

**Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders:
Tradução para a População Portuguesa e Avaliação
das Propriedades Psicométricas**

Sara Martins, Pedro Dias & Carla Martins

(Universidade do Minho & Universidade Católica Portuguesa, Portugal)

As perturbações de ansiedade estão entre as perturbações psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes. Uma revisão de vários estudos epidemiológicos indica que a prevalência de pelo menos uma perturbação de ansiedade na infância varia de 6% a 20% (Costello, Egger & Angold, 2004). De modo geral, as raparigas evidenciam mais sintomas de ansiedade, principalmente em relação a fobias específicas, perturbação de pânico, agorafobia e perturbação de ansiedade generalizada (Costello *et al.*, 2004). Estudos realizados concluíram que 50% das crianças com alguma perturbação de ansiedade apresentam co-morbilidade com outras perturbações de ansiedade (Last, Strauss, & Francis, 1987; Anderson, 1994, *in* Nauta, 2005).

A prevenção e o tratamento em torno das perturbações de ansiedade assumem especial relevância para a saúde mental, o que é fundamentado por vários factores. Os sintomas e as perturbações de ansiedade estão associadas a níveis inferiores de funcionamento adaptativo. Quando comparadas com crianças não ansiosas, as crianças com perturbações de ansiedade podem revelar diminuição ao nível das relações com os pares, da auto-estima, desempenho escolar e comportamento social (Strauss, Frame, & Forehand, 1987). Estas crianças têm expectativas mais negativas, evidenciam menor competência social e são entendidas pelos seus pais como estando mais desajustadas socialmente (Chansky & Kandall, 1997). A ansiedade pode manter-se na vida adulta, embora o tipo específico de perturbação de ansiedade e a severidade possam variar ao longo do tempo, para além de que o humor depressivo pode adquirir um papel mais proeminente (Craske, 1997). No entanto, a ansiedade na infância não assegura o desenvolvimento de uma perturbação de ansiedade na idade adulta.

Ao longo da última década os investigadores e clínicos da área da psicopatologia infantil reuniram consenso relativamente aos vários tipos de perturbações de ansiedade que podem ocorrer na infância e adolescência. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), as seguintes perturbações de ansiedade podem ser identificadas em crianças e adolescentes: (1) perturbação de ansiedade de separação, caracterizada por uma “ansiedade excessiva e inadequada para o nível de desenvolvimento do sujeito, relativa à separação de casa ou das pessoas a que está vinculado”; (2) perturbação de ansiedade generalizada, caracterizada por ansiedade e preocupação persistente e excessiva acerca de um número de acontecimentos ou actividades, em que há dificuldade em controlar a preocupação; (3) fobia social, representada por “medo

acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais e de desempenho nas quais o sujeito está exposto a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras”; (4) perturbação de pânico, caracterizada por ataques de pânico, isto é, períodos distintos de medo ou desconforto intenso, e preocupação acerca de ter novos ataques de pânico e das suas consequências; (5) perturbação obsessivo-compulsiva, representada pela ocorrência de obsessões, isto é, pensamentos, impulsos ou imagens intrusivas e inapropriadas que causam ansiedade e mal-estar intenso; e compulsões, comportamentos repetitivos ou actos mentais que têm como objectivo evitar ou reduzir a ansiedade ou mal-estar; (6) fobia específica, que consiste em medo acentuado e persistente, que é excessivo ou irracional, pela presença ou antecipação de um objecto ou situação específica; e, (7) perturbação aguda de stress e perturbação de *pós-stress* traumático, ambas caracterizadas pela re-experiência de um acontecimento extremamente traumático acompanhado por sintomas de elevada activação e evitamento do estímulo associado ao trauma.

