5.2 As escalas mais utilizadas e seus construtos.....	20
1.5.3 Origem das escalas e a utilização dos instrumentos em pesquisa.....	22
1.5.4 Os instrumentos no Brasil.....	23
1.5.5 Principais críticas e limitações dos instrumentos	24
1.6. Ansiedade em Pré-escolares	27
1.7. A Childhood Concerns Survey (CCS).....	28
1.8. Objetivo	29
CAPÍTULO II	
MÉTODO	30

2.1. Amostra.....	30
2.1.1 Análise Teórica dos itens.....	30
2.1.2 Análise empírica dos itens e do teste.....	32
2.2. Instrumento.....	32
2.3. Procedimentos.....	33
2.3.1 Para adaptação do instrumento.....	33
2.3.2 Para a coleta de dados.....	33
2.4. Análises estatísticas.....	33
2.4.1 Validade de Construto.....	33
2.4.2 Validade de Critério.....	34
2.4.3 Fidedignidade.....	34

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS.....	35
3.1 Análise teórica dos itens.....	35
3.2 Análise empírica dos itens.....	36
3.3 Validade de Construto.....	36
3.4 Validade de Critério: a influência da idade e do gênero.....	38
3.5 Fidedignidade.....	39
3.6 Prevalência de sintomas de ansiedade.....	39
3.7 Normas.....	41
3.8 Discussão.....	42

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	52
Anexo 1 Tradução e Adaptação inicial da CCS.....	52

Anexo 2 Sugestões resultantes da análise dos profissionais.....	55
Anexo 3 Versão experimental da Escala de Ansiedade Infantil.....	57
Anexo 4 Análise de pertinência (juizes) Versão para análise.....	59
Anexo 5 Consentimento Livre Pós- informado.....	67
Anexo 6 Projeto de Pesquisa.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Evocadores de reações de medo e de ansiedade na infância e adolescência. ..	12
Tabela 2 Número de estudos referentes a escalas de ansiedade infantil por décadas.....	19
Tabela 3 Ranking das escalas mais utilizadas para avaliar ansiedade infantil.	21
Tabela 4 Percentual dos estudos com escalas de ansiedade por países.	22
Tabela 5 Número de estudos utilizando escalas de ansiedade por décadas.	23
Tabela 6 Dados sociobiográficos da amostra de juizes (N=37).....	31
Tabela 7 Dados sociobiográficos dos pais (N=91).	31
Tabela 8 Sugestões resultantes da análise semântica dos itens.	35
Tabela 9 Matriz fatorial <i>pattern</i> para 4 fatores (N=420).	37
Tabela 10 Média e desvio padrão para o fator e escore total por idade e Sexo	38
Tabela 11 Ranking dos sintomas na amostra de pré-escolares.....	40
Tabela 12 Normas para interpretação dos escores de ansiedade	41

RESUMO

Objetivo: Traduzir e adaptar o "*Childhood Concerns Survey*" (CCS), escala australiana que avalia transtornos de ansiedade em pré-escolares com base nas respostas dos pais, com a intenção de utilizá-la em crianças brasileiras.

Método: Dois profissionais bilíngües traduziram duas versões da escala para o português, as quais foram retro-traduzidas por outros três profissionais bilíngües. As diferenças foram harmonizadas e pré-testadas em um estudo piloto. A versão final em português foi aplicada em 420 pais de crianças de ambos os sexos entre 2,5 a 6 anos da cidade de Pelotas-RS. Foram testadas as propriedades psicométricas do CCS. A validade de conteúdo por meio da análise teórica dos Itens e a capacidade discriminativa dos itens segundo a análise da correlação item/total. Para a validade de critério externa utilizou-se a análise de variância (ANOVA) fatorial, considerando idade e sexo. A validade de construto foi realizada por meio da análise fatorial exploratória e utilizou-se como o coeficiente de fidedignidade o alfa de Cronbach.

Resultados: A análise fatorial exploratória indicou a presença de 4 fatores refletindo transtorno obsessivo compulsivo, medo de lesão física, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada. O método da ANOVA revelou diferenças significativas $p < 0,05$ entre os sexos e idades, demonstrando que as meninas tiveram escores maiores que os meninos.

Conclusão: Identificou-se a necessidade de reformular a redação de alguns itens. A versão final da escala proposta para avaliar 4 transtornos de ansiedade consta de 26 itens e apresenta características psicométricas aceitáveis.

Palavras chave: Ansiedade; Crianças; pré-escolares; Validade; Fidedignidade.

ABSTRACT

Objective: To translate and to adapt the “Childhood Concerns Survey” (CCS), an Australian scale that evaluates anxiety disorders among preschoolers based on their parent’s answers, with the intention of using it in the Brazilian children.

Method: Two bilingual professionals translated two Portuguese versions of the scale, which were retro-translated by other three bilingual professionals. The differences were harmonized and pre-tested in a pilot study. The final Portuguese version was applied by 420 parents of boys and girls between 2,5 to 6 years old from Pelotas. The CCS’s psychometrical properties were tested. The Content Validity was verified by the Theoretical Items Analysis and the Items Analysis by the Classic Tests Theory. For the external criterion validity the ANOVA was utilized, considering age and sex. The Construct Validation study was made by the Exploratory Factor Analysis and Cronbach’s alpha coefficient was used as reliability.

Results: The Exploratory Factor Analysis indicated the presence of 4 factors reflecting Obsessive Compulsive Disorder, Fear of physical injury and Social Phobia and Generalized Anxiety Disorder. The ANOVA method revealed relevant differences $p < 0,05$ between gender and age, demonstrating that girls had higher scores than boys.

Conclusion: It was found necessary to reformulate the written composition of some items. The final version of the proposed scale to evaluate 4 anxiety disorders has 26 items and presents acceptable psychometric characteristics.

Key words: *Anxiety Disorders; Children; psychometrics measure; Assessment.*

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Embora os transtornos de ansiedade na infância tenham recebido maior atenção entre os pesquisadores e profissionais na última década, o entendimento da etiologia, do tratamento e da prevenção destes transtornos são muito limitados devido a poucas investigações relativas ao diagnóstico e classificação, bem como a pesquisas controladas para este fim.¹ A ansiedade atualmente é o distúrbio psicológico mais comum entre crianças e pode a longo prazo trazer conseqüências imediatas.²

O termo ansiedade sempre foi muito utilizado por diferentes profissionais e pesquisadores. A palavra vem do latim *anxietate*, tendo várias definições e conceitos nos dicionários não técnicos: aflição, angústia, desejo ardente, anelo, perturbação do espírito causada pela incerteza, relação com qualquer contexto de perigo.³

O conceito de ansiedade não envolve um construto unitário, principalmente no contexto psicopatológico. A ansiedade manifesta-se em todas as idades, pode ser generalizada ou focada em situações específicas,⁴ como se verá ao longo deste estudo. A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho e acompanhado de diferentes sintomas físicos.^{5,6} Muitos adultos podem manejar ou esquecer as situações que desencadeiam a ansiedade, no entanto, para as crianças é diferente porque não distinguem fantasia da realidade, não têm habilidade de raciocínio maduro; confundem objetos (seres) animados de inanimados e muitas vezes não têm tido oportunidade de enfrentar os próprios medos.⁵

Os transtornos de ansiedade representam uma das formas mais comuns de psicopatologia infantil.^{1,7,8,9} Estão associados a várias conseqüências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoais. Sua manifestação nem sempre é passageira e seus sintomas e efeitos podem persistir através da adolescência e na fase adulta se não forem tratados.^{10,11,12,13,14,15,16} Os estudos mostram que os problemas de ansiedade na infância são fatores de risco para outras formas de psicopatologia como transtornos de comportamento disruptivo, transtornos de humor, depressão e para as tentativas e efetivação do suicídio.^{17,18,19,20,21,22}

A avaliação prévia deste distúrbio torna-se de grande importância, uma vez que a identificação dos sintomas precocemente pode prevenir sofrimentos através da intervenção clínica adequada.^{8,23,24}

1.1 A natureza da ansiedade infantil

A ansiedade tem sido descrita como um sentimento aversivo e disfórico, similar ao medo, que inicia sem qualquer ameaça óbvia.²⁴ Consiste de sinais: **fisiológicos** (ex. suor nas mãos, “frio” na barriga), **comportamentais** (ex. evitação) e **cognitivos** (ex. “eu vou fracassar e alguém vai rir de mim”). Crianças ansiosas podem experimentar os seguintes sintomas:

- Preocupações excessivas e irreais
- Preocupação excessiva sobre eventos passados e futuros
- Autocrítica constante
- Impaciência e nervosismo
- Dificuldade de concentração
- Irritabilidade
- Evita situações
- Angústia em situações sociais
- Palpitações
- Necessidade continua de afirmação
- Preocupação excessiva sobre resultados (performance)
- Queixas físicas sem causa aparente (dores de cabeça, dores no estômago)
- Fadiga
- Angústia na separação dos pais
- Recusa ir a escola
- Ataques de pânico
- Fobias
- Obsessões ou compulsões

O medo e a ansiedade fazem parte da condição humana. Eles são tipicamente estados transitórios e em muitas situações eles são adaptáveis aos sinais de perigo. O grau de angústia, prejuízo do funcionamento e/ou interferência na vida diária decide o que é “normal”,

adaptativo do que é problemático. Dificuldades surgem na decisão onde a ansiedade normal termina e ansiedade clínica começa. Este é especialmente o caso com crianças. O padrão de desenvolvimento humano é muito maior durante a infância e adolescência do que em outras fases da vida. O conhecimento do medo normal e a ansiedade de cada estágio do desenvolvimento são vitais quando atentamos para “acertar” até que ponto ou não crianças sofrem de transtornos de ansiedade. Uma ansiedade que é normal para uma criança em idade pré-escolar pode ser extrema se experimentada por um adolescente.²⁴

1.2 O desenvolvimento da ansiedade na criança

Não se sabe precisamente o que causa ansiedade em crianças. Algumas pesquisas, entretanto, têm identificado um número de fatores que discutem e identificam algumas causas. Como consequência das experiências do desenvolvimento e do crescimento das capacidades cognitivas, o conteúdo dos medos e ansiedades muda conforme as crianças crescem. O foco geralmente modifica-se com a idade relativa do pensamento e do ambiente externo internalizado pela criança²⁴. A maioria dos componentes ansiosos está presente desde o nascimento, ou aprendidos com seus pais ou por experiências traumáticas. As primeiras duas categorias usualmente seguem um padrão geral que vem desde o nascimento. Nem todas as crianças exibem todos os medos mencionados abaixo, nem ocorrem na mesma idade de todas as crianças. Mas entender o padrão geral do desenvolvimento da ansiedade das crianças poderá ser um guia usual para auxiliá-las a superarem.

Bebês tendem a temer estranhos, sons altos e objetos inesperados, enquanto no período entre o segundo ano até a entrada na pré-escola, temem a escuridão, animais, criaturas imaginárias e do “mal” e banheiros. Entre as idades de 4 a seis anos, os medos predominantes incluem a separação dos seus pais, seqüestradores, ladrões, fenômenos meteorológicos tais como relâmpagos, trovões, tempestades, e seres imaginários (fantasmas e monstros). Aos seis anos, temem desastres naturais, acidentes, lesões corporais e morte, podendo continuar até a pré-adolescência. Entre os 10 e 11 anos de idade, aceitação social, aparência física, conduta pessoal e medo de falhar nos resultados escolares, podendo persistir por anos.^{23, 25}

A Tabela 1 exibe mais detalhadamente os medos na infância em relação às idades.

Tabela 1. Evocadores de reações de medo e de ansiedade na infância e adolescência

Faixa etária	Evocadores habituais de Reações de medo e/ou ansiedade
Primeiro ano de vida	Perda de contato corporal; estímulos intensos e/ou imprevisíveis (ruídos, luzes, iminência de queda).
De 1 a 3 anos	Pessoas desconhecidas; separar-se de algum dos pais ou de pessoa próxima e querida; ruídos altos; Estímulos novos/ desconhecidos/; situações relacionadas ao treinamento da higiene corporal.
De 4 a 7 anos	Animais (meninas mais freqüentemente que meninos); escuridão; monstros e fantasmas; relâmpagos e trovões; medo da possibilidade de separação conjugal dos pais e ficar abandonado.
De 8 a 12 anos	Raios, trovões, tempestades, inundações, terremoto; problemas escolares: trabalhos escolares, notas ruins (meninas mais freqüentemente que meninos), ser recusado por colegas de classe, ser advertido pelo professor; problemas de saúde: doenças, acidentes, lesões, morte, sofrer procedimento médico (meninas mais que meninos); problemas familiares: brigas dos pais, sofrer castigo.
Adolescentes	Problemas e situações de conflito na escola; receio da capacidade de ajustar-se às expectativas dos outros; Adoecimento corporal; problemas econômicos (meninos mais que meninas), políticos e sexuais.

Fonte: Furtado, 1997²⁶

1.2.1 Tipos de ansiedade em crianças

Quando a ansiedade torna-se patológica podemos incluí-la num grupo denominado pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition DSM-IV (American Psychiatric Association)*²⁶, de Transtornos de Ansiedade, cujas categorias principais são descritas a seguir. Maiores detalhes sobre os sintomas de cada um dos transtornos podem ser encontrados no *DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)*.²⁶

Ansiedade de Separação

Ocorre de 2% a 4% das crianças e é o transtorno de ansiedade mais comum encontrado entre elas.^{2,19} É definida como ansiedade inadequada e excessiva pela separação de casa ou das figuras significativas com quem a criança convive.

A reação da criança manifesta-se além do esperado para sua fase do desenvolvimento e pode, às vezes, aproximar-se em níveis de pânico. Os sintomas podem incluir: apreensão, relutância para ir a escola ou sair de casa, pesadelos envolvendo separação, incapacidade para ficar sozinho, ou queixas somáticas repetidas e o medo de estar longe de seu cuidador (mais

freqüente a mãe da criança). A criança torna-se muito apreensiva quando tem que se separar do seu cuidador e em muitos casos, ela pode seguir os pais de quarto em quarto pelo forte desejo de que eles estejam “sob seus olhos”. Frequentemente, a criança irá evitar ir a escola, ficará chateada quando os pais tentam sair de casa, recusa passar a noite na casa de outras pessoas, tentando manter os pais o tempo todo com ela. Podem apresentar dores de estômago, ou outros problemas físicos. A razão deste comportamento parece ser o medo de que algo terrível possa acontecer com seus pais ou com ela própria enquanto estiverem separados e que, conseqüentemente, nunca se verão novamente.^{23,27}

Entre os critérios diagnósticos do DSM-IV, crianças que apresentam no mínimo três sintomas entre um período de quatro semanas, podem ser classificadas com este transtorno.²³

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

É definido como ansiedade incontrolável, exagerada ou preocupação sobre eventos diversos. É caracterizada pela autocrítica, excessiva preocupação sobre eventos futuros (ex. ir ao médico) ou sobre eventos passados (ex. algo dito anteriormente a criança) e sobre resultados e competência. As crianças com TAG são freqüentemente descritas por seus pais como preocupadas. Preocupam-se com problemas em geral como: saúde, tarefas escolares, performance esportivas, dívidas, assaltos e até com o trabalho dos pais. Preocupam-se com situações que eles irão enfrentar e farão, por muitas vezes, perguntas com o objetivo de receber reafirmação de segurança. Por exemplo, quando assiste algo na TV acerca de temas policiais, irá pensar durante semanas sobre aquilo que assistiu. As crianças encontram dificuldades em controlar suas preocupações, adicionado a agitação, fadiga, dificuldades no sono. Outras ainda podem incluir sintomas somáticos, sentimentos de tensão e incapacidade para relaxar.²⁷

Fobias Específicas

São caracterizadas pelo medo de objetos ou situações específicas que aparecem além dos limites do perigo real. A ansiedade intensa induz ao comportamento evitativo. A exposição ao estímulo fóbico pode resultar num ataque de pânico. Fobias específicas são diferenciadas do medo normal, uma vez que a reação fóbica é excessiva, mal adaptativa e além da proporção que a situação demanda.^{28,24} Esses medos focalizam-se em animais ou insetos; desastres naturais, tempestades, alturas, água; lesões físicas, picada de injeções (exame de sangue) e situacionais como atravessar túneis, pontes, voar, nadar. São comuns em pré-

escolares. Essas fobias tendem a desaparecer quando a criança fica mais velha. Entretanto, quando as fobias específicas persistem e atrapalham a vida da criança, o tratamento se faz necessário.^{2,28}

Fobia Social

Muitas crianças experimentam períodos de timidez e podem, às vezes, sentirem-se inquietas ao redor de estranhos. Mas para alguns, o desejo de evitarem estranhos, incluindo pessoas da própria idade, torna-se tão extrema que interfere no desenvolvimento das relações normais sociais. Extrema timidez que é inapropriada para a idade dos indivíduos, pode indicar fobia social, também referida como transtorno de ansiedade social.²⁷

Crianças com fobia social tipicamente têm relacionamentos calorosos com os membros da família, e desfrutam a interação com os mesmos. Mas elas temem ampliar seu “circulo”. Se o transtorno persiste, as mais jovens podem ser incapazes de desenvolver habilidades sociais apropriadas para sua idade. Eventualmente, podem ficar isolados e/ou deprimidos.² Como consequência, irão evitar situações onde devem conhecer pessoas novas, falar ao telefone, freqüentar times ou clubes, responder questões em classe, ou usar a roupa errada.²⁷

Nos casos em que a criança é incapaz de falar em algumas situações sociais, denomina-se ***mutismo seletivo***. Alguns pesquisadores acreditam que o mutismo seletivo é uma forma de fobia social. Inicia freqüentemente em crianças mais novas e pode estender-se até a adolescência se não tratar.²

Ataques de pânico

É um período discreto em que subitamente inicia uma apreensão intensa, temor ou terror, quase sempre associado com sentimentos de ameaça de morte. Estes sentimentos são usualmente acompanhados por alguns sintomas físicos como palpitações, sudorese, tremores, náuseas ou dores de estômago, dor no peito ou desconforto, dificuldade para respirar, tonturas, medo de perder o controle ou ficar louco, e sensação de asfixia. São raros nas crianças mais novas, manifestando-se próximo da adolescência. A presença de ataques de pânico recorrentes, bem como apreensão sobre futuros ataques, é chamado de ***Transtorno de Pânico***.