Embora nas últimas décadas muitas investigações se tenham debruçado sobre a avaliação das perturbações de ansiedade continuam a subsistir vários problemas ao nível da avaliação, não só devido à incongruência entre diferentes fontes de informação (ex.: crianças, pais, professores), mas também porque muitas medidas de auto-relato não permitem a distinção entre crianças com sintomatologia ansiosa e crianças sem ansiedade, ou entre as várias perturbações de ansiedade (Campbell & Rapee, 1996). Um dos principais métodos de avaliação consiste em entrevistas clínicas semi-estruturadas e estruturadas, como a Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC; Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas e Klaric, 1984 *in* Campbell *et al* 1996), e a Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C; Silverman e Nelles, 1988 *in* Campbell *et al* 1996), para nomear algumas. Um outro método consiste em medidas de auto-relato, que são fáceis de administrar, requerem pouco tempo e recolhem informação acerca de sintomas de ansiedade do ponto de vista da criança (Strauss, 1993).

Da vasta variedade de instrumentos de auto-relato que existem destacam-se como sendo os mais utilizados o Revised Children’s Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds e Richmond, 1978), o State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC; Spielberger, 1973), e o Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R; Ollendick, 1983) (Muris, Merckelbach, Ollendick, King & Bogie, 2002; Silva e Figueiredo, 2005). Apesar do uso recorrente destes instrumentos, estes revelam falhas ao nível da distinção entre crianças ansiosas e não ansiosas e entre as diferentes perturbações de ansiedade (Campbell *et al* 1996). Deste modo, nos últimos anos têm sido desenvolvidos novos questionários na tentativa produzir diferenciação entre as diversas perturbações de ansiedade. A este nível destacam-se o Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings e Conners, 1997), o Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher, Khetarpal, Brent, Cully, Balach, Kaufman e McKenzie, 1997), e o Spence Children’s Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998).

O MASC (March *et al*, 1997) é um questionário de auto-relato com 39 itens, cuja pontuação pode variar de 0 -“nunca” a 3-“sempre”. Foi construído com o intuito de avaliar os

vários domínios da ansiedade: afectivo, físico, cognitivo e comportamental. A análise factorial permitiu evidenciar que o MASC avalia quatro dimensões da ansiedade infantil: sintomas físicos, ansiedade social, ansiedade de separação e evitamento de danos. Estas dimensões foram evidenciadas em amostras normais e clínicas. As propriedades psicométricas indicam boa consistência interna e estabilidade teste-reteste (March *et al*, 1997; March, Sullivan & Parker, 1999). O SCAS (Spence, 1998) foi desenvolvido para avaliar as perturbações de ansiedade de acordo com a classificação do DSM-IV. É constituído por 44 itens, pontuados numa escala de 4 pontos (0 “nunca” a 3 “sempre”) e permite avaliar sintomas da perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade de separação, fobia social, perturbação de pânico e agorafobia, perturbação obsessivo-compulsiva e fobia específica representada por uma sub-escala chamada “medo de danos físicos”. Os estudos do instrumento basearam-se predominantemente em amostras da comunidade e revelam elevada consistência interna, para a escala total e cada uma das sub-escalas, assim como satisfatória estabilidade teste-reteste (Spence, 1998; Muris *et al*, 2002).