Os ataques de pânico quase sempre ocorrem com ***Agorafobia***, que é caracterizado pelo medo de certos lugares ou situações onde a pessoa não será capaz de pedir ajuda ou escapar quando um novo evento de pânico ocorrer. Pessoas com agorafobia podem resistir em sair de casa, ir a escola, pegar um ônibus, multidão. É um sinal que a pessoa precisa de ajuda.²

Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

Crianças com TOC são perturbadas por pensamentos persistentes e recorrentes ou obsessões (impulsos ou imagens que são invasivas e angustiantes) e compulsões (comportamentos repetitivos, ex. lavar as mãos). Estes sintomas causam angústia e interferem na rotina normal da criança. Elas podem experimentar as obsessões e compulsões sem compreender a natureza excessiva e irreal dos sintomas. Obsessões podem centrar em temas de contaminação pessoal por germes, que algum mal possa sobrecarregar sobre seus queridos, imagens violentas, material religioso ou sexual. As compulsões envolvem repetições, arrumação, organização, checagem, limpeza ou rituais.^{2,24}

Transtorno de Estresse Pós Traumático -TEPT

O TEPT é caracterizado pela re-experiência do evento traumático, como testemunhar a morte de uma pessoa num acidente de carro, desastre natural ou outro, assaltos, abuso físico ou sexual, um acidente ou uma doença grave. A severidade e duração do trauma bem como o grau da exposição do indivíduo ao evento são os fatores mais importantes afetando a probabilidade de desenvolver este transtorno.

A resposta da pessoa ao trauma envolve medo intenso, desamparo ou horror. Em crianças, a resposta pode ser expressa como comportamento agitado. Evitam coisas que relembram o que aconteceu. Muitos têm sintomas físicos, sonham repetidamente o aspecto do trauma, evitam dormir para não sonhar ou para não relembrar o evento traumático. Os sintomas aparecem nos primeiros três meses depois do trauma, mas em algumas instâncias, os sintomas podem se manifestar anos após o evento estressante.² Quando a resposta ao trauma ocorre imediatamente seguida ao evento o transtorno é denominado de ***Transtorno de estresse agudo*** e seus sintomas são similares à aqueles encontrados no TEPT.

1.3 As Causas dos transtornos de ansiedade

Além dos eventos do cotidiano, existem fortes evidências que outros fatores contribuem para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Hereditariedade pode ser um fator significativo. Em adição, existe um consenso que liga os ataques de pânico, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Ansiedade de Separação com a química interna corporal.²⁴

Situações que marcam a vida da criança como ir a escola, mudar de cidade ou de casa, as vezes são associadas com o início dos sintomas dos transtornos. Mas nem sempre os

sintomas aparecem com perigo ou eventos desencadeantes. Em tempos atrás, as pessoas pensavam que os transtornos de ansiedade em jovens eram produtos de famílias “estressoras” ou instáveis. Os estudos atuais demonstram que isto nem sempre é uma verdade.²⁴

Os transtornos de ansiedade são problemas sérios e reais de saúde, mas são tratáveis, se forem identificados clinicamente. Eles não são desculpas ou fraquezas. Embora fatores externos possam influenciar o curso dos transtornos, fatores genéticos e biológicos são igualmente envolvidos – tal como muitos outros problemas de saúde, como o diabetes ou problemas cardíacos.²

1.4 Prevalência e curso

Levantamentos feitos com crianças e adolescentes da comunidade com questionários de auto respostas indicam que os transtornos de ansiedade são os distúrbios emocionais mais comuns na infância, tendendo a variar seu curso. Transtornos fóbicos têm seu início mais cedo na vida. O Transtorno do pânico atinge seu pico na adolescência, continuando através da fase adulta, mas é raro depois dos 40 anos. O início da ansiedade generalizada ocorre através de todas as faixas etárias. A Fobia Social é a mais comum durante a adolescência ou no início da fase adulta e muitas vezes foi precedida pela timidez na primeira infância. TOC tem seu início cedo com aproximadamente 50% dos casos ocorrendo antes dos 20 anos de idade. Ansiedade na infância é quase sempre julgada como uma passagem de queixas.¹⁶ Nesta instância, 70% das crianças entre 6 e 12 anos que tinham sido diagnosticados com Ansiedade Generalizada, mantiveram seu diagnóstico por dois anos seguintes.¹⁵ Outros estudos demonstraram que aproximadamente 50% das crianças da comunidade reuniam critérios diagnósticos para algum transtorno de ansiedade, persistiam exibindo algum transtorno ansioso dois anos depois.²⁴

Estudos avaliaram a psicopatologia passada e presente em 275 crianças entre 6 e 19 anos e evidenciaram que 14% das crianças tinham história de transtorno de ansiedade e destas, 66% reuniam critérios para algum transtorno no momento da avaliação. A média de duração do transtorno até o momento da entrevista era de 4 anos, sendo estimado que 46% das crianças com transtornos de ansiedade ainda estaria doente 8 anos depois do início do transtorno.¹⁶

A cronicidade dos transtornos de ansiedade poderia apresentar-se certos quando na associação com vários problemas sociais: a dependência de adultos em situações sociais, a dificuldade em resolver problemas, a impopularidade e fracos relacionamentos entre casal.^{20,13,10} Num outro estudo com amostra clínica, crianças ansiosas tiveram menos sucesso

em formar amizades do que as que não tinham o transtorno, indicando que a ansiedade em crianças está associada com dificuldades sociais significativas.²⁴

Existem evidências consideráveis de que o início de muitos problemas psicológicos tiveram suas origens na infância e adolescência, em particular o caso dos transtornos de ansiedade.²⁹ O que tem sido demonstrado pelo número de levantamentos longitudinais promovendo evidências que transtornos na infância grandemente aumenta o risco de problemas similares na adolescência.^{30,21,24} Adultos com transtornos de pânico e uma história de ansiedade na infância possuem também agorafobia e desenvolvem ataques de pânico e evitação fóbica mais cedo do que sujeitos sem uma história de ansiedade na infância.³¹ Pesquisas também relacionam os transtornos de ansiedade como um fator de risco no desenvolvimento de outras formas de psicopatologia infantil, como transtornos de humor e problemas de comportamento.¹¹

Estudos têm encontrado níveis relativamente altos (acima de 45%) de comorbidades entre Transtornos de Ansiedade com depressão em adolescentes^{17,18} e Transtornos do Comportamento Disruptivo.^{19,21}

Em aproximadamente dois terços dos casos de depressão maior, a ansiedade precedeu a depressão e persistiu depois dela.¹⁷ Fobias aparecem como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão maior,¹⁸ enquanto que transtornos de pânico têm sido associados com um alto risco de tentativas e efetivação de suicídio.²⁴ Pesquisas longitudinais corroboram com os achados de que crianças ansiosas estão em risco para deprimirem-se mais tarde na adolescência.²⁴

1.5 Avaliação da ansiedade em crianças^a

Estudos recentes apontam a necessidade da identificação clínica precoce em crianças ansiosas como uma possibilidade de promover intervenções apropriadas.¹ A intervenção cedo depende de instrumentos disponíveis com propriedades psicométricas válidas e fidedignas para identificar a ansiedade. A entrevista clínica estruturada representa um método para este fim, contudo a identificação e quantificação dos sintomas por meio de instrumentos de medida psicométrica trazem um grande auxílio na eficácia do tratamento.

Questionários para crianças, pais ou professores representam atualmente os métodos mais eficientes para identificar crianças ansiosas, entretanto, os instrumentos disponíveis auto-administráveis para avaliar ansiedade sofrem de duas grandes limitações. Primeiro, a maioria das medidas é extensões descendentes de instrumentos de adultos os quais, são baseadas na

hipótese de que a ansiedade em crianças assemelha-se na apresentação da ansiedade dos adultos, sem considerar as diferenças desenvolvimentais na apresentação dos sintomas como na descrição dos critérios diagnósticos dos transtornos de ansiedade referidos no DSM-IV. As variações de critérios diagnósticos específicos para transtornos de ansiedade entre crianças *versus* adultos, inclui o transtorno de ansiedade de separação como um problema específico em crianças. A segunda limitação dos instrumentos é a falha em identificar sintomas de ansiedade que refletem transtornos específicos, como Fobia Social, TOC, Transtorno de Ansiedade Generalizada ou Ansiedade de Separação.¹

1.5.1 Instrumentos de avaliação da ansiedade infantil ^a

Um dos estudos clássicos publicados sobre ansiedade infantil foi realizado com um questionário respondido por mães sobre os medos específicos dos filhos entre 2 e 6 anos de idade³². O crescimento dos estudos sobre ansiedade infantil teve seu ponto de partida na Europa com trabalhos sobre o medo, insegurança e problemas de comportamento entre crianças que perderam e/ou separaram-se de seus pais por ocasião da Segunda grande Guerra na década de 40. Inicialmente as avaliações da ansiedade eram realizadas com observação, entrevista com a criança e muitas vezes com o uso de instrumentos projetivos.³³

Conforme mostra a Tabela 2, na década de 50 surgiram os primeiros instrumentos psicométricos para avaliação da ansiedade de crianças. Entre eles encontravam-se o *Sarason's General Anxiety Scale for Children*,³⁴ criado em Yale- EUA, o primeiro teste publicado para avaliar o estado ansioso de crianças no contexto escolar. Para os pesquisadores, a natureza da ansiedade diante da testagem, identificava-se com dois componentes importantes: emocionalidade e preocupação. A emocionalidade compreendendo os sentimentos e reações fisiológicas, tais como tensão e batimentos cardíacos acelerados. A preocupação ou componente cognitivo, incluindo pensamentos negativos auto-orientados, tais como a expectativa de sair-se mal e o medo das conseqüências do fracasso. Anos mais tarde surgiu o *Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)*,³⁵ baseado na escala original de ansiedade manifesta para adultos *Taylor Manifest Anxiety Scale*.³⁶ O *Test Anxiety Scale for Children (TASC)*³⁷ surgiu na década de 60, criado pelos mesmos pesquisadores em Yale, especificamente para avaliar a ansiedade diante da testagem ou prova. Nesta mesma década surgiu a primeira versão do *Fear Survey Schedule for Children*³⁸, uma escala que avalia os

^a Artigo Publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria. 2005;27(4):329-35

medos de crianças listados em categorias diferenciadas. O TASC foi o teste mais utilizado em pesquisas nesta década.³³

Tabela 2. Número de estudos referentes a escalas de ansiedade infantil por décadas

Escalas	Décadas					
	50	60	70	80	90	01_02
Sarason's General Anxiety Scale for Children	8	13	28	12	2	23
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 (R-CMAS)			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-R)			0	0	14	45
Conner's Teacher's Rating Scale (CTRS)			1	12	2	27

Fonte: Reunião Anual de Psicologia³³

Na década de 70, Spielberger construiu um instrumento de auto-avaliação de ansiedade que pudesse ser utilizado simultaneamente como medida de ansiedade "Estado" e "Traço". O Inventário foi desenvolvido em sucessivas etapas, com base numa seleção de itens de 3 escalas de ansiedade mais amplamente utilizadas em adultos.^{36,39,40} Posteriormente, o *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*⁴¹ foi adaptado para crianças. Concomitantemente, nos EUA, novos estudos de propriedades psicométricas configuraram o *Revised-Children's Manifest Anxiety Scale (R-CMAS)*⁴², a versão modificada do CMAS. Esses dois testes encabeçam o ranking das escalas mais utilizadas nos estudos até os dias atuais, conforme a Tabela 3.

Conforme observa-se, também, na Tabela 2, entre as décadas de 80, 90 e os anos 2001 e 2002, identificou-se uma variedade de escalas diferentes que avaliam o construto de ansiedade e, dentre as mais citadas foram *Child Behavior Checklist (CBCL)*,⁴³ *Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*,⁴⁴ *Piers-Harris Children's Self Concept Scale*⁴⁵, *Social Anxiety Scale for Children-Revised (SASC)*.⁴⁶ Paralelamente, houve crescimento expressivo do número de publicações utilizando-se escalas para avaliar o construto ansiedade.³³

1.5.2 As escalas mais utilizadas e seus construtos

Encontra-se uma grande variedade de escalas que avaliam o construto ansiedade em crianças. Em pesquisa bibliográfica e em banco de dados informatizados, conclui-se que desde a década de 50 até 2002 foram criados em torno de 118 instrumentos diferentes para esta finalidade. A Tabela 3 mostra o ranking das escalas mais utilizadas em pesquisa deste a década de 50.³³

Os construtos teóricos encontrados nas escalas da Tabela 3 são divididos em seis principais categorias: a) Itens construídos a partir de como a criança pensa e sente a respeito da manifestação da ansiedade no corpo, pensamento e comportamento. Entre estas escalas encontra-se *Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)*³⁵ e a sua versão revisada *Revised-Children's Manifest Anxiety Scale (R-CMAS)*;⁴² b) Escalas cujos itens baseiam-se no traço ansioso da situação diante da testagem, encontrando-se escalas como *Sarason's General Anxiety Scale for Children*³⁴ e *Test Anxiety Scale for Children (TASC)*;³⁷ c) O conceito de Traço e Estado da versão para criança do *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*;⁴¹ d) Os instrumentos de múltiplos construtos que avaliam comorbidades mentais e comportamentais (depressão, transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, comportamento disruptivo, retraimento social, etc), tendo itens ou subescalas que avaliam ansiedade, como por exemplo o *Conner's Rating Scale (para pais e professores)*,⁴⁷ *Diagnostic Interview Schedule for children (DISC)*,⁴⁸ *Child Behavior Checklist (CBCL)*,⁴³ *Piers-Harris Children's Self Concept Scale*,⁴⁵ *Children's Depression Inventory*,⁴⁹ *Personality Inventory for Children (PIC)*,⁵⁰ *Kids-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia K-SADS*;⁵¹ e) Instrumentos que avaliam transtornos específicos de ansiedade como por exemplo o *Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*⁴⁴ que avalia fobias e medos específicos. A *Social Anxiety Scale for Children (SASC e SASC-R)*^{46,52} é uma escala que avalia fobia social, a *Templer's Death Anxiety Scale*⁵³ avalia ansiedade de morte e *Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*⁵⁴ avalia transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); f) A categoria mais recente de escalas de ansiedade está em fase de crescimento e é resultado de uma série de atualizações de pesquisas com outros testes. Estão baseados nos critérios diagnósticos do DSM-IV. Os instrumentos avaliam alguns sintomas e transtornos de ansiedade. O *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*⁵⁵ foi desenvolvido com amostras clínicas. O *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*⁵⁶ foi desenvolvido com amostras de crianças escolares, com 39 itens divididos em 4 fatores (sintomas físicos, ansiedade social, evitação de objetos específicos e ansiedade de separação).

Tabela 3. Ranking das escalas mais utilizadas para avaliar ansiedade Infantil

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

Fonte: Busca em banco de dados informatizados³³

Recentemente, foi criada uma das escalas mais completas para avaliar transtornos de ansiedade, *Spence's Children Anxiety Scale (SCAS)*,¹ um instrumento australiano que demonstrou qualidades psicométricas adequadas e consistentes para população da Oceania (Austrália, Nova Zelândia, e Tasmânia) Holanda, Bélgica e Havaí. Possui três versões: criança/adolescente, pais de escolares e pais de pré-escolares.⁸ A bateria foi montada levando em consideração às fases do desenvolvimento da criança e avaliando seis transtornos de ansiedade comuns em crianças: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Ansiedade de Separação, Fobia Social, Transtorno de Pânico com e sem agorafobia e Fobias Específicas ou Medo de Ameaça Física.^{1,8}

1.5.3 Origem das escalas e a utilização dos instrumentos em pesquisa

Em busca de dados em bancos informatizados, observou-se que as escalas originam-se de diferentes países, sendo que 72,62% das publicações são de origem norte americana, seguido da Inglaterra, Canadá e Austrália (ver Tabela 4).