O SCARED (Birmaher *et al*. 1997) é um questionário multidimensional que foi desenvolvido para medir os sintomas de ansiedade de acordo com as categorias do DSM-IV (APA, 1994). O estudo original do SCARED, constituído por 38 itens e pontuado com uma escala de três pontos (0-“quase nunca” a 2-“muitas vezes”), aplicado a uma amostra clínica permitiu identificar 5 sub-escalas. 4 das sub-escalas representam perturbações de ansiedade que correspondem às categorias do DSM-IV, nomeadamente: perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, fobia social e ansiedade de separação, a quinta sub-escala representa a fobia escolar. A pontuação total do instrumentos pode variar entre 0 a 76 pontos, sendo que 25 pontos ou mais revela a existência de uma perturbação de ansiedade, já que este foi o ponto de corte estabelecido (Birmaher *et al*, 1997). Foram desenvolvidas duas versões, uma para pais e outra para crianças, ambas revelam elevada consistência interna (alpha de Cronbach varia entre .74 - .93), estabilidade teste-reteste (varia de .70 - .90) e validade discriminativa (quer entre as perturbações de ansiedade, quer entre a ansiedade e outras perturbações). Estudos posteriores confirmaram a consistência interna e validade convergente e divergente do instrumento (Birmaher, Brent, Chiappetta, Bridge, Monga & Baugher, 1999; Monga, Birmaher, Chiappetta, Brent, Kaufman, Bridge & Cully, 2000). A partir da primeira versão foram realizadas várias alterações ao instrumento. Em 1999 (Birmaher *et al*.) foram adicionados três itens específicos da fobia social à sub-escala fobia social. Em 1997, Muris construiu uma versão revista do SCARED composto por 66 itens, pontuado numa escala de três pontos. Nesta versão revista associou os itens da fobia escolar à sub-escala de perturbação de ansiedade de separação, adicionou quinze novos itens aos sintomas de fobia específica, e de modo a abranger as perturbações de *pós-stress* traumático e perturbação obsessivo-compulsiva acrescentou um conjunto de treze itens. Deste modo, o SCARED-R (Muris, 1997) procura abarcar todo o espectro de perturbações de ansiedade consideradas no DSM-IV (APA, 1994). Um estudo

realizado com uma amostra normativa, constituído por 674 crianças e jovens, recrutados a partir de várias escolas permitiu estudar as propriedades deste instrumento (SCARED-R). Foi identificado um factor estrutural primário e as análises exploratórias adicionais identificaram os 5 factores estruturais identificados no SCARED original (sintomas de perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade de separação, fobia social e fobia escolar). Relativamente aos itens da fobia específica, a análise factorial identificou três factores que correspondem aos sub-tipos listados no DSM-IV (APA, 1994): fobia animal, fobia a ambiente natural, fobia a sangue, injeções e ferimentos (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999) Vários estudos, na população normal, evidenciaram a fidelidade e validade do SCARED-R em termos de consistência interna e teste-reteste, revelaram que o instrumento possui validade concorrente, já que se correlaciona de modo significativo com os instrumentos tradicionais (STAIS, FSSC-R e RMASC), tal como validade discriminativa, ao permitir diferenciar crianças com perturbação de ansiedade de crianças com outro tipo de perturbações (Muris, Merckelbach, Mayer, Brakel, Thissen, Mouleart e Gabet, 1998; Muris *et al*, 2002). Em 2001, Muris e Steermeman realizaram um estudo com o SCARED-R (Muris, 1997) numa amostra clínica e evidenciaram que o instrumento apresenta consistência interna e possui validade concorrente e discriminativa. No conjunto, todos estes aspectos apontam para a validade deste instrumento como forma de avaliar a perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes, de acordo com as categorias do DSM-IV (APA, 1994).

Considerando que em Portugal, os instrumentos de auto-relato e as investigações na área das perturbações de ansiedade na infância incidem essencialmente nos instrumentos tradicionais, que têm por base a ansiedade como sendo um constructo unidimensional, com este estudo pretende-se fazer um estudo inicial de tradução do SCARED (Birmaher *et al*, 1997) para a população portuguesa e avaliação das suas propriedades psicométricas. A amostra do estudo será constituída por crianças e jovens entre os 8 e os 18 anos, recrutados a partir de escolas de um concelho de Braga. Este primeiro estudo permitirá perceber de que modo a escala desenvolvida por Birmaher e colaboradores (1999) aplicada em população clínica poderá ser adaptada à população Portuguesa não clínica.

Método

Participantes

Os participantes deste estudo consistiram em crianças e jovens distribuídos por turmas do 3º ao 12º ano de escolaridade, em 4 escolas do agrupamento vertical de escolas do concelho de Amares. A amostra inicial contou com 554 participantes entre os 8 e os 20 anos. Para o tratamento de dados foram estabelecidos dois critérios de exclusão que foram aplicados *a posteriori* ao total da amostra recolhida. Deste modo, a amostra alvo de estudo é constituída por 473 elementos com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos ($M=12,75$ anos, $DP=2,97$

anos), dos quais 262 elementos são do sexo feminino (55,4%) e 211 do sexo masculino (44,6%). A escolaridade dos elementos varia do 3º ao 12º ano.

Os alunos que frequentam estas escolas pertencem na sua maioria a um nível socio-económico médio e médio baixo. Os pais dos alunos participantes no estudo são, maioritariamente, trabalhadores não qualificados de uma variedade de categorias profissionais. A tabela 1 apresenta a distribuição dos alunos e as médias e desvios padrões das suas idades por escolaridade.

Tabela 1: Distribuição do número de alunos participantes no estudo e médias e desvios padrões das idades em função do ano de escolaridade.

	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	7º ano	8º ano	9º ano	10º ano	11º ano	12º ano
N	57	64	53	54	31	36	67	52	29	30
Idade										
M	8,51	9,64	10,72	11,67	13,32	13,72	14,94	15,54	16,93	17,47
(DP)	(0,69)	(0,70)	(0,78)	(0,89)	(1,22)	(0,70)	(0,90)	(0,61)	(0,78)	(0,51)

Instrumentos

SCARED

A versão portuguesa do SCARED (Birmaher *et al*, 1997) foi desenvolvida a partir da tradução do instrumento original. Após o autor ter concedido autorização para o estudo da escala em Portugal foi realizada a tradução do instrumento para a Língua Portuguesa, pelos investigadores. Foi dada especial atenção à equivalência semântica entre os itens e adequação dos termos escolhidos à população alvo do estudo. Posteriormente procedeu-se à administração do instrumento a um conjunto de elementos com idades compreendidas entre os 8 e os 18 de forma a promover reflexão falada acerca dos itens e verificar se os conteúdos eram facilmente compreendidos pelos sujeitos. A partir desta reflexão revelou-se necessário realizar algumas alterações ao nível dos vocábulos escolhidos e construção de frases. O passo seguinte consistiu na retroversão do instrumento por um elemento bilingue que não teve anterior contacto com a escala.

A versão portuguesa do SCARED elaborada para este estudo mantém os 41 itens iniciais e pretende avaliar sintomas de ansiedade, em crianças e jovens entre os 8 e os 18 anos, de acordo com as categorias definidas pelo DSM-IV (APA, 1994), em particular, sintomas da perturbação de ansiedade de separação, da perturbação de ansiedade generalizada, da perturbação de pânico, da fobia social e da fobia escolar. A fobia escolar não é considerada no DSM-IV (APA, 1994) como uma perturbação específica, mas os autores do instrumento original consideram que merece uma atenção especial. A versão portuguesa do instrumento mantém o mesmo sistema de

pontuação que a versão original do instrumento. Os participantes deverão pontuar cada item numa escala de 0 a 2 (0 – falso ou quase nunca verdadeiro; 1 – um pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro; 2- muito verdadeiro ou muitas vezes verdadeiro).

STAI-c2

O State-Trait Anxiety Inventory for Children-2 (STAI-c2; Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori & Platzek, 1973) avalia a ansiedade-traço. A escala de ansiedade consiste em 20 frases, às quais os sujeitos respondem indicando como geralmente se sentem, numa escala de 3 níveis: “nunca”, “às vezes”, “muitas vezes”. Esta escala foi desenvolvida para medir diferenças individuais relativamente estáveis na tendência para experienciar estados de ansiedade. No estudo de validação para a população portuguesa (Dias e Gonçalves, 1999) o instrumento apresenta um *alpha* de Cronbach de .76.

CDI

O Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) é um questionário de auto-relato para crianças e adolescentes, dos 7 aos 17 anos que consiste em 27 itens. Foi desenvolvido para responder à necessidade de questionários de sintomas depressivos específicos para populações infantis. O CDI quantifica um leque de sintomas depressivos, incluindo humor perturbado, capacidade de sentir prazer, funções vegetativas, auto-avaliação e comportamentos interpessoais. No estudo português deste instrumento (Dias e Gonçalves, 1999) obteve-se um *alpha* de Cronbach de .80. Cada item do CDI é composto por 3 frases, classificadas com um valor de 0, 1 e 2, significando os valores mais elevados uma maior severidade dos sintomas.