Tabela 4. Percentual dos estudos com escalas de ansiedade por países

País De Publicação	%
Estados Unidos da América	72,62
Inglaterra	5,43
Canadá	3,97
Austrália	3,55
Israel	2,19
Alemanha	2,08
Noruega	2,08
Índia	1,98
Espanha	1,46
Holanda	1,46
China	1,25
Japão	1,04
Dinamarca	0,8
Outros	0,09

Fonte: Busca em Bancos de dados informatizados³³

Entre as pesquisas realizadas utilizando escalas, 18,98% foram de estudos sobre comorbidades comportamentais e 18,46% sobre propriedades psicométricas, seguido de estudos sobre contextos específicos da estrutura de ansiedade como cultura, gênero, raça e idade, apontando 15,42%. Muitas pesquisas também utilizam o contexto escolar como foco das atenções para estudar o construto ansiedade que representam 11,71%. Já os estudos epidemiológicos equivalem 6,79% das pesquisas.³³ (Ver Tabela 5)

Tabela 5. Número de estudos utilizando escalas de ansiedade por décadas

Tipos de estudo com as escalas	Décadas						Total	%
	50	60	70	80	90	01-02		
Comorbidades mentais e comportamentais	4	7	30	53	102	167	363	19,00
Contextos específicos (cultura, gênero, idade)	11	13	28	30	61	151	294	15,38
Comorbidades dos pais associado a ansiedade dos filhos	1	1	5	7	36	99	149	7,80
Tratamento	0	1	4	16	35	65	121	6,33
Epidemiológicos	0	0	1	6	34	89	134	7,01
Contexto escolar (QI, rendimento, performance social)	4	39	54	40	22	65	231	12,09
Propriedades psicométricas (validade, precisão, normas)	11	16	32	72	90	132	342	17,90
Comorbidades físicas (diabetes, asma, câncer, etc.)	0	2	7	18	41	110	178	9,31
Estudos com gêmeos	0	0	0	0	1	2	3	0,16
Programas de prevenção	0	1	0	6	7	12	26	1,36
Revisões teóricas	0	0	1	4	5	30	40	2,09
Ansiedade odontológica	0	0	0	2	1	27	30	1,57
Total	31	80	162	254	435	949	1911	100

Fonte: Busca em Bancos de dados informatizados³³

Se analisarmos a prevalência dos estudos através das décadas desde o surgimento das primeiras escalas de ansiedade como mostra a Tabela 5, as décadas de 60 e 70 predominaram os estudos sobre a ansiedade infantil relacionadas ao contexto escolar. Estes estudos, em sua maioria, abordavam a questão das diferenças individuais, QI, performance social, rendimentos escolares, tamanhos da classe, técnica utilizada pelo professor, etc. Nesta década houve um crescimento nos estudos sobre propriedades psicométricas, como também os estudos sobre comorbidades mentais e comportamentais tomam evidência. Na década de 80 evidenciaram-se os estudos de propriedades psicométricas, seguido dos estudos de comorbidades mentais e comportamentais, que passa a ser o foco das atenções na década de 90 e na década atual.³³

1.5.4 Os instrumentos no Brasil

As publicações indexadas em bancos de dados evidenciam a carência de instrumentos brasileiros específicos para avaliar a ansiedade em crianças, pois se encontrava para comercialização somente o Inventário de Ansiedade Traço Estado para Criança (IDATE)⁵⁷ versão brasileira do *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*³⁹. Recentemente, este teste recebeu o parecer desfavorável para uso pelo Conselho Federal de Psicologia por suas normas não estarem atualizadas.⁵⁸

Outras escalas foram traduzidas e adaptadas ao contexto brasileiro, mas sua utilização tem sido apenas para pesquisas específicas em contexto acadêmico, como no caso da Escala de Ansiedade Manifesta Forma Infantil (EAM-FI),⁵⁷ uma versão adaptada do *Children Manifest Anxiety Scale –CMAS*;³⁵ *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* ou *What I Think and Feel* (R-CMAS),⁴² validado para o Brasil como Escala de Ansiedade Infantil "O Que Penso e Sinto" (OQPS).⁶⁰ A versão brasileira do *Child Behavior Checklist* (CBCL)⁴³ é denominado de Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência com dados preliminares de validação brasileira.⁶¹ O CBCL tem sido utilizado em pesquisas sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes brasileiros.

Para avaliação da competência social e problemas do comportamento, encontra-se o *Social Competence and Behavior Evaluation Scale* (SCBE),⁶² que tem três subescalas, sendo uma delas para ansiedade/ retraimento. É um instrumento que tem sido utilizado em diversos países e no Brasil, a versão para professores foi validada para a população de pré-escolares e recebeu o nome de Perfil Sócio Afetivo de crianças pré-escolares (PSA-30).⁶³ Duas escalas de avaliação de transtorno obsessivo compulsivo também foram traduzidas, o Inventário de

Obsessões de Leyton⁶⁴ e a Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões versão para crianças (Y-BOCS-VC),⁶⁵ uma adaptação da *Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*.⁵⁴ O Inventário de Ansiedade e Fobia Social para Crianças (ISPAI-C) foi desenvolvido especificamente para avaliar Fobia Social em crianças e adolescentes jovens.⁶⁶ As escalas referidas acima, não foram avaliadas pelo Conselho Federal de Psicologia, conforme lista de testes recebidos ou com parecer favorável (aprovados). É importante salientar que, segundo a resolução 002/2003 são avaliados os instrumentos que são encaminhados pelos autores e editoras.⁵⁸

1.5.5 Principais críticas e limitações dos instrumentos

A identificação e quantificação dos sintomas por meio de instrumentos de medida psicométrica trazem grande auxílio a pesquisas científicas de um modo geral, possibilitando avaliações em larga escala. Os métodos mais eficientes para identificar crianças ansiosas são questionários para crianças, pais ou professores.

Os instrumentos disponíveis auto-administráveis para avaliar ansiedade sofrem de algumas limitações a serem observadas:

- a) São extensões descendentes de instrumentos de adultos, sem considerar as características específicas do desenvolvimento infantil. É o caso do *Revised-Children's Manifest Anxiety Scale (R-CMAS)*⁴², adaptado no Brasil como Escala de Ansiedade Infantil "O Que Penso e Sinto" (OQPS)⁶⁰, *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C)*⁴¹, no Brasil conhecido como Inventário de Ansiedade Traço Estado para Criança (IDATE-C)⁵⁷ *Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R)*⁴⁴, *Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*.⁶⁵
- b) São extensos para serem auto-administrados como o *Sarason's General Anxiety Scale for Children*.³⁴
- c) O *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED)*⁵⁵ foi desenvolvido para refletir a presença de sintomas de ansiedade especificamente em crianças, apresenta características psicométricas muito favoráveis para uso, no entanto seus dados foram elaboradas apenas com amostras clínicas, não oferecendo normas para a população geral. Este instrumento tem sido bastante utilizado e suas normas atualizadas, não houve registro de validação publicada no Brasil.
- d) Alguns instrumentos avaliam múltiplos construtos (incluindo ansiedade), são muito utilizados para detecção de problemas emocionais de crianças e apresentam

características psicométricas adequadas para uso, é o caso do *Child Behavior Checklist (CBCL)*,⁴³ *Piers-Harris Children's Self Concept Scale*,⁴⁵ *Conner's Teacher's Rating Scale (CTRS)*,⁴⁷ *Diagnostic Interview Schedule for children (DISC)*.⁴⁸ No entanto, estes instrumentos não apresentam no conjunto dos seus itens, a especificidade de sintomas e/ou transtornos específicos de ansiedade, como na descrição dos critérios diagnósticos referidos no DSM-IV.²⁶

O *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADISC)*,⁶⁷ é considerado muito extenso, mas apesar disso, apresenta características psicométricas adequadas para uso e os itens apresentam a avaliação de sintomas e transtornos de ansiedade de uma forma completa e adequada para a faixa etária infantil. O *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*,⁵⁶ tem sido bastante utilizado em pesquisa e disponibiliza o entendimento dos sintomas de ansiedade focalizando ansiedade social, ansiedade de separação, sintomas físicos e medos de objetos específicos.

Os instrumentos *Spence's Children Anxiety Scale (SCAS)*,¹ tem-se apresentado como um dos mais completos para avaliação de crianças, pois as pesquisas feitas com os mesmos, apontaram a necessidade da identificação clínica precoce em crianças ansiosas como uma possibilidade de promover intervenções apropriadas.^{8,24} Apresentam-se com a versão para criança, versão para pais e professores e pré-escolares. Os itens foram elaborados a partir das características do desenvolvimento da criança.

Colaborando com a produção de instrumentos de ansiedade, decidiu-se adaptar a escala (*SCAS*, versão pré-escolares)⁸ para o contexto brasileiro, como trabalho de dissertação de mestrado. A escala abrange sintomas equivalentes a ansiedade de separação, transtorno obsessivo compulsivo, ansiedade social, fobias específicas e ansiedade generalizada referidos pelos critérios diagnósticos do DSM-IV,²⁶ A escala possibilita a detecção precoce dos sintomas e suas propriedades psicométricas apresentaram índices adequados para as populações em que foi adaptada.⁸ Os estudos brasileiros de adaptação do SCAS, até então têm se mostrado satisfatórios e equivalentes aos da escala original australiana.^{68,69,70}

Crianças clinicamente ansiosas precisam ser diagnosticadas cedo e encaminhadas para o tratamento adequado e remissão de sintomas. Para esta finalidade, torna-se relevante a disponibilidade de instrumentos com propriedades psicométricas adequadas.

Na maioria dos países desenvolvidos, os dados sugerem uma grande variedade de escalas e testes disponíveis para os profissionais de saúde mental independentemente de estarem inseridos ou não no meio acadêmico. Os instrumentos são utilizados nas escolas,

clínicas públicas e privadas, facilitando não somente a identificação dos sintomas precocemente como ao encaminhamento das crianças para o tratamento adequado.

Devido a enorme lista de instrumentos encontrados, apresentamos apenas os mais citados nos bancos de dados. Diante disso, este trabalho apresenta limitações referente a informações mais completas (propriedades psicométricas, construto e o embasamento de algumas escalas) de todos os instrumentos. Não tivemos conhecimento de outros instrumentos no Brasil, pois nos detemos apenas a publicações indexadas nos referidos bancos de dados.

As pesquisas quando realizadas no país, de um modo geral refletem apenas a traduções ou adaptações feitas de forma superficial, com um número reduzido de casos ou limitadas ao centro do país e as normas publicadas como provisórias acabam como definitivas.⁷¹ Cabe ao profissional avaliar a qualidade psicométrica dos instrumentos, quanto a sua validade e a fidedignidade das normas.

Para que os testes não se tornem obsoletos, é indispensável proceder revisões e atualizações permanentes, a fim de assegurar precisão na interpretação dos resultados e a continuidade da fidedignidade das normas estabelecidas anteriormente por ocasião da construção do instrumento. A própria validade dos testes deve ser reexaminada periodicamente, considerando que os critérios em relação aos quais os instrumentos foram validados mudam através do tempo.⁷¹

No Brasil nota-se a carência de instrumentos específicos de avaliação da ansiedade em crianças, pois o único disponível está desatualizado. São necessários mais estudos para adaptar outras escalas que estejam adequada a faixa etária infantil, que avalie sintomas e transtornos de ansiedade, refletindo a realidade brasileira.

1.6 Ansiedade em Pré-escolares

Atualmente, é amplamente aceito que pré-escolares podem manifestar padrões de comportamento que reúnem critérios diagnósticos para algum transtorno de ansiedade, como ansiedade de separação, fobia social e fobias específicas. Os estudos epidemiológicos incluem ocasionalmente pré-escolares, no entanto seus dados não têm sido analisados e relatados separadamente. As mínimas evidências disponíveis provêm de estudos que examinam medos de estímulos específicos mais do que sintomas de ansiedade entre pré-escolares.⁸

O entendimento da etiologia, tratamento e prevenção dos transtornos de ansiedade em crianças menores é muito limitado devido às poucas investigações relativas ao diagnóstico e classificação. Uma das principais barreiras para pesquisar e avaliar ansiedade em pré-escolares

é a falta de instrumentos válidos e fidedignos. A maioria dos instrumentos disponíveis resulta de publicações estrangeiras e de adaptações de medidas desenvolvidas com crianças mais velhas ou de adultos, como por exemplo, o *Louisville Fear-Survey*,²⁵ modificação do *Fear Survey Schedule for Children*⁴⁴ e *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children*.⁶⁷ Outros instrumentos^{43,62,72} do tipo *Checklists* tendem a cobrir os aspectos mais globais de comportamentos internalizados, além de padrões de comportamento ansioso/retraído, promovendo mínimas informações sobre sintomas específicos de ansiedade.

No Brasil, os instrumentos também consistem em adaptações de medidas desenvolvidas para crianças em idade escolar e adolescente. O Inventário de Ansiedade Traço Estado (IDATE-C)⁵⁷ foi durante décadas, a única escala de ansiedade disponível. No entanto, esta escala recebeu o parecer desfavorável pelo Conselho Federal de Psicologia por estar desatualizada.⁵⁸

Para pré-escolares, dois instrumentos de relato de pais/professores, foram adaptados ao contexto brasileiro: o Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL)⁶¹ e o Perfil Sócio Afetivo de crianças de idade Pré-escolar (PSA-30).⁶³ Eles tendem a cobrir diversos aspectos do comportamento da criança, mas promovem informações restritas sobre sintomas específicos e transtornos de ansiedade.

Na literatura estrangeira, foi identificado um instrumento que vem ao encontro do trabalho clínico e preventivo^(b). A *Childhood Concerns Survey*⁸ permite identificar sintomas específicos segundo as etapas de desenvolvimento infantil.

1.7 A Childhood Concerns Survey (CCS)

A *Childhood Concerns Survey CCS*⁸ foi desenvolvida pelos pesquisadores australianos Dr^a. Spence, Dr. Rapee e colaboradores em 2000 como uma medida que examina prováveis casos de transtorno de ansiedade em pré-escolares. O instrumento CCS avalia ansiedade nos aspectos comportamentais e cognitivos do construto dimensional da ansiedade como descrito nos critérios do DSM-IV,²⁶

^(b)Silva, W. V., Figueiredo, V. L. M. Panorama das escalas de ansiedade em crianças no período de 1887 a 2002 In: XXXII Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2002, Florianópolis. Resumo de comunicações científicas, SBP, Florianópolis, 448p. Florianópolis: IOESC - Imprensa Oficial do Estado de Santa Catarina, 2002. v.1. pag.410.

O instrumento CCS consiste numa escala de 30 itens que quantitativamente avalia a severidade dos sintomas de ansiedade em pré-escolares com base no relato dos pais. Surgiu como uma proposta de detecção e prevenção da ansiedade ainda em estágio primário e como meio de auxiliar na avaliação mais ampla dos transtornos de ansiedade. Utiliza uma escala de 5 pontos e tem cinco subescalas: transtorno obsessivo compulsivo (TOC), fobia social (FS), medo de lesão física (MLF – categoria dada pelos pesquisadores para relacionar as fobias específicas na faixa etária), ansiedade generalizada (TAG) e ansiedade de separação (AS).⁸

A versão original em inglês foi testada numa população de pais e mães de crianças pré-escolares entre 2,5 e 6,5 anos moradores de duas grandes cidades da Austrália. Apresentou excelentes resultados na validade de construto, evidenciando que cinco fatores explicariam 51% das variâncias na Análise Fatorial Exploratória. A Análise Fatorial Confirmatória, comprovou que os cinco fatores explicaram melhor o construto da ansiedade do grupo em estudo.⁸

A validade de critério concorrente foi estudada com o *Child Behaviour Checklist* – CBCL,⁴³ e encontradas correlações variando de 0,37 a 0,61.⁸ No estudo sobre os efeitos do gênero para os fatores, foi observado que as meninas apresentaram maior escore apenas no fator Medo de Lesão Física, enquanto os meninos evidenciaram médias superiores nos demais fatores, em relação ao total de escores. Os resultados contrastam com outros achados na literatura que mostram que o sexo feminino é mais ansioso que o sexo masculino.⁸ Por outro lado, em relação a idade, os escores das crianças de 4 anos, quando comparadas com as de 5 anos, não deram muita diferença. Já para o grupo de crianças de 3 anos, quando comparado com as de 4 e 5 anos, apresentou diferença significativa estatisticamente.⁸

A falta de instrumentos para avaliar transtornos de ansiedade em crianças adaptadas a língua portuguesa e à cultura brasileira, com propriedades psicométricas adequadas, tem sido percebidas como um sério problema. A validação do CCS para o português pode tornar possível estudos para diagnosticar, avaliar a severidade de sintomas e verificar o impacto do tratamento dos transtornos de ansiedade em amostras de pré-escolares brasileiros entre 2,5 e 6 anos. Os estudos poderiam ser comparados com os dos outros países, populações e culturas.

1.8 Objetivo

O objetivo dessa investigação foi adaptar para uma amostra brasileira, o CCS, verificando se os sintomas de ansiedade em pré-escolares brasileiros refletem os cinco subtipos de transtornos propostos pela escala australiana CCS.

CAPÍTULO II

MÉTODO

A pesquisa constituiu na adaptação de instrumento psicológico e o projeto teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas –RS.

2.1 Amostra

2.1.1 Análise Teórica dos itens

Para tradução do instrumento, participaram do estudo cinco tradutores com o domínio dos dois idiomas (inglês e português).

Na análise do instrumento contou-se com a colaboração de 37 juizes que tinham experiência com o uso do DSM-IV. Este grupo foi composto de 48% de homens e 52% de mulheres; 43% eram psicólogos, 41% psiquiatras, 8% neuropediatras e 8% pediatras, sendo que 45,94% trabalhavam em consultório particular, 21,62% em serviços de saúde pública, 16,22% em Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPS) e 16,22 em centros clínicos universitários. A média de idade foi de 38 anos e de profissão 14,6.

A análise semântica foi realizada com um grupo de 20 pais de crianças entre 2.5 e 6 anos de idade, matriculadas em instituições públicas e privadas, representando os dois extremos da amostra quanto ao nível de escolaridade.

Posteriormente, para o estudo piloto o instrumento foi aplicado a um grupo de pais (N =112) distribuídos em 12% de homens e 88% de mulheres, sendo que cerca de 50,09% tinha somente até a 8ª série e 33,04% o segundo grau completo. As tabelas 6 e 7 apresentam as características da amostra que participaram desta etapa.

Tabela 6. Dados sociobiográficos da amostra de juizes (N=37)

Variáveis e níveis	N	(%)
Sexo:		
Masculino	18	48
Feminino	19	52
Profissão:		
Psicólogos	16	43,25
Psiquiatras	15	40,55
Neurologistas	3	8,10
Pediatras	3	8,10
Local de trabalho		
Postos de Saúde	8	21,62
Consultório particular	17	45,94
CAPS Infantil	6	16,22
Universidade	6	16,22
Cidade em que trabalha		
Pelotas	17	45,94
Rio Grande	10	27,02
Novo Hamburgo	4	11
Porto Alegre	6	16,04
Idade Média		38,5
Tempo médio de Profissão		14,6

Tabela 7. Dados sociobiográficos dos pais (N=91)

Variáveis e níveis	N	(%)
Sexo:		
Masculino	11	12,08
Feminino	80	87,92
Local de aplicação		
Escola particular	10	10,98
Escola Pública	61	67,03
Da comunidade geral	20	21,97
Cidade de origem		
Pelotas	61	67,03
Novo Hamburgo	20	21,97
Porto Alegre	10	10,98

2.1.2 Análise empírica dos itens e do teste

Para a coleta de dados propriamente dita, a amostra constou de 420 pais de crianças entre 2,5 e 6 anos, matriculadas em instituições de ensino infantil da zona urbana de Pelotas – RS.

A amostra das crianças selecionou-se com base em uma lista de 54 escolas de educação infantil da rede pública e particular. Para a seleção da amostra as escolas foram sorteadas proporcionalmente entre as duas redes de ensino oficial (particular e pública).

Observou-se que 52,38% das crianças eram do sexo masculino e 47,62 % do sexo feminino, com média de idade de 4,64 anos ($Dp = 1,13$), sendo 71,40% provenientes da rede pública de ensino do município. O nível sócio-econômico, prioritariamente foi de classe baixa, com uma renda média mensal familiar de até 1,5 salários mínimos. A média de idade dos respondentes dos questionários foi de 34,60 anos, sendo que 87,10% trabalhavam, em sua maioria, composto de mães (74,50%). Cerca de 50% dos pais, não chegaram a completar o primeiro grau, embora houvesse 16% com curso universitário completo.

2.2 Instrumento ^(c)

À escala original foram adicionados 11 novos itens com base na revisão da literatura e discussão com seis psicólogos experientes constando, a versão brasileira inicial, de 41 itens (ANEXO 2).

Fundamentando-se nos estudos dos dados colhidos na análise teórica dos itens e na análise fatorial exploratória, procedida com os resultados do estudo piloto, quatro itens foram descartados por terem menos de 80% de concordância entre os juizes e por não terem sido compreendidos pela maioria dos pais. Dessa forma, o instrumento utilizado para a coleta de dados propriamente dita, na versão experimental, constituiu-se de 37 itens respondido numa escala de 5 pontos sendo 0= nunca, 1= raramente, 2= às vezes, 3 freqüentemente e 4= sempre como apresenta o ANEXO 3. Em relação ao instrumento original, 10 itens foram acrescentados e 3 eliminados.

^(c) Cópias da versão completa do CCS em português podem ser obtidas por meio de solicitação escrita ao autor do presente estudo.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Para adaptação do instrumento

Inicialmente, solicitou-se a três profissionais, com domínio dos dois idiomas para que traduzissem a escala para o português falado no Brasil. Em seguida, sem conhecimento do instrumento original, dois outros tradutores fizeram a tradução reversa (*back translation*) e as cinco versões foram comparadas com a da escala original.

Com o objetivo de estabelecer a **pertinência** dos itens ao atributo que pretendem medir,⁷³ o instrumento traduzido foi entregue a peritos (juizes) em seus locais de trabalho para que analisassem a representação adequada dos itens com cada um dos cinco fatores esperados conforme modelo apresentado no ANEXO 4.

Para garantir a validade aparente da escala e investigar se os itens estavam compreensíveis para a população que se destinava procedeu-se a análise **semântica** dos itens da escala, verificando se: (1) estavam inteligíveis para os pais de mais baixa escolaridade e (2) não se apresentavam deselegantes na sua formulação para os pais de maior escolaridade. O trabalho constituiu numa aplicação dialogada com os pais, solicitando que, antes de escolherem a resposta apropriada, repetissem com suas próprias palavras cada questão da forma que entendessem. A entrevista foi feita de forma individual, em sala cedida pelas próprias escolas, em horário combinado com os pais.

2.3.2 Para a coleta de dados

Tanto o estudo piloto como a coleta de dados da amostra propriamente dita, foram realizados nas mesmas condições já descritas no estudo-piloto, exceto que o instrumento foi entregue aos pais para auto-administração, após a assinatura do consentimento informado (ANEXO 5).

2.4 Análises estatísticas

2.4.1 Validade de construto

Os estudos de validade de construto mostram se os itens do instrumento avaliam e representam o construto que se propõem. É considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, uma vez que consiste em verificar a legitimidade da representação comportamental dos traços latentes, estando diretamente associada à teoria psicométrica. A validade de construto pode ser investigada pela análise fatorial exploratória e análise fatorial confirmatória.⁷³

A tabulação dos resultados foi feita no programa *SPSS 10.0 for Windows*. Para a análise empírica de itens utilizou-se o método da *correlação item/total*.⁷³

Inicialmente, desenvolveu-se o estudo para verificar a fatorabilidade da matriz dos resultados e investigar quantos construtos comuns seriam necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens ou seja, verificar se os itens poderiam ser reduzidos a um único fator ou mediriam diferentes transtornos propostos pela escala original. Para a análise fatorial exploratória; utilizou-se o método *Principal Components* (PC) para investigar a fatorabilidade da matriz e quantos componentes subjazem aos dados e o método *Principal Axis Factoring* (PAF), com rotação *Varimax*, para a identificação dos fatores,⁷⁴ e foram consideradas para esta análise apenas cargas fatoriais (covariâncias) acima de 0,30.⁷³

2.4.2 Validade de critério

As médias dos escores, segundo idade e sexo foram computadas para cada um dos fatores. As comparações foram analisadas utilizando a análise de variância (ANOVA) fatorial.

2.4.3 Fidedignidade

Trabalhou-se com o *Coeficiente Alfa de Crombach* verificando a consistência interna dos itens, ou seja a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste.⁷³

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1 Análise teórica dos itens

Os itens 5, 6, 10, 11, 12, 13, 21, 22, 23, 27, 30, 31 e 33 tiveram menos de 80% de concordância entre os tradutores foram refeitos conforme apresenta o ANEXO 1. Posteriormente os itens foram analisados pelo grupo de profissionais juizes. O resultado da análise constatou que o item 23 foi o único item que obteve menos de 80% de concordância e foi refeito mais uma vez. Houve sugestão de inclusão dos itens 37 a 41 que abordassem o mutismo seletivo, o roer unhas e a gagueira. A escala experimental então constou de 41 itens (ANEXO 2). Algumas sugestões dadas pelos pais para modificação dos itens aparecem na Tabela 8.

Da análise teórica dos itens, concluiu-se sobre a relevância e o entendimento dos itens, verificando-se que alguns itens não se aplicavam a pais de baixa escolaridade, resultando na escala experimental com 37 itens.

Tabela 8: Sugestões resultantes da análise semântica dos itens

Itens	Comentários e sugestões dos pais
1, 6, 11, 21, 26, 29,	Os pais dos menores de 3,5 anos, relataram ter dificuldades para conseguir avaliar os pensamentos dos filhos, pois não os manifestam com clareza.
4, 10, 34, 38, 40, 41	Sugeriram dividir o item em dois, por apresentar mais de uma idéia.
12, 15, 17, 35	Não souberam responder por que a criança ainda não foi exposta à situação em questão.

3.2 Análise empírica dos itens

O método da *correlação item/total* demonstrou que 36 itens foram discriminativos, excetuando o de número 1 “tem dificuldade em parar de se preocupar” que não conseguiu obter índices satisfatórios sendo, por esta razão, eliminado. Conclui-se, desta forma, que os demais itens do instrumento foram discriminativos ou seja, distinguem sujeitos com diferentes graus do traço latente.

3.3 Validade de Construto

Na análise inicial com os 36 itens do instrumento na sua versão experimental os índices de fatorabilidade da matriz indicaram a possibilidade de redução dos itens a fatores (KMO = 0,81; Barlett's T = $p < 0,001$; Determinante da matriz = 2,671E-05). O gráfico *Scree* apresentou 4 fatores claros, sendo que apareceram 10 fatores com *autovalor* > 1 destacando-se 1 fator responsável por 18 % da variância explicada, 2 fatores por 30,75%, 3 fatores por 38% e 4 fatores por 43,87%.

Os itens foram analisados nos modelos de 1 até 10 fatores, optando-se pelo modelo de quatro fatores. Eliminando-se os itens com cargas insignificantes e itens complexos, o instrumento ficou com 26 itens e os seguintes fatores: transtorno obsessivo compulsivo, medo de lesão física, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada. Em relação a escala original, o fator 4 contém itens de ansiedade generalizada e ansiedade de separação. Os fatores apresentam o número suficiente de itens segundo a literatura que define no mínimo 3 itens para cada dimensão avaliada.⁷⁴ Os coeficientes de correlação entre os fatores foram $r_{12} = 0,24$; $r_{13} = 0,31$; $r_{14} = 0,37$; $r_{23} = 0,26$; $r_{24} = 0,14$ e $r_{34} = 0,37$ evidenciando fatores independentes. A tabela 9 mostra as cargas fatoriais e os principais índices dos parâmetros psicométricos investigados para o referido modelo.

Tabela 9. Matriz fatorial *pattern* para 4 fatores (N=420)

Transtorno	Sintomas avaliados no item	Cargas fatoriais			
		Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
	Rituais de limpeza	0,66			
Transtorno Obsessivo Compulsivo	Preocupação com sujeira e germes	0,65			
	Excesso de organização	0,61			
	Perfeccionismo	0,61			
	Medo de errar	0,60			
	Apreensão	0,57			
	Pesadelos	0,45			
	Nervosismo em situações novas	0,34			
	Rituais de checagem	0,32			
Medo de Lesão Física	Medo de temporais		0,68		
	Medo de se afogar		0,58		
	Medo de escuro		0,49		
	Medo médico ou dentista		0,47		
	Medo que algo ruim aconteça aos pais		0,44		
	Medo de altura		0,42		
	Medo de insetos e/ou aranhas		0,42		
Transtorno de Ansiedade Generalizada	Roer unhas			0,68	
	Insegurança			0,49	
	Recusa à escolinha ou a babá			0,49	
	Medo de dormir sozinho			0,39	
Fobia Social	Timidez				0,69
	Mutismo				0,53
	Medo de falar com desconhecidos				0,50
	Evita situações que reunirão pessoas				0,50
	Medo de adultos				0,30
	Evita falar em público				0,30
	Número de itens	9	7	4	6
	Autovalores	4,82	3,18	1,88	1,53
	% da variância	18,53	12,22	7,25	5,87
	Precisão = (0,81)	0,79	0,71	0,62	0,66
	Correlação entre fatores:				
		r12=0,24; r13= 0,31; r14= 0,37			
		r23= 0,26; r24= 0,14			
		r34= 0,37			

3.4 Validade de Critério: a influência da idade e do gênero

Como apresenta a Tabela 10, os dados mostraram diferenças significativas ($p < 0,05$) entre as idades para cada escore total dos quatro fatores apresentados. Pelo teste *Post-hoc* observa-se que no Medo de Lesão Física, as crianças de 3 anos tiveram médias maiores do que o restante das idades.

Tabela 10. Média e desvio padrão (em parêntese) para o fator e escore total Por grupos de idade e Sexo, baseado nas respostas dos pais

	Sexo		Idades					Total (Sexo)
			2,5	3	4	5	6	
TOC	Masculino	Média	0,85	0,92	1,06	1,14	1,23	1,11
		DP	(0,44)	(0,74)	(0,67)	(0,66)	(0,62)	(0,65)
	Feminino	Média	0,70	1,20	0,88	1,34	1,41	1,20
		DP	(0,46)	(0,77)	(0,68)	(0,64)	(0,56)	(0,68)
	M + F	Média	0,79	1,09	0,98	1,24*	1,31*	1,15
		DP	(0,44)	(0,76)	(0,67)	(0,65)	(0,60)	(0,66)
MLF	Masculino	Média	1,17	2,03	1,80	1,84	1,56	1,72
		DP	(0,81)	(0,92)	(0,77)	(0,86)	(0,69)	(0,81)
	Feminino	Média	1,75	1,99	1,82	1,85	1,70	1,82
		DP	(0,86)	(0,83)	(0,92)	(0,61)	(0,60)	(0,75)
	M + F	Média	1,43	2,00*	1,81	1,84	1,62	1,77
		DP	(0,87)	(0,86)	(0,84)	(0,75)	(0,69)	(0,79)
FS	Masculino	Média	1,39	1,65	1,68	1,68	1,66	1,65
		DP	(0,76)	(0,71)	(0,71)	(0,72)	(0,52)	(0,66)
	Feminino	Média	1,36	1,77	1,56	1,81	1,93	1,76
		DP	(0,59)	(0,65)	(0,76)	(0,59)	(0,66)	(0,67)
	M + F	Média	1,38	1,72	1,62	1,74*	1,78*	1,70
		DP	(0,68)	(0,67)	(0,73)	(0,66)	(0,60)	(0,67)
TAG	Masculino	Média	1,11	1,32	1,07	1,11	1,13	1,13
		DP	(0,47)	(0,74)	(0,59)	(0,64)	(0,66)	(0,63)
	Feminino	Média	0,85	1,16	1,16	1,25	1,28	1,20
		DP	(0,65)	(0,77)	(0,90)	(0,55)	(0,57)	(0,69)
	M + F	Média	0,99	1,23	1,11	1,18	1,20	1,16
		DP	(0,56)	(0,76)	(0,74)	(0,60)	(0,63)	(0,66)
Total (Idade)	Masculino	Média	1,10	1,44	1,39	1,43	1,39	1,39
		DP	(0,40)	(0,41)	(0,45)	(0,48)	(0,45)	(0,46)
	Feminino	Média	1,15	1,53**	1,33	1,56**	1,58**	1,48
		DP	(0,41)	(0,51)	(0,54)	(0,44)	(0,44)	(0,49)
	M + F	Média	1,12	1,49	1,36	1,49	1,47	1,43
		DP	(0,40)	(0,47)	(0,49)	(0,47)	(0,45)	(0,47)

Legenda: * $p < 0,05$

** $p < 0,001$

TOC= transtorno obsessivo compulsivo

MLF= medo de lesão física

FS= fobia social

TAG= transtorno de ansiedade generalizada

Para os transtornos de TOC e Fobia Social, as crianças de 5 e 6 anos tiveram maiores níveis de ansiedade quando comparadas com as de 2,5 e com as de 4 anos. O Transtorno de Ansiedade Generalizada não demonstrou diferenças significativas quanto a idade.

As análises das diferenças entre os gêneros mostraram resultados semelhantes ao da literatura,^{1,38,75,76,77,78} evidenciando que as meninas apresentam níveis mais altos de ansiedade que meninos, com diferenças significativas ($p < 0,05$) encontradas nas crianças com idades de 3, 5 e 6 anos, nos transtornos de Fobia social e Ansiedade Generalizada.

3.5 Fidedignidade

Aparece também, na tabela 9, os valores encontrados para a análise da fidedignidade para a qual se utilizou a técnica do *Alpha de Cronbach*, verificando a consistência interna dos itens, ou seja, a congruência de cada item do teste com o restante dos itens.⁷³ Os coeficientes encontrados foram 0,79; 0,71; 0,62 e 0,66 respectivamente, para os fatores TOC, Medo de Lesão Física, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Fobia Social. Para a escala geral, o coeficiente foi **(0,81)**. Considerando 0,80 como índice esperado para garantir uma medida com pouco erro, os valores encontrados são aceitáveis.