Procedimento

O agrupamento vertical de escolas do Concelho de Amares foi esclarecido acerca dos objectivos do projecto e concedeu autorização para a administração dos questionários. O processo de recolha da amostra obedeceu aos critérios da amostragem estratificada, já que a população alvo de estudo foi sub-dividida por anos de escolaridade – estratos – e de seguida as turmas foram seleccionadas de forma aleatória. Os alunos foram informados acerca do objectivo do estudo, foi assegurada a confidencialidade dos mesmos e a participação no estudo foi facultativa.

Todos os alunos que participaram no projecto preencheram o SCARED (554) e uma sub-amostra completou ainda o CDI (246) e STAI-c2 (246), com o objectivo de serem realizadas análises de validade. Todos os participantes foram informados sobre o método de resposta e a necessidade de completarem todos os itens dos questionários. Nas turmas de 3º, 4º e 5º anos revelou-se necessário ler aos alunos todos os itens de cada escala.

Anteriormente ao tratamento de dados, os dados da amostra foram filtrados de acordo com dois critérios de exclusão: elementos com idades superiores a 18 anos (uma vez que o

instrumento original foi desenvolvido para ser administrado a adolescentes até 18 anos) e elementos cujo preenchimento do SCARED evidenciava ausência de resposta em algum item. Esta filtragem diminuiu substancialmente a amostra em estudo SCARED (473), CDI (217) e STAI-c2 (217).

Análises estatísticas dos dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 15). Procurou-se sempre que possível recorrer aos mesmos procedimentos estatísticos utilizados pelos autores da escala original. A análise exploratória dos dados permitiu evidenciar que a amostra não segue uma distribuição normal de modo que foram implementados testes não paramétricos, para estudar as diferentes correlações entre os instrumentos (Coeficiente de Spearman) e teste de diferenças entre grupos (Mann-Whitney U). A consistência interna foi analisada através do *alpha* de Cronbach para a escala total e cada uma das sub-escalas. Foi realizada uma análise dos componentes principais com rotação varimax. Apenas os factores com eigenvalues > 1 foram escolhidos para realizar os posteriores procedimentos.

Resultados

Fidelidade

A fidelidade foi calculada através do coeficiente de consistência – *alpha* de Cronbach. Para a escala total o coeficiente de *alpha* é de .87. Em relação a cada uma das sub-escalas, o coeficiente varia de .50 a .78. Na sub-escala perturbação de pânico o valor é de .78, para a perturbação de ansiedade generalizada é de .71, para a perturbação de Ansiedade de Separação é de .67, para a ansiedade social é de .74 e para a sub-escala fobia escolar o *alpha* de Cronbach é o mais baixo de todas as sub-escalas .50. Considerando um ponto de corte de .70 para a coeficiente de consistência interna (Kline, 1999 in Field, 2005), verifica-se que as sub-escalas: perturbação de ansiedade de separação e fobia escolar não apresentam adequada consistência, de modo que esta evidência deverá ser tida em consideração na análise dos componentes principais. Um outro dado relevante é o facto de o item 7, da sub-escala perturbação de ansiedade de generalizada apresentar ao nível do “correcte item – total correlation” um valor inferior a .20, o que sugere a sua exclusão (Field, 2005). Atendendo a todos estes aspectos o *alpha* de Cronbach para uma escala total reduzida (exclusão do item 7 e itens das sub-escalas com menor fidelidade) é de .85. Na tabela 2 são apresentados os coeficientes de correlação para a escala total e sub-escalas.

Tabela 2: Coeficientes de correlação das diferentes sub-escalas e escalas totais (inicial e reduzida).