3.6 Prevalência de sintomas de ansiedade

Uma estimativa de prevalência de cada sintoma de ansiedade foi definida com base nos percentuais, considerando os resultados assinalados na escala no 3(freqüentemente) e 4 (sempre). Os sintomas relatados mais prevalentes relacionavam ao Medo de Lesão Física (escuro, trovões, afogar-se, insetos, aranhas), fobia social (timidez, medo de falar com pessoas desconhecidas e mutismo seletivo). Estes achados (ver Tabela 11) corroboram com os estudos originais dos autores da escala.⁸

Tabela 11. Ranking dos sintomas na amostra de pré-escolares

Sintoma	Frequência(%)	Transtorno associado
Medo de escuro	32,61	MLF
Medo de temporais	28,33	MLF
Medo de se afogar	27,38	MLF
Timidez	25,71	FS
Medo que algo de ruim possa acontecer a seus pais	23,33	MLF
Medo de insetos e/ou aranhas	22,85	MLS
Mutismo	22,38	FS
Evita falar em público	19,76	FS
Medo de médicos ou dentistas	17,85	MLS
Nervosismo em situações novas	17,85	TOC
Evita situações que reunirão pessoas	17,14	FS
Medo de dormir sozinho	17,14	TAG
Medo de falar com desconhecidos	16,19	FS
Medo de errar	15,95	TOC
Roer unhas	14,52	TAG
Medo de altura	13,57	MLF
Insegurança	13,09	TAG
Preocupação com sujeiras e germes	10,47	TOC
Perfeccionismo	10	TOC
Medo de adulto	7,61	FS
Apreensão	7,61	TOC
Excesso de organização	7,61	TOC
Rituais de checagem	5,23	TOC
Rituais de limpeza	5	TOC
Pesadelos	4,28	TOC
Recusa à escolinha ou babá	3,57	TAG

Legenda: TOC= transtorno obsessivo compulsivo
MLF= medo de lesão física
FS= fobia social
TAG= transtorno de ansiedade generalizada

3.7 NORMAS

As normas para a versão brasileira do CCS foram elaboradas com base na amostra de padronização. Os escores ponderados, utilizando o percentil, traz a vantagem de oferecer resultados em faixas anuais e pelo sexo.

Dois tipo de normas foram elaboradas para avaliação do CCS como mostra a Tabela 12: As faixas de interpretação para cada transtorno proposto pela escala, seguem uma progressão de gravidade que varia da faixa I (abaixo da expectativa, menos ansiedade que a maioria das crianças) até a Faixa V (possibilidade de transtorno). As normas permitem interpretações por gênero, além de avaliar as diferentes faixas desenvolvimentais, pois possibilitam resultados para cada idade nos quatro transtornos propostos.

Tabela 12. Normas para interpretação dos escores por gênero, idade e faixas de intensidade da ansiedade

Transtorno	Faixas	Percentil	Masculino	Feminino	2,5	3	4	5	6
Transtorno Obsessivo Compulsivo	I	≤ 10	≤ 0,32	≤ 0,34	≤ 0,32	≤ 0,22	≤ 0,22	≤ 0,33	≤ 0,33
	II	11 - 20	0,33-0,55	0,35-0,57	0,33-0,43	0,23-0,31	0,23-0,43	0,34-0,56	0,34-0,78
	III	21 - 80	0,56-1,67	0,58-1,78	0,44-1,11	0,32-1,67	0,44-1,67	0,57-1,67	0,79-1,78
	IV	81 - 89	1,68-1,89	1,79-1,99	1,12-1,31	1,68-1,88	1,68-1,89	1,68-1,89	1,79-1,89
	V	≥ 90	≥ 1,90	≥ 2,00	≥ 1,32	≥ 1,89	≥ 1,90	≥ 1,90	≥ 1,90
Medo de Lesão Física	I	≤ 10	≤ 0,57	≤ 0,71	≤ 0,54	≤ 0,77	≤ 0,79	≤ 0,86	≤ 0,57
	II	11 - 20	0,58-1,00	0,72-1,14	0,55-0,70	0,78-1,14	0,80-1,00	0,87-1,37	0,58-1,14
	III	21 - 80	1,01-2,14	1,15-2,29	0,71-2,14	1,15-2,71	1,01-2,29	1,38-2,29	1,15-2,00
	IV	81 - 89	2,15-2,57	2,30-2,71	2,15-2,54	2,72-2,86	2,30-2,71	2,30-2,57	2,01-2,29
	V	≥ 90	≥ 2,58	≥ 2,72	≥ 2,55	≥ 2,87	≥ 2,72	≥ 2,58	≥ 2,30
Fobia Social	I	≤ 10	≤ 0,67	≤ 0,99	≤ 0,43	≤ 0,67	≤ 0,50	≤ 0,80	≤ 1,00
	II	11 - 20	0,68-1,17	1,00-1,33	0,44-0,70	0,68-1,13	0,51-1,00	0,81-1,33	1,01-1,33
	III	21 - 80	1,18-2,00	1,34-2,17	0,71-2,00	1,14-2,25	1,01-2,17	1,34-2,17	1,34-2,00
	IV	81 - 89	2,01-2,33	2,18-2,48	2,01-2,30	2,26-2,48	2,18-2,33	2,18-2,49	2,01-2,33
	V	≥ 90	≥ 2,34	≥ 2,49	≥ 2,31	≥ 2,49	≥ 2,34	≥ 2,50	≥ 2,34
Transtorno de Ansiedade Generalizada	I	≤ 10	≤ 0,40	≤ 0,40	≤ 0,36	≤ 0,28	≤ 0,20	≤ 0,40	≤ 0,40
	II	11 - 20	0,41-0,60	0,41-0,80	0,37-0,40	0,29-0,60	0,21-0,40	0,41-0,80	0,41-0,60
	III	21 - 80	0,61-1,60	0,81-1,60	0,41-1,40	0,61-1,60	0,41-1,60	0,81-1,40	0,61-1,60
	IV	81 - 89	1,61-1,99	1,61-1,99	1,41-1,60	1,61-2,18	1,61-1,95	1,41-1,80	1,61-1,80
	V	≥ 90	≥ 2,00	≥ 2,00	≥ 1,61	≥ 2,19	≥ 1,96	≥ 1,81	≥ 1,81

Interpretação:

Faixa I: Abaixo da expectativa

Faixa II: Média baixa: Apresenta menos ansiedade que a maioria das crianças

Faixa III: Média ou dentro da expectativa

Faixa IV: Acima da expectativa: Apresenta mais ansiedade do que a maioria das crianças

Faixa V: Possibilidade de transtorno

DISCUSSÃO

A Análise Fatorial Exploratória evidenciou a presença de 4 fatores distintos (transtorno obsessivo compulsivo, medo de ameaça física, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada). As dimensões do transtorno de ansiedade generalizada e ansiedade de separação não foram identificadas como fatores isolados na amostra estudada. Algumas pesquisas referem que a ansiedade generalizada emerge mais tarde no desenvolvimento infantil e que a ansiedade generalizada seria uma característica básica que subjaz a todos os transtornos de ansiedade.^{9,79} Estudos posteriores serão necessários para identificar a etiologia dos dois transtornos em crianças menores e para ampliar o processo de validação do CCS no Brasil.

A escala adaptada apresenta características psicométricas aceitáveis. Outras investigações devem complementar esta análise inicial como estudos de validade de critério concorrente, aplicando outros instrumentos paralelos já adaptados ao contexto brasileiro como o PSA⁶³ ou CBCL.⁶¹ Outra sugestão é o estudo com amostra de grupos clínicos. Ainda, quanto a estudos de validação seria necessária análise fatorial confirmatória e para fidedignidade estudos da estabilidade temporal da escala por meio de teste e re-teste.

Entre as limitações do presente estudo pôde-se apontar a pequena representatividade na amostra de crianças com 2,5 anos ($X= 0,99$). Também o estudo está fundamentado apenas nas respostas dos pais sem incluir alguma outra forma de observação direta do comportamento.

Outros estudos estão sendo feitos para investigar o espectro dos problemas de ansiedade em pré-escolares, com o objetivo de dispor um instrumento psicométrico válido, permitindo seu uso como técnica auxiliar no diagnóstico clínico e preventivo em saúde mental infantil.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o projeto estava inserido no Curso de Mestrado da instituição, proporcionando a integração dos alunos de graduação com os trabalhos do pós-graduação, desenvolvendo neles o espírito da produção científica e o interesse pela continuidade de seus estudos após sua formação. Este projeto de pesquisa contribuiu grandemente para o avanço na área de avaliação psicológica em pré-escolares, uma vez que nesta faixa etária, são raros os instrumentos de avaliação psicológica. Também contribuiu nos estudos sobre a etiologia da ansiedade em crianças ainda em estágio primário no desenvolvimento do indivíduo. As escolas têm sido beneficiadas, pois têm a disposição um instrumento capaz de detectar sintomas e transtornos de ansiedade, possibilitando o encaminhamento de seus alunos para uma intervenção adequada.

O grupo de pesquisa está dando seguimento aos estudos de adaptação do instrumento australiano à realidade brasileira. Os estudos que seguirão investigarão a validade da escala com amostras clínicas. O projeto constou com a participação de um aluno de mestrado e duas bolsistas de iniciação científica. As orientações seguiram semanalmente no mestrado em Saúde e Comportamento e na escola de psicologia.

As atividades de pesquisa realizadas oportunizaram a aquisição de novos conhecimentos em relação à ansiedade infantil e ressaltaram a importância de se detectar a ansiedade infantil, o mais prematuramente possível.

Os contatos com os juizes e com os pais das crianças foram de grande importância pelas observações acrescentadas bem como seus incentivos ao estudo - evidenciando a necessidade e importância do assunto. O presente trabalho, nesse sentido, possibilitou um processo de aprendizagem cada vez mais enriquecedor e significativo.

O trabalho também contribuiu para ressaltar a importância de se realizar trabalhos de adaptação de testes para o contexto brasileiro, uma vez que se torna necessário para pais e profissionais dessa área avaliarem transtornos de ansiedade em crianças pré-escolares o mais precoce possível, e isto é dificultado devido à escassez de instrumentos psicométricos disponíveis no Brasil.

A experiência proporcionou reflexões a respeito da complexidade do trabalho de campo, da diversidade do comportamento humano e das relações interpessoais, assim como das diferentes abordagens e metodologias. Nesse sentido, a experiência como bolsista possibilitou vivências muito ricas, pois viabilizou o contato com o universo amplo e complexo do ser humano, assim como com o das produções científicas.

REFERÊNCIAS

1. Spence S. A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*. 1998; 36: 545-566.
2. Beidel D, Albano A, Cooley-Quille M, Hibbis E, March J, Masia C et al. *Treating anxiety disorders in youth: current problems and future solutions [monograph]*. Anxiety Disorders Association of America ADAA, Virginia. 1998.
3. Luft CP. *Dicionário da língua portuguesa*. 1ª ed. São Paulo: Ática; 2001.
4. Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de psiquiatria clinica*. 1998; 25: 285-290.
5. Allen AJ, Leonard H, Swedo SE., Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.1995; 34: 976-86.
6. Swedo SE, Leonard HL, Allen AJ. New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Curr Probl Pediatr*.1994; 24:12-38.
7. Rapee, RM, Schniering CA. Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; .
8. Spence S, Rapee R. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research and therapy*. 2001; 39, 1293-1316.
9. Rapee RM. Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*.1991; 1: 419-440.
10. Strauss CC, Frame CL, Forehand RL. Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*.1987; 16:235-239.
11. Strauss CC, Last CG, Hersen M, et al. Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*.1988;16(1):57-68.
12. Strauss CC, Last CG. Last CG. Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord* 1993; 1: 141-52.
13. Messer SC, Beidel DC. Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994; 33: 975 983.
14. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kaszdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1502-10.

15. Pfeffer CR, Lipkins R, Plutchik R, Mizruchi M.. Normal children at risk for suicidal behaviour. A two-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1988; 27: 34-41.
16. Keller MB, Lavori, PW, Wunder J, Beardslee WR, Schwarts CE, Roth J. Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992;31:595-599.
17. Kovacs M, Gatsonis C, Paulauskas SL, Richards C.. Depressive disorders in childhood: IV:A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*.1989;46: 776-783.
18. Schatzberg F, Samson J, Rothschild J, Bond TC, Regier D. McLean Hospital Depression Research Facility:early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*. 1998;173(Suppl.34):29-34.
19. Anderson DJ, Williams S, McGee R, Silvia PH. DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*. 1987; 44: 69-76.
20. Kashani JH, Orvaschel H. Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*.1988; 145(8):960-964.
21. McGee R, Feehan M, Partridge F, et al. DSM-III disorders in a large sample of adolescents, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1990; 33: 333-341.
22. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Suicidal tendencies in panic disorder: Clinical and epidemiologic issues. In: Burrows GD, Roth M, Noyes JR, editors. *Contemporary Issues and Prospects for Research in Anxiety Disorders*. New York: Elsevier; 1992. p.181-199.
23. Furtado EF. Ansiedade na Infância e Adolescência. In: Hetem LAB, Graeff FG. *Ansiedade e Transtornos de Ansiedade*. Rio de Janeiro, Editora Científica Nacional, 1997; p. 251-269.
24. Dadds M, Seinen A, Roth J, Harnett P. Early Intervention for anxiety disorders in children and adolescents. In: Davis C, Martin G, Kosky R, O'Hanlon A. *The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People*. 2000. Adelaide, Adelaide University press, Vol 2. P. 7- 35.
25. Miller LC, Barret CL, Hampe E, Noble H. Factor structure of children's fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1972;39: 264-268.

26. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
27. Rapee RM, Spence SH, Cobham V, Wignall M. *Helping Your Anxious Child: A Step-by-Step Guide for Parentes*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2000.
28. Silverman WK, Rabian B. Simple phobias. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 1993; 2: 603-22.
29. Beidel DC, Christ MAG, Long PJ. Somatic complaints in anxious children. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19:659-70.
30. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35(9): 1110-9.
31. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle E, et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376-81.
32. Jersild, AT, Holmes, FB. *Children's Fear*. Child Development Monographs (nº12). Columbia (NY): Columbia University Bureau of Publications;1935.
33. Silva WV, Figueiredo VLM. Panorama das Escalas de Ansiedade em Crianças no Período de 1887 a 2002 In: XXXII Reunião Anual de Psicologia. Florianópolis, Brasil: 2002; (1) p.410.
34. Mandler G, Sarason SB. A study of Anxiety and Learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1952; 47: 166-173.
35. Castañeda, A, McCandless, BR, Palermo, DS, The children's form of Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 1956; 27: 317-26.
36. Taylor JÁ. The Taylor manifest anxiety scale and intelligence. *J Abnorm Psychol*. 1955; 51(2):347.
37. Sarason SB, Davidson K, Lighthall F, Waite RA. Test Anxiety Scale for Children. *Child Dev*. 1958; 29(1):105-13.
38. Scherer MW, Nakamura CY. A fear survey schedule for children (FSS-FC): a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behavior Research Therapy*. 1968; 6(2): 173-82.
39. Cattell RB, Scheirer IH. *Handbook for the IPAT Anxiety Scale* (2nd. ed.). Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, Illinois. (1963).
40. Welsh GS. MMPI profiles and factor scales A and R. *J Clin Psychol*. 1965; 21(1): 43-7.

41. Spielberger CD. Manual for the State- Trait anxiety Inventory for Children. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press. 1973.
42. Reynolds CR, Richmond B. What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of abnormal Child Psychology*. 1978; 6: 271-280.
43. Achenbach TM. Manual for the Child Behaviour Checklist/ 4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
44. Ollendick IH, Matson JL, Helsel WJ. Reliability and validity of Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23: 465-467.
45. Ketcham B, Snyder RT. Self-attitudes of the intellectually and socially advantaged student: normative study of the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale. *Psychol Rep*. 1977; 40(1):111-6.
46. La-Greca, AM, Dandes, SK, Wick P, Shaw K, et al. Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1988; 17(1):84-91.
47. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry*. 1969; 126(6):88.
48. Costello EJ, Edelbrock CS, Costello AJ. Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and pediatric referrals. *J Abnorm Child Psychol*. 1985 Dec;13(4):579-95.
49. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 1985; 21(4): 995-8.
50. Lachar D, Gruber CP. Development of the Personality Inventory for Youth: a self-report companion to the Personality Inventory for Children. *J Pers Assess*. 1993 Aug;61(1):81-98.
51. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jul; 36(7): 980-8.
52. La Greca AM, Lopez N. Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *J Abnorm Child Psychol*. 1998 Apr;26(2):83-94.
53. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970; 82(2d Half):165-77.

54. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, et al. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(6): 844-52.
55. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, Neer SM. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4):545-53
56. March JS, Parker JD, Sullivan K, Stallings P, Conners CK. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4):554-65.
57. Biaggio, A.M.B. e Spielberger, C.D. Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE-C- Manual para a Forma Experimental Infantil em Português. Rio de Janeiro, Brasil: CEPA - Centro Editor de Psicologia Aplicada LTDA. 1983.
58. Conselho Federal de Psicologia . Sistema de avaliação de testes psicológicos .2003 [citado 2005 jan 4] Disponível em: <http://www.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm?lista2=sim>
59. Rosamilha, N. Psicologia da ansiedade infantil. São Paulo, Brasil: Pioneira/Editora da Universidade de São Paulo, 1976.
60. Gorayeb MAM. Adaptação, normatização e avaliação das qualidades psicométricas da RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) para uma amostra de escolares de oito a 13 anos de idade em Ribeirão Preto, SP. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997.
61. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados preliminares. *Revista ABP-APAL*. 1995; 17: 55-66.
62. La Freniere PJ, Dumas JE.. Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*.1996; 8: 369-377.
63. Bigras M, Dessen MA. Social Competence and Behavior Evaluation in Brazilian Preschoolers. *Early Education and Development*. 2002; 13: 139-151.
64. Berg C, Rapaport J, Flament M. The Leyton Obsessional Inventory. Child Version. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*. 1986; 25: 84-91. Tradução Brasileira: Asbahr FR, Negrão AB. São Paulo, 1993.
65. Goodman WK, Price LH, Rasmussen AS, Masure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. The Yale-Brow obsessive- compulsive scale (YBOCS): Part I. Developmente, Use and Reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46: 1006-1011. Tradução Brasileira:

- Asbahr FR, Lotufo-Neto F, Bruzzi M, Rodrigues LR, Turecki GX, Lima MA et al. São Paulo. 1992.
66. Gauer GC, Picon P, Turner SM, Beidel DC. Transtornos de ansiedade. *Ver Bras Psiquiatr.* 2002;24 (Suppl 2):26-43.
67. Silverman WK, Nelles WB. The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27(6): 772-8
68. Silva WV, Figueiredo VLM, Cramer DH, Gomes G, Menezes ZP. Adaptação da Escala de Ansiedade para Pré-escolares (Spence's Children Anxiety Scale SCAS- Preschool Version): Análise teórica dos Itens. Pelotas, In: EDUCAT. Anais do II mostra de Pós Graduação da UCPel, 2003. 315-316.
69. Silva WV, Figueiredo, VLM, Cramer, DH, Gomes G, Menezes ZP. Adaptação da Escala de Ansiedade para Pré-escolares (SCAS): Análise Fatorial Exploratória do estudo Piloto. In: EDUCAT. Anais do II mostra de Pós Graduação da UCPel, 2003. 360-361.
70. Silva WV, Figueiredo VLM, Cramer DH, Gomes G, Menezes ZP. Análise preliminar da frequência de transtornos de ansiedade em pré-escolares relatados por pais. In: EDUCAT. Anais do II mostra de Pós Graduação da UCPel, 2003.527-528.
71. Silva WV & Figueiredo VLM. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2005; 27 (4):329-35.
72. Behar L. The Preschool Behavior Questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 1977; 5: 265-275.
73. Pasquali L, *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.* Petrópolis RJ: Vozes, 2003.
74. Floyd FJ, Widaman KF. Factor Analysis in the Development and refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychological Assessment.* 1995; 7(3): 286- 299.
75. Muris P, Merckelbach H, Schmidt H, Mayer B. The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personlity and Individual Differences.* 1999; 26: 99-112.
76. Marsh HW, Hocevar D. Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First-and higher-order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin.* 1985; 97: 562-582.
77. Craske MG, Glover D. Anxiety Disorders. In: Glover D. *Women`s health: A behavioral medicine approach.* Oxford: Oxford University Press (in press). 2000.

78. Ollendick TH. Reliability and validity of Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*. 1983;21: 685-692.
79. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American journal of psychiatry*, 1994; 151: 1272-1280.

ANEXO 1

TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO INICIAL DA CCS

	Tradução	Adaptação inicial
1.	Tem dificuldades em parar de preocupar-se	Mantido
2.	Preocupa-se que irá fazer algo que faça parecer estúpido na frente de outras pessoas	Preocupa-se que irá fazer algo de errado na frente de outras pessoas
3.	Confere várias vezes se fez as coisas corretamente (ex: que fechou bem a porta ou torneira)	Mantido
4.	Fica tenso(a), irrequieto(a) ou irritável devido à preocupações	Retirado
5.	Tem medo de pedir ajuda a um adulto(ex.: ao professor)	Evita pedir ajuda a um adulto(ex.: ao professor, tio(a) ou babá)
6.	Reluta em dormir sem você ou em passar a noite fora de casa	Só consegue dormir na cama dos pais (ex.: reluta ao ser colocado no seu berço ou própria cama) Fica chateado quando dorme fora de casa
7.	Tem medo de lugares altos	Tem medo de altura (lugares altos)
8.	Tem dificuldades para dormir devido à preocupações	Retirado
9.	Lava as mãos muitas vezes ao dia	Tem comportamento do tipo: manter tudo limpo, tudo organizado, e/ou lava as mãos várias vezes sem necessidade
10.	Tem medo de lugares cheios de gente ou fechados	Retirado
11.	Tem medo de encontrar ou falar com pessoas que não conhece	Mantido
12.	Preocupa-se que algo de ruim possa acontecer aos pais	Preocupa-se que algo de ruim possa acontecer aos seus pais
13.	Tem medo de trovões, temporais.	Mantido
14.	Passa grande parte do dia preocupando-se com várias coisas	Retirado
15.	Tem medo de falar na frente da turma de coleguinhas da escola(ex.: mostrar e/ou contar o que fez)	Tem medo de falar na frente das pessoas [turma de coleguinhas da pré-escola. (ex.: mostrar e contar o que fez)]
16.	Preocupa-se que algo de ruim possa lhe acontecer. (ex.: perder-se ou ser raptado(a), então ele(a) não poderia nunca mais ver os pais)	Mantido
17.	Fica nervoso(a) quando vai nadar na praia, piscina, etc.	Fica nervoso(a) quando vai nadar (praia ou piscina)
18.	Precisa ter tudo em seus devidos lugares, na ordem ou posição	Tem comportamento do tipo: manter tudo limpo, tudo organizado,

	correta, para evitar que coisas ruins aconteçam	e/ou lava as mãos várias vezes sem necessidade
19.	Preocupa-se em fazer algo embaraçoso e passar vergonha na frente de outras pessoas.	Preocupa-se em sentir-se embaraçado em algo que o faça passar vergonha na frente de outras pessoas.
20.	Tem medo de insetos e/ou aranhas	Mantido
21.	Tem pensamentos maus ou bobos ou idéias que estão sempre voltando	Fica tenso com pensamentos ou imagens em sua cabeça
22.	Fica aflito(a) quando você o(a) deixa na escolinha ou com a babá	Fica tenso quando é deixado(a) na escolinha(creche) ou com a babá
23.	Tem medo de juntar-se a um grupo de crianças e unir-se às suas atividades	Tem medo de juntar-se a um grupo de crianças e fazer alguma atividade
24.	Tem medo de cachorros	Mantido
25.	Tem pesadelos sobre ficar separado(o) de você	Tem pesadelos
26.	Tem medo do escuro	Mantido
27.	Está sempre pensando em coisas especiais(ex: números ou palavras) para impedir que coisas ruins aconteçam	Retirado
28.	Solicita aprovação quando não parece necessário	Solicita repetidamente por aprovação (apoio) mesmo quando isso não parece necessário
29.	Seu(sua) filho(a) alguma vez já passou por algo muito ruim ou traumático? (ex.: acidente grave, morte de um membro da família amigo, agressão, roubo, desastre) SIM NÃO Por favor, descreva brevemente o que aconteceu ao(a) seu(sua) filho(a) neste episódio:	Retirado
30.	Tem sonhos ruins ou pesadelos sobre o que aconteceu	Retirado
31.	Ao lembrar o acontecido fica tenso	Retirado
32.	Fica tenso quando lhe recordam o que aconteceu	Retirado
33.	De repente comporta-se como se estivesse revivendo a má experiência	Retirado
34.	Mostra sinais físicos de medo (ex.: suor, tremadura ou aceleração do batimento cardíaco) Quando lhe recordam o que aconteceu.	Retirado

35.	ITENS ACRESCENTADOS (SUGERIDOS PELOS PESQUISADORES E JUIZES)	Fica chateado se comete algum erro
36.		Rói unhas, ou morde os lábios e/ou bochechas enquanto está distraído(a)
37.		Insiste em levar consigo um paninho, ou traveseiro, quando vai a algum lugar fora de casa
38.		Preocupa-se em fazer as coisas de maneira correta
39.		Gagueja, repete palavras e/ou sons
40.		Fica mudo(a), com algumas pessoas ou em algumas situações, mas conversa normalmente quando se sente a vontade
41.		Tem preocupação com sujeira, germes e/ou ficar doente
42.		Tem medo quando vai ao médico ou dentista
43.		Fica em alerta quando na presença de animais grandes
44.		Fica quieto e tímido ao redor de pessoas desconhecidas
45.		Parece nervoso em situações incomuns
46.		Fica angustiado se separado de seus pais
47.		Fica incomodado quando alguma coisa inesperada acontece
48.		Anda sempre atrás de um adulto, até dentro de sua própria casa
49.		Fica assustado(a) sem motivo aparente
50.		Tem pouca curiosidade por novas amizades e até por brincadeiras
51.		Tem medo de sons altos
52.		É uma criança intranquã e nervosa

ANEXO 2

Sugestões resultantes da análise dos profissionais

VERSÃO EXPERIMENTAL DO INSTRUMENTO
1. Tem dificuldades de parar de preocupar-se
2. Preocupa-se que irá fazer algo de errado na frente de outras pessoas
3. Confere várias vezes se fez as coisas corretamente (ex.: que fechou bem a porta ou torneira)
4. Tem medo de ir ao médico ou dentista
5. Fica receoso e demonstra certo medo em pedir ajuda a um adulto(ex.: professor, tio(a) ou babá) preocupando-se com o que este vai pensar sobre ele(a)
6. Fica tenso com pensamentos ou imagens que vem repetidamente em sua cabeça
7. Tem medo de encontrar ou falar com pessoas que não conhece
8. Preocupa-se que algo de ruim possa acontecer aos seus pais
9. Tem medo de trovões, temporais
10. Tem medo de mostrar e contar o que faz para seus coleguinhas da pré-escola, ou para outras pessoas
11. Pensa que algo de ruim(perder-se ou ser raptado) vai acontecer se estiver sozinho, acreditando que ele(a) não poderia nunca mais ver os pais
12. Tem medo de nadar na praia ou piscina
13. Preocupa-se em passar vergonha na frente de outras pessoas
14. Tem medo de insetos e/ou aranhas
15. Fica chateado quando dorme na casa de outra pessoa, sem a presença dos pais
16. Tem medo de altura (lugares altos)
17. Fica tenso quando é deixado (a) na escolinha (creche) ou com a babá
18. Tem medo de juntar-se a um grupo de crianças e participar de alguma atividade com elas
19. Tem medo de cachorros
20. Tem pesadelos
21. Exige perfeição das coisas e de si mesmo, não aceitando o que faz, por pensar que está errado
22. Tem medo de ambientes escuros
23. Enquanto faz uma atividade ou recebe uma instrução, pergunta várias vezes se: “é assim ou se está correto”
24. Fica em alerta quando na presença de animais grandes
25. Fica quieto e tímido quando está com pessoas desconhecidas
26. Parece nervoso em situações incomuns
27. Não admite errar em nada
28. Fica angustiado se separado de seus pais
29. Fica incomodado quando alguma coisa inesperada acontece
30. Assusta-se com sons muito altos
31. Anda sempre atrás de um adulto, até dentro de sua própria casa (Item sugerido pelos pesquisadores)
32. Fica assustado (a) sem motivo aparente (Item sugerido pelos pesquisadores)
33. Tem pouca curiosidade por novas amizades e até por novas brincadeiras (Item sugerido pelos pesquisadores)
34. É uma criança intranquã e nervosa (Item sugerido pelos pesquisadores)

35. Só consegue dormir na cama dos pais (ex.: reluta ao ser colocado no seu berço ou própria cama) (Item sugerido pelos pesquisadores)
36. Rói unhas ou morde os lábios e/ou bochechas enquanto está distraído(a) (Item sugerido pelos pesquisadores)
37. Insiste em levar consigo um paninho ou travesseiro quando vai a algum lugar fora de casa (Item sugerido pelos pesquisadores)
38. Tem comportamento do tipo: manter tudo limpo, tudo organizado e/ou lava as mãos várias vezes sem necessidade (Item sugerido pelos pesquisadores)
39. Gagueja, repete palavras e/ou sons (item sugerido pelos juizes)
40. Fica mudo(a) com algumas pessoas ou em algumas situações, mas conversa normalmente quando se sente à vontade (Item sugerido pelos pesquisadores)
41. Tem preocupação com sujeira, germes e/ou ficar doente (Item sugerido pelos pesquisadores)

ANEXO 3

Este questionário é para ser preenchido por quem mora com a criança (pai, mãe ou parente cuidador).

POR FAVOR PREENCHA OS DADOS ABAIXO ANTES DE RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

1. Sobre o(a) cuidador(a) da criança você é:

Pai () Mãe () Avó () Avô () Outro () escreva _____

2. Você mora com a criança? () Sim Não ()

3. Qual sua idade _____ anos

4. Até que série você estudou?

() Até 4ª Série () Entre 5ª e 8ª () 2º grau incompleto

() 2º grau completo () 3º G. incompleto () Superior completo

() Pós graduação

5. Você trabalha? () Sim () Não

5. Qual a renda aproximada da família? R\$ _____

1. Sobre a criança:

Menino () Menina ()

2. Data de nascimento ___/___/_____

3. Idade _____ anos

4. Estuda em Escola () Pública () Particular

ESCALA SOBRE O COMPORTAMENTO INFANTIL

Abaixo está uma lista de itens que descreve crianças. Para cada item, por favor, **circule** a resposta que melhor descreve seu filho. Utilize a escala abaixo de **nunca** até **sempre**.

Por favor, **responda a todos** os itens o melhor possível, mesmo que alguns pareçam não se aplicar ao seu filho.

	NUNCA	RARAMENT	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
1. Tem dificuldades em parar de preocupar-se.....	0	1	2	3	4
2. Confere várias vezes se fez as coisas corretamente (ex: Se fechou bem a porta ou torneira).....	0	1	2	3	4
3. Tem medo de ir ao médico ou dentista.....	0	1	2	3	4
4. Fica receoso, demonstrando certo medo, em pedir ajuda a um adulto (ex: ao professor, tio(a) ou babá), preocupando-se com que ele vai pensar sobre ela.....	0	1	2	3	4
5. Tem medo de encontrar ou falar com pessoas que não conhece.....	0	1	2	3	4
6. Preocupa-se que algo de ruim possa acontecer aos seus pais	0	1	2	3	4
7. Tem medo de trovões, temporais.....	0	1	2	3	4
8. Não gosta de mostrar e contar o que faz para outras pessoas	0	1	2	3	4
9. Tem medo de se afogar (praia, piscina, rio, etc.).....	0	1	2	3	4
10. Preocupa-se em passar vergonha na frente de outras pessoas	0	1	2	3	4
11. Tem medo de insetos e/ou aranhas.....	0	1	2	3	4
12. Fica chateado quando dorme na casa de outra pessoa sem a presença dos pais.....	0	1	2	3	4
13. Tem medo de altura (lugares altos)	0	1	2	3	4

	NUNCA	RARAMENT	ÁS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
14. Fica tenso quando é deixado(a) na escolinha (creche) ou com a babá.....	0	1	2	3	4
15. Tem medo de juntar-se a um grupo de crianças e participar de alguma atividade com elas.....	0	1	2	3	4
16. Tem medo de cachorros.....	0	1	2	3	4
17. Tem pesadelos	0	1	2	3	4
18. Exige perfeição das coisas e de si mesmo, não aceitando o que faz, por pensar que está errado.....	0	1	2	3	4
19. Tem medo de ambientes escuros	0	1	2	3	4
20. Enquanto faz uma atividade ou recebe uma instrução, pergunta várias vezes se: “é assim ou se está correto”.....	0	1	2	3	4
21. Fica em alerta quando na presença de animais grandes	0	1	2	3	4
22. Fica quieto e tímido quando está com pessoas desconhecidas	0	1	2	3	4
23. Parece nervoso em situações incomuns	0	1	2	3	4
24. Não admite errar em nada	0	1	2	3	4
25. Fica angustiado quando separado de seus pais	0	1	2	3	4
26. Fica incomodado quando alguma coisa inesperada acontece	0	1	2	3	4
27. Assusta-se com sons muito altos	0	1	2	3	4
28. Anda sempre atrás de um adulto, até dentro de sua própria casa.....	0	1	2	3	4
29. Fica assustado(a) sem motivo aparente	0	1	2	3	4
30. Tem pouca curiosidade por novas amizades e até por brincadeiras.....	0	1	2	3	4
31. É uma criança nervosa	0	1	2	3	4
32. Só consegue dormir na cama dos pais (ex: reluta ao ser colocado no berço ou própria cama)	0	1	2	3	4
33. Rói unhas, ou morde os lábios e/ou bochechas enquanto está distraído(a).....	0	1	2	3	4
34. Organiza excessivamente as coisas, conferindo e deixando tudo no seu exato lugar.....	0	1	2	3	4
35. Lava as mãos várias vezes sem necessidade.....	0	1	2	3	4
36. Conversa normalmente quando se sente a vontade, mas fica mudo(a) com algumas pessoas ou em algumas situações.....	0	1	2	3	4
37. Preocupa-se exageradamente com sujeira e germes.....	0	1	2	3	4

Nome da criança _____

Data de hoje

_____/_____/_____

ANEXO 4

ESCALA DE ANSIEDADE PARA CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES

I. Apresentação

Prezado(a) Colega

Gostaríamos de contar com sua colaboração, no sentido de participar da pesquisa “ Adaptação da Escala de ansiedade para pré-escolares de Spence (SCAS) para uma amostra brasileira”.

O SCAS é uma escala australiana, utilizado por psicólogos e psiquiatras da área clínica, para avaliação dos sintomas e transtornos de ansiedade de crianças pré-escolares. Esse instrumento no momento não se encontra no mercado brasileiro.

A versão original do referido teste, denominado *Spence Children Anxiety Scale – Preschol version* foi publicado em 2002 na Austrália. Está sendo desenvolvida uma pesquisa no programa de Mestrado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas(RS), que tem como finalidade adaptar essa escala para nossa região.

Para analisar se as questões propostas pela SCAS-P estão adequadas para nossa população, elas foram traduzidas e estão sendo apresentadas para profissionais experientes como você, familiarizados com a sintomatologia envolvida pelo tema. Pedimos sua ajuda nessa etapa do trabalho, solicitando seu parecer sobre a adequação ou não dos itens que compõem o referido teste. Necessitamos de sua valiosa colaboração para a análise dos itens.

II. Informações sobre o SCAS - P

O SCAS é utilizado para avaliar sintomas e transtornos de ansiedade de crianças pré-escolares entre 2,5 e 6,5 anos. Apresenta-se como um conjunto de itens agrupados em 5 transtornos de ansiedade: Ansiedade de Separação, Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Medo de Ameaça Física. O instrumento apresenta as questões para serem respondidas pelos pais da criança, numa escala Likert que varia de 0 a 4. Para cada item o pai e/ou a mãe escolhem a resposta que melhor descreve o comportamento da

criança, da seguinte forma: se a conduta ocorre **com muita frequência (4)**, se ocorre **freqüentemente (3)**, se ocorre **às vezes (2)**, **raramente (1)** ou se **nunca (0)** ocorre.

A tabela 1 apresenta os transtornos avaliados pela SCAS, especificando o que cada um compreende.

Tabela 1- Objetivos e definição operacional dos transtornos de ansiedade do SPAS

ÁREAS	OBJETIVO (O que avalia)
Ansiedade de Separação	e o medo de estar longe de seu cuidador (mais comumente a mãe da criança). A criança se torna muito apreensiva quando tem que estar separado do seu cuidador por qualquer razão em muitos casos, elas podem seguir o pai de quarto em quarto pelo forte desejo de que eles estejam “sob seus olhos”. Frequentemente a criança ira evitar ir a escola, ficara chateada quando os pais tentam sair de casa, recusa passar a noite na casa de outras pessoas, tentando manter os pais o tempo todo com ela. Podem apresentar dores de estômago, ou outros problemas físicos. A razão deste comportamento parece ser o medo de que algo terrível possa acontecer com seus pais ou com ela própria enquanto ela estiver separados e que, conseqüentemente, nunca se verão novamente.
Ansiedade Generalizada	E a tendência de estar preocupada ou ansioso em muitas áreas de sua vida. As crianças são freqüentemente descritas por seus pais com “worrywarts” (poço de preocupação??) Elas se preocupam com problemas gerais como: saúde, tarefas escolares, performance esportivas, contas, assaltos ou ate sobre o trabalho dos seus pais. Eles estão particularmente preocupados com novas situações que eles irão enfrentar e irão muitas vezes fazer perguntas a seus pais com o objetivo de receber reafirmação de segurança. Por exemplo, quando assiste algo na TV acerca de shows policiais, irão pensar durante semanas sobre aquilo que assistiram. As crianças encontram dificuldades em controlar suas preocupações, adicionado a agitação, fadiga, dificuldades no sono. As principais questões são ansiedade irreal sobre eventos futuros, comportamentos passados e competência social. Outros podem incluir sintomas somáticos, sentimentos de tensão e incapacidade para relaxar.
Fobia Social	Medo e preocupações persistentes de situações onde a criança tem que interagir com outras pessoas (crianças e adultos) ou

	ser o foco da atenção. Frequentemente são descritas como tímidas, e o problema central consiste na preocupação de que estas pessoas irão pensar algo ruim delas. Com o resultado disso elas irão evitar situações onde devem conhecer pessoas novas, falar ao telefone, frequentar times ou clubes, responder questões em classe, ou usar a roupa errada.
Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	O Transtorno Obsessivo Compulsivo esta presente quando certas ações e pensamentos da criança se repetem muitas vezes e geralmente por longos períodos. Crianças com TOC podem ter pensamentos particulares ou temas que circulam em suas mentes muitas vezes ou repetidamente. Sinais disso ocorrem quando as crianças frequentemente rezam, contam números, repetem palavras em silêncio sem motivo aparente. Preocupam-se com sujeira, germes, ou tentam manter em ordem e perfeição os seus pertences de formas muito especificas. Essas crianças frequentemente tem ações repetitivas, muitas vezes supersticiosas e ritualisticas. Por exemplo, lavam muito as mãos de uma jeito muito particular e por longos períodos. Esses padrões de comportamento tem o objetivo de prevenir e/ou reduzir ansiedade/ angústia ao invés de produzir prazer ou gratificações, consumindo tempo e causando significante prejuízo.
Medo de Prejuízo Físico	Medo marcado e persistente de objetos ou situações claramente discernidos. Exposição a estímulos fóbicos provocam imediatamente resposta ansiosa. Sub-tipos incluem animais, desastres naturais, picada de injeções (exame de sangue) e situacionais (túneis, pontes, voar, nadar).

III. Instruções para preenchimento deste material

Ao analisar o instrumento, solicitamos inicialmente, assinale no parêntese, o seu parecer quanto à qualidade do conteúdo do item. No caso de acha-lo inadequado, sugira outro que possa substituí-lo de forma mais correta respeitando o seu objetivo(categoria). Lembre-se que o teste deve ter itens claros para os pais de diferentes níveis de instrução responderem e podermos identificar o nível de ansiedade dos seus filhos. Use o seguinte critério, em relação ao seu parecer sobre o item:

()Adequado – para avaliar ansiedade em pré-escolares.

()Claro – Se o item é de fácil entendimento para os pais.

()Inadequado – se não preencher nenhum dos dois acima e então proponha uma sugestão para esse item.

Em segundo lugar, identifique a que tipo de transtorno de ansiedade o item refere-se.

ITENS DO TESTE	Transtornos de Ansiedade				
	Ansiedade de Separação	Ansiedade Generalizada	Fobia Social	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Medo de ameaça física
1. Tem dificuldades em parar de preocupar-se ()Adequado ()Claro () Inadequado					
2. Preocupa-se que irá fazer algo de errado na frente de outras pessoas ()Adequado () Claro () Inadequado					
3. Confere várias vezes se fez as coisas corretamente (ex: que fechou bem a porta ou torneira) ()Adequado ()Claro () Inadequado					
4. Tem medo quando vai ao médico ou dentista ()Adequado ()Claro () Inadequado					
5. Fica receoso, demonstrando certo medo, em pedir ajuda a um adulto(ex.: ao professor, tio(a) ou babá) ()Adequado () Claro () Inadequado					
6. Fica tenso com pensamentos ou imagens que vem repetidamente em sua cabeça ()Adequado ()Claro () Inadequado					

ITENS DO TESTE	Transtornos de Ansiedade				
	Ansiedade de Separação	Ansiedade Generalizada	Fobia Social	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Medo de ameaça física
7. Tem medo de encontrar ou falar com pessoas que não conhece <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
8. Preocupa-se que algo de ruim possa acontecer aos seus pais <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
9. Tem medo de trovões, temporais. <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
10. Tem medo de falar na frente das pessoas [turma de coleguinhas da pré-escola. (ex.: mostrar e contar o que fez)] <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
11. Preocupa-se que algo de ruim possa lhe acontecer. (ex.: perder-se ou ser raptado(a), então ele(a) não poderia nunca mais ver os pais) <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
12. Fica nervoso(a) quando vai nadar (praia ou piscina) <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
13. Preocupa-se em sentir-se embaraçado em algo que o faça passar vergonha na frente de outras pessoas. <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
14. Tem medo de insetos e/ou aranhas <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					

ITENS DO TESTE	Transtornos de Ansiedade				
	Ansiidade de Separação	Ansiidade Generalizada	Fobia Social	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Medo de ameaça física
19. Tem medo de cachorros <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
20. Tem pesadelos <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
21. Preocupa-se em fazer as coisas de maneira correta <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
22. Tem medo do escuro <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
23. Solicita repetidamente por aprovação (apoio) mesmo quando isso não parece necessário <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
24. Fica em alerta quando na presença de animais grandes <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
25. Fica quieto e tímido ao redor de pessoas desconhecidas <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
26. Parece nervoso em situações incomuns <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
27. Fica chateado se comete algum erro <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					
28. Fica angustiado se separado de seus pais <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Inadequado					

ITENS DO TESTE	Transtornos de Ansiedade					
	Ansiedade de Separação	Ansiedade Generalizada	Fobia Social	Transtorno Obsessivo Compulsivo	Medo de ameaça física	
29. Fica incomodado quando alguma coisa inesperada acontece () Adequado () Claro () Inadequado						
30. Tem medo de sons altos () Adequado () Claro () Inadequado						

Itens adicionais sugeridos

Tem dificuldade para decidir o que fazer () Adequado () Claro () Inadequado						
Fica assustado(a) até mesmo sem motivo aparente () Adequado () Claro () Inadequado						
Tem pouca curiosidade pelas coisas () Adequado () Claro () Inadequado						
É uma criança intranquã e nervosa () Adequado () Claro () Inadequado						
Só consegue dormir na cama dos pais (ex. reluta ao ser colocado no seu berço ou própria cama) () Adequado () Claro () Inadequado						

V. Comentários

Use O VERSO para fazer algum comentário que achar pertinente.

VI Agradecimentos

Reforçamos nosso agradecimento pela sua disponibilidade, dedicação e seriedade com que se dedicou a este trabalho. Acredite que sua colaboração será de grande valia para nossa pesquisa.

Obrigado.

Wildson Vieira

ANEXO 5

INFORMATIVO SOBRE ANSIEDADE

O QUE É ANSIEDADE?

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. É um sentimento normal do ser humano, mas quando exagerados podem trazer prejuízos ao indivíduo.

COMO MANIFESTA A ANSIEDADE?

A ansiedade manifesta-se de várias maneiras, seja através dos **medos** de situações ou objetos específicos, como de ficar fora de casa, ficar sozinho, de falar em público, aranhas, água, insetos, cachorro, etc. Manifesta-se também **fisicamente** com batimentos cardíacos acelerados, aperto no peito, suor excessivo nas mãos e no corpo, dores no estômago e na cabeça. As **preocupações** se manifestam através dos pensamentos negativos e a pessoa pode até mesmo fazer comportar-se de maneira repetitiva.

AS CRIANÇAS TEM ANSIEDADE?

Sim, mas diferentemente dos adultos, as crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores manifestam sintomas de ansiedade. Segundo as pesquisas, os problemas de ansiedade, são as dificuldades emocionais mais freqüentes nas crianças.

QUAIS OS TIPOS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS?

Quando a ansiedade torna-se exagerada os sintomas são incluídos num grupo chamado de transtornos de Ansiedade.

Os tipos mais comuns em criança são: Ansiedade de Separação, Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Transtorno Obsessivo compulsivo, Fobias específicas, Ataques de pânico com ou sem agorafobia.

QUAL O RISCO QUE A ANSIEDADE PODE CAUSAR?

Os transtornos de ansiedade representam uma das mais comuns formas de psicopatologia infantil. Estudos mostram que em torno de 8 – 21% das crianças reúnem critérios diagnósticos para alguma forma de transtorno de ansiedade e que 8% delas, podem precisar de tratamento. A avaliação prévia deste distúrbio torna-se de grande importância, uma vez que pode prevenir sofrimentos através do tratamento clínico adequado.

Os transtornos de ansiedade na infância estão associados a vastas conseqüências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoal. Sua manifestação nem sempre é passageira e seus sintomas e efeitos podem persistir através da adolescência e na fase adulta se não forem tratados.

Os estudos mostram que os problemas de ansiedade na infância são fatores de risco para outras formas de doença mental como transtornos de comportamento agressivo, transtornos de humor, depressão e para as tentativas e efetivação do suicídio.

COMO IDENTIFICAR A ANSIEDADE NO MEU FILHO?

- 1- Através de observação do comportamento da criança em casa.
- 2- Na observação da criança na escola feita pelos professores.
- 3- A confirmação do diagnóstico pode ser feita através de exames específicos com profissionais da saúde.

COMO É FEITA A AVALIAÇÃO?

O método mais simples de detecção e diagnóstico de ansiedade é a observação do comportamento da criança, quando esta passa evitar situações simples do dia a dia e consegue falar o que está sentindo. No entanto, a criança na maioria das vezes, não consegue perceber seus sentimentos e defini-los, neste caso é preciso uma avaliação específica.

Uma outra maneira é a observação feita pelos pais da criança e por fim, a observação feita pelos professores se a criança estiver na escola.

COMO SABER SOBRE A ANSIEDADE DO MEU(MINHA) FILHO(A)?

O programa de Mestrado em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas está desenvolvendo uma pesquisa sobre Ansiedade em Crianças Pré-escolares, sob a coordenação de Wildson Vieira da Silva - Psicólogo e Vera L. M. de Figueiredo Dra. em psicologia. A pesquisa tem como objetivo traduzir, adaptar e validar para o Brasil, um método de avaliação de sintomas e transtornos de ansiedade em crianças entre 2,5 a 6,5 anos.

COMO POSSO PARTICIPAR DESTA PROGRAMA?

Requisitos mínimos

a) *Idade:* Seu filho deve ter no mínimo 2 anos e meio e no máximo 6 anos e 6 meses. Mas É VOCÊ QUEM PARTICIPA.

Quais os procedimentos da pesquisa: O que será feito?

É só seguir os 4 passos abaixo.

- 1- **Leia todo este informativo** sobre ansiedade.
- 2- **Preencha** a Segunda parte deste informativo à direção da escola que seu filho está matriculado, que consta numa ficha de consentimento informado, que deve ser **preenchido e assinado** por você. (só participarão as crianças, cujos pais autorizarem a participação).
- 3- **Responda ao questionário.**
- 4- **Entregue o questionário e a ficha preenchida e assinada** por você a direção da escola.

QUAIS OS BENEFÍCIOS DESTA ESTUDO?

- A relevância deste estudo está na intenção de preencher a lacuna de métodos disponíveis para avaliar ansiedade em pré-escolares no Brasil, oferecendo à comunidade científica um instrumento de diagnóstico clínico com requisitos psicométricos adequados e adaptado ao contexto brasileiro.
- Ter um teste capaz de Identificar preventivamente sintomas e transtornos de ansiedade em pré-escolares, auxiliando pais, professores e profissionais que trabalham com a saúde mental podendo, para tal, fazer uso de um instrumento válido como técnica, auxiliando no diagnóstico.

QUAIS OS RISCOS NESTE ESTUDO?

Não há risco algum, nem custos, nem tão pouco tomará seu tempo. O questionário leva no máximo 20 minutos para você preencher.

COMO SABEREI OS RESULTADOS?

Por se tratar de uma pesquisa, todos os dados serão guardados confidencialmente, protegendo assim o anonimato de seu(u) filho(a). No final do trabalho, será oferecida uma palestra para professores sobre o comportamento infantil, em dia e hora a ser divulgada pela escola, na qual os pais também poderão participar.

EM CASO DE DÚVIDAS?

Nossa equipe estará sempre pronta para lhe receber e lhe orientar.

DISQUE 9846-6950

Wildson Vieira da Silva

Psicólogo CRP 07/09103

SEGUNDA PARTE

Consentimento Livre Pós - Informado

Estamos realizando uma pesquisa sobre o comportamento de crianças em idade pré-escolar. Este trabalho visa contribuir para a melhoria da avaliação psicológica de crianças nesta faixa etária, sendo a sua colaboração extremamente importante.

A pesquisa envolve o preenchimento de um questionário pelos pais da criança, totalizando, no máximo vinte minutos de aplicação. O questionário deverá ser respondido somente por um dos pais da criança (pai ou mãe) não havendo, portanto, nenhum prejuízo acadêmico, uma vez que seu filho(a) não será contatado(a) ou entrevistado(a). A pesquisa somente constará dos resultados respondidos por você.

Por se tratar de uma pesquisa, não serão dados resultados individuais. Todos os dados serão guardados confidencialmente, protegendo assim o anonimato de seu(u) filho(a). No final do trabalho, será oferecida uma palestra para professores sobre o comportamento infantil, em dia e hora a ser divulgada pela escola, na qual os pais também poderão participar.

A vossa participação é voluntária, não existindo nenhuma penalidade caso não queira participar. A realização dos questionários geralmente é vista como uma atividade bastante simples, **não havendo riscos** psicológicos na execução da atividade.

Neste sentido, solicitamos que confirme a sua permissão para participação nesta pesquisa, respondendo o questionário e assinando os campos abaixo desta ficha para identificação da criança e devolvendo-a à direção da escola.

Eu LI e/ou me foi lido e explicado sobre a **ANSIEDADE EM CRIANÇAS PRÉ ESCOLARES** e minhas dúvidas estão no momento esclarecidas. Gostaria de participar deste estudo e por isso assino abaixo meu consentimento, garantindo meu anonimato.