	α
SCARED Total (41 itens)	. 87
Sub-escala Perturbação de Pânico	. 78
Sub-escala Perturbação de Ansiedade Social	. 74
Sub-escala Perturbação de Ansiedade Generalizada	. 71
Sub-escala Perturbação de Ansiedade de Separação	. 67
Sub-escala Fobia Escolar	. 50
SCARED Reduzido (28 itens)	. 85

Validade do construto – Análise factorial

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin permitiu evidenciar que é possível proceder-se a uma análise dos componentes principais. O valor do teste ($KMO=.85$) é considerado ótimo, o que significa que as variáveis em estudo apresentam padrões de correlação distintos e consistentes (Kaiser, 1970 *in* Field, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett's confirma esta evidência – $(820) = 4572,22; p < 0,001$.

A análise dos componentes principais com rotação ortogonal Varimax (que pressupõe que os factores não estão correlacionados entre si) deu origem a uma estrutura de 11 factores (eigenvalues >1), bastante diferente do que seria esperado, que explicam no total 54,60% da variância do instrumento. Procedeu-se a uma posterior análise dos componentes principais tendo em consideração as evidências obtidas no cálculo da fidelidade, ou seja com a escala reduzida a 28 itens. Com esta redução de itens os valores de KMO e Bartlett's ($.85$ e $(378)=2882,91; p < 0,001$, respectivamente) continuam a revelar que é possível proceder-se a uma análise dos componentes principais. Foi obtida uma estrutura com 8 factores que explicam na totalidade 55,21% da variância. Atendendo aos pressupostos teóricos subjacentes à organização da escala no instrumento original, procedeu-se a uma nova análise dos componentes principais forçando a 3 factores (já que a escala reduzida envolve a rejeição de 2 factores). Esta estrutura explica na totalidade 34,60% da variância da escala e os itens agrupam-se pelos três factores de acordo com o que é teoricamente esperado. O factor 1 – perturbação de pânico explica 13,84% da variância total, o factor 2 – perturbação de ansiedade social explica 10,66% da variância e o factor 3 – perturbação de ansiedade generalizada explica os restantes 10,01%. Na tabela 3 são apresentados os valores de saturação de cada item para as sub-escalas.

Tabela 3: Valores de saturação para uma estrutura de 3 factores.

Item	Factor	Saturação
Perturbação de Pânico		
6	Quando fico assustado(a), sinto-me como se fosse desmaiar.	.67
27	Quando fico assustado(a), sinto-me como se estivesse a sufocar.	.66
38	Quando fico assustado(a), sinto-me tonto(a).	.64
12	Quando fico assustado(a), sinto-me como se fosse enlouquecer.	.56
24	Fico muito assustado sem nenhuma razão.	.51
1	Quando me sinto assustado(a), é difícil respirar.	.50
15	Quando fico assustado(a), sinto as coisas como se não fossem reais.	.49
19	Quando fico assustado(a), tremo.	.48
34	Quando fico assustado(a), sinto que vou vomitar.	.46
22	Quando fico assustado(a), sudo muito.	.46
30	Tenho medo de ter ataques de ansiedade ou de pânico.	.45
9	As pessoas dizem-me que pareço nervoso(a).	.36
18	Quando fico assustado(a), o meu coração bate depressa.	.27
Perturbação de Ansiedade Social		
32	Sinto-me tímido com pessoas que não conheço bem.	.69
26	É difícil para mim falar com pessoas que não conheço bem.	.68
40	Fico nervoso(a) quando tenho de ir a festas ou qualquer lugar onde estão pessoas que não conheço bem.	.66
10	Sinto-me nervoso(a) com pessoas que não conheço bem.	.59
39	Fico nervoso(a) quando estou com outras crianças ou adultos e tenho de fazer alguma coisa enquanto eles olham para mim (por exemplo: ler em voz alta, falar, jogar um jogo, praticar um desporto).	.55
3	Não gosto de estar com pessoas que não conheço bem	.53
41	Sou tímido(a).	.48
Perturbação de Ansiedade generalizada		
35	Preocupo-me com o quanto faço bem as coisas.	.66
21	Preocupa-me que as coisas me corram bem.	.64
33	Preocupo-me com o que vai acontecer no futuro.	.60
5	Preocupo-me com que as outras pessoas gostem de mim.	.59
14	Preocupo-me em ser tão bom (boa) quanto as outras crianças.	.51
23	Sou uma pessoa preocupada.	.53
37	Preocupo-me com coisas que já aconteceram.	.44
28	As pessoas dizem que me preocupo demasiado.	.43

Validade convergente

Segundo Anastasi (1990, *in* Ribeiro, 1999) uma das formas de avaliar a validade do construto de um instrumento é correlacionando-o com outros. A validade convergente refere-se à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem o mesmo construto é maior do que a correlação com instrumentos que medem construtos diferentes. Neste estudo o SCARED é correlacionado com o STAI-c2 por ser um instrumento que mede sintomas de ansiedade e com o CDI, que avalia sintomas de internalização. Na tabela 4 estão apresentadas as correlações entre o STAI-c2 e CDI e o SCARED (incluindo as sub-escalas que o compõem). A correlação mais elevada é entre o STAI-c2 e o SCARED total ($r_s=0.62$, $P<0,01$). As correlações do STAI-c2 com as sub-escalas do SCARED revelam-se muito próximas ($r_s=0.51$, $p<0,01$ perturbação de pânico, $r_s=0.45$; $p<0,01$, perturbação de ansiedade generalizada e $r_s=0.49$, $p<0,01$ perturbação de ansiedade social). Em relação ao CDI, a correlação mais elevada é com a sub-escala perturbação de pânico ($r_s=0.32$; $p<0,01$). O CDI apresenta a correlação mais baixa com a sub-escala perturbação de ansiedade social ($r_s=0,16$, $p<0,05$). A correlação com o SCARED total é de $r_s=0.29$; $p<0,01$ e com a sub-escala perturbação de ansiedade generalizada é de $r_s=0,18$, $p<0,05$.

Tabela 4: Correlação entre os diferentes instrumentos de auto-relato, com recurso ao Coeficiente de correlação de Spearman.

	CDI (N=195)	STAI-c2 (N=195)
SCARED (N=451) Total (reduzido)	0,29 ^(**)	0,62 ^(**)
Sub-escala Perturbação de Pânico	0,32 ^(**)	0,51 ^(**)
Sub-escala Perturbação de Ansiedade Generalizada	0,18 ^(*)	0,45 ^(**)
Sub-escala Ansiedade Social	0,16 ^(*)	0,49 ^(**)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Análise de diferenças

Procurou-se perceber se os valores totais dos instrumentos e sub-escalas apresentam diferenças em função do sexo. A análise Mann Whitney U permitiu evidenciar que há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em todos os instrumentos avaliados. A análise das médias permite evidenciar que os elementos do sexo feminino pontuam de forma mais elevada em todos os instrumentos.

Dado que cerca 50% da amostra tem idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, foi computada uma análise de diferenças entre os elementos da amostra com idades inferiores (8 aos 12 anos) e os elementos com idades mais elevadas (13 aos 18 anos). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade para o SCARED total ($Z = -3.56$, $p < 0,05$) e sub-escalas de perturbação de pânico ($Z = -3.93$, $p < 0,05$) e perturbação de ansiedade social ($Z = -4,54$; $p < 0,05$), sendo que os elementos mais jovens pontuam de forma mais elevada.

Discussão

O objectivo deste estudo consistiu em traduzir um instrumento multidimensional da ansiedade, com uma estrutura factorial que diferencia 5 perturbações de ansiedade, para a população Portuguesa, procurando estudar as suas propriedades psicométricas.