Data: ____ de _____ de 20 ____

Nome do Responsável: _____

Sou o (Pai) (Mãe) (outro) _____

Idade ____ anos

Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau Incompleto () 2º grau Completo
() Superior Incompleto () Superior Completo
() Pós Graduação _____

Trabalha (Não) (Sim) em quê _____

Responsável pela criança

Wildson Vieira da Silva
Pesquisador responsável

PROJETO DE PESQUISA

I. IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 Nome do(a) pesquisador responsável:** Vera Lúcia Marques de Figueiredo
1.2 Titulação: Doutora
1.3 Nome do pesquisador colaborador: Wildson Vieira da Silva
1.4 Titulação: Mestrando
1.5 Instituição de Ensino: Universidade Católica de Pelotas-RS
1.6 Escola de origem: Escola de Psicologia. Curso de Mestrado em Saúde e Comportamento
1.7 Título da Pesquisa: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE PARA PRÉ-ESCOLARES DE SPENCE NUMA AMOSTRA BRASILEIRA
1.8 Área de conhecimento: Educação e Psicologia (13)
1.9 Linha de Pesquisa: Fundamentos e Medidas da Psicologia (7.07.01.00-8)

II. PROJETO DE PESQUISA

• **Introdução**

Os transtornos de ansiedade representam uma das mais comuns formas de psicopatologia infantil. Estudos mostram que em torno de 8 – 21% das crianças reúnem critérios diagnósticos para alguma forma de transtorno de ansiedade e que 8% delas, podem precisar de tratamento. A avaliação prévia deste distúrbio torna-se de grande importância, uma vez que pode prevenir sofrimentos através da intervenção clínica adequada.^{17, 25, 31, 32, 9, 24}

Os transtornos de ansiedade na infância estão associados a vastas consequências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoal. Sua manifestação nem sempre é passageira e seus sintomas e efeitos podem persistir através da adolescência e na fase adulta se não forem tratados.^{34, 35, 36, 21, 16, 22, 14}

Os estudos mostram que os problemas de ansiedade na infância são fatores de risco para outras formas de psicopatologia como transtornos de comportamento disruptivo, transtornos de humor, depressão e para as tentativas e efetivação do suicídio.^{15, 28, 6, 13, 20, 12}

Esta proposta de pesquisa tem por objetivo a adaptação de um teste estrangeiro de ansiedade, a *Spence's Preschool Anxiety Scale* ao contexto brasileiro.

- **Objetivo Geral**

Traduzir, adaptar e validar a *Spence's Children Anxiety Scale for Preschool* (Escala de Ansiedade em pré-escolares de Spence -EAPS, em português) para uma amostra brasileira.

- **Justificativa e relevância da pesquisa**

A relevância deste estudo está na intenção de preencher a lacuna de instrumentos disponíveis para avaliar ansiedade em pré-escolares no Brasil, oferecendo à comunidade científica um instrumento de diagnóstico clínico com requisitos psicométricos adequados e adaptado ao contexto brasileiro. Identificar preventivamente sintomas e transtornos de ansiedade em pré-escolares torna-se uma responsabilidade do profissional que trabalha na área da saúde mental podendo, para tal, fazer uso de instrumentos psicométricos válidos como técnica auxiliar no diagnóstico.

- **Fundamentação Teórica**

O termo ansiedade sempre foi muito utilizado por diferentes profissionais e pesquisadores. Do latim *anxietate*, a ansiedade tem várias definições e conceitos nos dicionários não técnicos: aflição, angústia, desejo ardente, anelo, perturbação do espírito causada pela incerteza, relação com qualquer contexto de perigo.¹⁸

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo e apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho e acompanhado de sintomas físicos como.^{3,37} Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações tanto normais quanto patológicas. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores.^{37,8}

Quando a ansiedade torna-se patológica podemos incluí-la num grupo, denominado pelo *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, IV version*⁴ e o Código Internacional das Doenças, 10ª edição de transtornos de Ansiedade. Sabe-se hoje que os transtornos ansiosos têm prevalência muito maior do que se pensava.³ Apesar das diferenças metodológicas e

culturais, estudos realizados na Europa, EUA e Brasil são confluentes em apontar os transtornos ansiosos e fóbicos como o principal problema de saúde mental da população.³

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns em crianças, adolescentes e adultos, com uma prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente. Os transtornos ansiosos mais freqüentes em crianças são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual TAG (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%).^{6,38} A prevalência de fobia social fica em torno de 1%¹⁰ e a do transtorno de pânico 0,6%.^{2, 29, 30}

Com relação à pré-escolares, nota-se a carência de estudos sobre sintomas e transtornos de ansiedade, como também sobre a etiologia desta doença. As pesquisas referem-se à crianças no aspecto geral e não em pré escolares e aponta os medos de objetos específicos (animais, figuras inanimadas e desastres da natureza).¹⁹ Os estudos epidemiológicos em pré escolares encontram-se que 12% das crianças de 3 anos apontavam problemas de medo²⁷ e 2,5% crianças de 5 anos possuem sintomas severos de ansiedade.¹⁰¹¹ Apesar dos poucos dados epidemiológicos nesta faixa etária, a maioria dos pesquisadores estão de acordo que crianças pré-escolares manifestam sintomas de ansiedade.³²

A proposta de Spence (2001) de entendimento da ansiedade em crianças é examinar os sintomas de ansiedade infantil concomitante com o sistema de classificação dos transtornos de ansiedade e subtipos descritos pelo DSM-IV, tendo como foco a detecção cedo dos transtornos de ansiedade. Segundo a autora, um dos fatores contribuidores para os poucos dados científicos é a ausência de instrumentos adequados para a avaliação dos sintomas e transtornos.^{31,32} Os instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças, não estão adequados para a faixa etária.³² Os mesmos são *adaptações* de escalas criadas para outras populações (adultos e crianças maiores). Dentre as escalas disponíveis na literatura estrangeira, um grupo avalia aspectos globais do desenvolvimento da criança (como depressão, retraimento, raiva e agressão) dando pouca ênfase aos sintomas e transtornos específicos de ansiedade em seus itens, como o *Child Behavior Checklist* (CBCL)¹; e outras escalas por serem auto-aplicáveis (IDATE- Inventário de Ansiedade Traço Estado³³, *Revised Children's Manifest anxiety Scale RCMAS*²⁶) não estão apropriadas para esta fase do desenvolvimento.

- **As escalas de Spence**

Spence criou várias escalas de avaliação do estado emocional de crianças e adolescentes, distribuídas pelo seu laboratório na Universidade de Queensland, com fins exclusivamente de pesquisa científica e para programas de detecção cedo, rastreamento epidemiológico e prevenção dos problemas emocionais e de comportamento de crianças e adolescentes.

EAPS – Escala de Ansiedade para pré-escolares de Spence

O EAPS surgiu como uma proposta de detecção e prevenção da ansiedade ainda em estágio primário e como meio de auxiliar na avaliação mais ampla dos sintomas e transtornos de ansiedade. A construção dos itens se baseou no estudo da literatura e dos critérios do DSM IV, a experiência clínica dos autores como o tema e com a faixa etária, a entrevista clínica estruturada (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children*);³⁰) O questionário inicial foi submetido a análise de juizes (clínicos e pesquisadores na área). Em seguida foi feita uma aplicação piloto com pais para a análise semântica e posteriormente a eliminação de itens desnecessários, montando uma versão preliminar do EAPS.

Esta versão subsequente foi aplicado a 600 pais, com a intenção de eliminar itens com respostas raras e a adequação posterior. A versão final foi elaborada com 34 itens descrevendo os 6 fatores do construto. Destes, 28 itens avaliavam: fobia social, ansiedade de separação, ansiedade generalizada, TOC, Medo de ameaça física em escala Lickert de 0 a 4 pontos; os 6 itens restantes avaliavam PTSD (transtorno de estresse pós traumático).

- **Procedimentos metodológicos**

| **Amostra**

A amostra consistirá em 750 pais e mães de crianças de ambos os sexos entre 2,5 a 6,5 anos, recrutados de escolas de educação infantil da rede pública e particular das cidades de Porto Alegre, Pelotas e Novo Hamburgo.

| **Instrumento**

O instrumento usado para a coleta de dados será a *Spence Preschool Anxiety Scale* (Escala de Ansiedade para Pré-escolares de Spence- EAPS) adaptado ao contexto brasileiro. A escala é de origem australiana e possui 34 itens que avaliam 6 transtornos de ansiedade: ansiedade de separação (6 itens), ansiedade social (5 itens), ansiedade generalizada (5 itens), transtorno obsessivo compulsivo (5 itens), medo de trauma físico (7 itens), tendo ainda itens que avaliam a ocorrência de transtorno de estresse pós traumático (6 itens). A elaboração de itens seguiram os critérios do DSM-IV, sendo criada especificamente para avaliar sintomas e transtornos de ansiedade em pré-escolares.

- **Procedimentos**

- | Tradução

Os itens da escala serão traduzidos do Inglês para o português com revisão por especialistas que dominam os dois idiomas. Tendo a versão traduzida para o português, a escala será traduzida (às cegas) para o inglês para comparar se as duas versões são equivalentes.

- | Análise teórica dos itens

esta etapa visa principalmente estabelecer a pertinência dos itens ao atributo que pretendem medir (análise de juízes) e estabelecer a compreensão dos mesmos pelos sujeitos (análise semântica).

Na análise de juízes será estabelecido o critérios de concordância entre os juízes em 80%. Para isso, selecionaremos 20 profissionais que trabalham com crianças para a análise de *pertinência* e para o estudo da adequação dos itens, 10 psicólogos e 10 psiquiatras das cidades de Pelotas, Novo Hamburgo e Porto alegre.

Na análise semântica, serão sujeitos, pais com as mesmas características da amostra para o qual o teste foi elaborado. A análise será realizada para verificar tanto se os itens do teste estarão compreensíveis para os pais como para garantir a validade aparente do instrumento. Para tanto trabalharemos com pais (N = 20) de crianças matriculadas em escolas maternas particulares e pais de crianças de creches públicas, como uma maneira de abranger a amostra nas diferentes camadas socioeconômicas e culturais.

Com base nos resultados obtidos na análise teórica dos itens será elaborada a forma preliminar do instrumento.

| Estudo piloto

O EAPS na versão piloto será aplicado a uma amostra de $n= 50$ sujeitos com as mesmas características da amostra, os quais darão *feedback* sobre a relevância e compreensão dos itens.

| Análise de itens:

com os dados colhidos na amostra piloto será elaborada a versão definitiva do instrumento

- **Procedimentos para coleta de dados**

| Contato com as escolas

A seleção das escolas se dará a partir da relação das escolas públicas (estaduais e municipais) e particulares cedida e enviadas pela Secretaria Estadual da Educação do Estado do Rio Grande do Sul. Será sorteado aleatoriamente escolas dos três municípios. Contatar-se-á as instituições selecionadas solicitando colaboração da instituição para fornecerem o endereço e telefone das crianças matriculadas. Será feito pedido de colaboração aos pais com carta de consentimento pós informado e envio do EAPS para a auto-administração pelos mesmos com data para o recolhimento das escalas.

- **Procedimentos para análise dos dados**

As respostas dadas pelos pais da amostra serão avaliadas e pontuadas conforme critérios estabelecidos no manual do teste e os escores posteriormente serão registrados no Banco de Dados do programa SPSS. Os resultados serão produzidos com base nas seguintes análises estatísticas:

| Análise psicométrica dos itens

| Análise da Validade do instrumento

Investigação da *Validade de Construto* (Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória), da *Validade de Critério Concorrente* (correlação dos escores da EAPS com a Escala de Avaliação de Comportamento e Competência Social, SCBE-30 (Bigras & Dessen, 2001) e *Validade de Critério Externo* (aplicação do EAPS numa amostra clínica composta de pais de crianças

atendidas em consultórios e/ou clínicas da área psi, diagnosticadas com algum transtorno de ansiedade).

Análise da fidedignidade (precisão) do Instrumento: investigada com base na análise da consistência interna.

2.6. Cronograma das atividades:

Atividades	Período (2003)
Estudos para adaptação do teste e construção da sua forma preliminar	Janeiro
Contatos com as instituições de ensino, organização da amostra e realização do estudo piloto	Janeiro
Análise do instrumento na forma preliminar	Fevereiro
Coleta de dados propriamente dita (aplicação do EAPS na amostra)	Março a agosto
Análise dos dados resultantes do levantamento dos dados	Setembro a Novembro
Elaboração do relatório final da pesquisa, em forma de artigo e defesa da dissertação	Dezembro

2.7 Orçamento das despesas:

Material	Fonte financiadora	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
5000 folhas de ofício A4 para a Impressão da escala, correspondências para as escolas e pais e do artigo final	Curso de Mestrado UCPel	13,00	130,00
5 Cartuchos para impressora HP 660	UCPel	80,00	400,00
Deslocamento (passagens de ônibus)	Pesquisador	50,00	2.600,00
Reserva técnica (10%)			313,00
Total			6.260,00

- **Pedido de auxílio para FAPERGS:**

1 (um) bolsista de Iniciação Científica

- **Pedido de auxílio para Universidade Católica de Pelotas – Pró-reitoria de Ensino e pesquisa:**

1 (um) bolsista de Iniciação Científica

- **Referências Bibliográficas:**

1. Achenbach, T.M. (1992). Manual for the child Behaviour Checklist/ 2-3 and 1992 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
2. Albano AM, Chorpita BF. Treatment of anxiety disorders of childhood. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18:767-84.
3. Allen AJ, Leonard H, Swedo SE. (1995), Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;34: 976-86.
4. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders – IV. Washington DC: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (APA). DSM IV – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4 th version. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
6. Anderson, D. J., Williams, S., McGee, R. & Silvia, P. H. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*,44,69-76.
7. Beidel DC, Christ MAG, Long PJ. Somatic complaints in anxious children. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19:659-70.
8. Bernstein GA, Borchardt CM, Perwien AR. Anxiety disorders in children and adolescents a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1996 35 1110-9.
9. Bigras, M., Dessen M., (2000)., Social competence and behavior evaluation in Brazilian Preschoolers. No prelo.
10. Ialongo, N., Edelsohn, G., et al (1995). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children: Prediction to anxious symptoms and adaptative functioning in fifth grade. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 427-437..
11. Ialongo, N., Edelsohn, G., et al (1994). The significance of self-reported anxious symptoms in first-grade children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 22, 441-455
12. Johnson, J., Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1992). Suicidal tendencies in panic disorder: Clinical and epidemiologic issues. In G. D. Burrows, M. Roth & J.R. Noyes (Eds.), Contemporary Issues and Prospects for Research in Anxiety Disorders, Vol.5, pp.181-199. New York: Elsevier.
13. Kashani, J.H. & Orvaschel, H. (1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry*, 145(8), 960-964.
14. Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E. & Roth, J. (1992) Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 595-599.

15. Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L. & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood: IV:A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*,46,776-783.
16. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kaszdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1502-10.
17. La freniere, P. J., & Dumas, J. E. (1996) Social competence and behavior evaluation in children ages 3 to 6 years: The short form (SCBE-30). *Psychological Assessment*, 8, 369-377.
18. Luft, CP. (2001), *Dicionário da língua portuguesa*, Ática, São Paulo.
19. Maurer, A. (1965) What children fear. *Journal of Genetical Psychology*, 106, 265-277.
20. McGee, R., Feehan, M., Partridge, F., et al.(1990).DSM-III disorders in a large sample of adolescents, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,33,333-341.
21. Messer, S. C. & Beidel, D. C. (1994) Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,33,975-983.
22. Pfeffer, C. R., Lipkins, R., Plutchik, R. & Mizruchi, M. (1988). Normal children at risk for suicidal behaviour. A two-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27,34-41.
23. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle E, et al. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376-81.
24. Rapee, R.M. (1991) Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 1, 419-440.
25. Rapee, R.M Schniering,. (2001) Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale *Behaviour Research and Therapy* 3031C.A.
26. Reynolds, C. R,& Richmond, B. ° (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of abnormal Child Psychology*,6,271-280.
27. Richman, N. et all (1975). Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: Na epidemiological study in a London Borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 277-287.
28. Schatzberg,. F., Samson, J., Rothschild, J., Bond, T. C. & Regier, D. (1998). McLean Hospital Depression Research Facility:early-onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of Psychiatry*,173(Suppl.34),29-34.
29. Silverman WK, Rabian B. Simple phobias. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1993; 2:603-22.
30. Silverman WK, Ginsburg GS. Specific phobia and generalized anxiety disorder. In: March JS, editor. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press; 1995. p. 151-80.
31. Spence, S., (1998), A measure of anxiety symptoms among children., *Behavior Research and Therapy* 36, 545-566.
32. Spence, S., Rapee, R., (2001) The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research and therapy*, 39, 1293-1316.
33. Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State- Trait anxiety Inventory for Children*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press.

34. Strauss, C. C., Frame, C. L. & Forehand, R. L. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*,16,235-239.
35. Strauss, C. C., Last, C. G., Hersen, M. et al.(1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*,16,57.
36. Strauss CC, Last CG. Last CG. Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord* 1993; 1: 141-52.
37. Swedo SE, Leonard HL, Allen AJ. (1994)., New developments in childhood affective and anxiety disorders. *Curr Probl Pediatr*; 24:12-38.
38. Whitaker A, Johnson J, Shaffer D, Rapoport JL, Kalikow K, Walsh BT, et al. Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a non referred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 487-96.