O coeficiente de *alpha* da escala total - .87 - é bastante positivo, indicando que os itens da escala se compõem como um todo homogéneo. Das 5 sub-escalas que compõem o instrumento original a fobia escolar e a perturbação de ansiedade de separação revelaram coeficientes de *alpha* inferiores ao que seria desejável. Um dos aspectos que pode contribuir para este resultado é o reduzido número de itens que constitui a sub-escala, no caso da fobia escolar, que tem apenas 4 itens. No caso da perturbação de ansiedade de separação, dado que o coeficiente de correlação mede a consistência entre uma variedade de itens num conjunto, dificuldades ao nível da construção dos itens (relacionados com a tradução) poderão estar a contribuir para esta dispersão, de modo que num estudo posterior este aspecto deverá ser tido em consideração.

Dado que duas sub-escalas revelaram coeficientes de correlação inferiores optou-se por realizar a análise dos componentes principais com uma amostra total reduzida. Quando esta análise foi forçada a três factores (as restantes sub-escalas) a organização factorial dos itens reproduziu a organização evidenciada na escala original (Birmaher *et al* 1997), nomeadamente no que respeita aos sintomas de perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico. A organização destes factores está de acordo com os sintomas definidos pelo DSM-IV (APA, 1994) para diagnosticar estas perturbações. No total, estes resultados indicam que o instrumento reduzido apresenta validade para identificar de forma diferenciada sintomas de três perturbações de ansiedade, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994).

A análise da validade concorrente com recurso ao STAI-c2 e CDI permitiu evidenciar uma correlação mais elevada do STAI-c2 com o SCARED, tal como seria esperado, já que consiste numa medida de ansiedade. De acordo com o que foi evidenciado num estudo realizado por Muris e colaboradores (2002) o STAI-c2 apresenta correlações mais elevadas com a escala total do que com as sub-escalas do SCARED. Em relação ao CDI evidenciaram-se correlações positivas mas inferiores, o que está de acordo com o esperado, já que sintomas de ansiedade e depressão são considerados sintomas de internalização. No total, a correlação mais elevada com o STAI-c2 do que com o CDI indica que o SCARED representa uma medida mais adequada para avaliação da ansiedade, do que sintomas de internalização, de um modo global.

De acordo com a literatura e com as conclusões de estudos anteriores (Costello *et al*, 2004; Muris *et al*, 1999), os elementos do sexo feminino pontuaram de forma mais elevada em medidas de ansiedade.

A totalidade dos dados indica que o SCARED, aplicado a uma população normativa, entre os 8 e os 18 anos, enquanto instrumento reduzido e organizado segundo uma estrutura de três factores apresenta razoável consistência e validade. Citando Almeida & Freire (2000) "...é mais correcto reportar os coeficientes de sensibilidade, de fidelidade e de validade, não ao teste em si, mas aos resultados", o que sugere a realização de novos estudos com a totalidade do instrumento (41 itens) em populações diferenciadas e clínicas, em crianças e jovens com perturbações de ansiedade e outros tipos de perturbações não só no sentido de avaliar a validade do instrumento enquanto medida de ansiedade, como para testar a sua capacidade discriminativa em relação a outro tipo de perturbações.

Para que o SCARED se revele uma medida de ansiedade satisfatória ainda são necessários vários estudos e inovações, já que segundo uma revisão de instrumentos de ansiedade em crianças realizado por Stallings & March (1995), idealmente os instrumentos de avaliação de ansiedade em crianças deverão 1) fornecer fidelidade e validade acerca de sintomas ao longo de múltiplos domínios de sintomatologias; 2) discriminar *clusters* de sintomas; 3) avaliar a severidade; 4) incorporar e reconciliar múltiplas observações, como relato de pais e professores; e, 5) deve ser sensível a mudanças nos sintomas induzidas por tratamentos.

Referências

- Almeida, L. e Freire, T.(2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (3ªed). Coimbra: APPORT.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545–553.
- Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., Baugher, M. (1999). Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 38(10),1230-1236.
- Campbell, Marilyn A., & Rapee, Ronald M. (1996) Current issues in the assessment of anxiety in children and adolescents: A developmental perspective. *Behaviour Change* 13(3), pp. 185-193.
- Chansky, T. E. & Kendall, P. C. (1997). Social expectancies and self-perceptions in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 347-363.
- Costello, E.J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In: Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents, Ollendick, T.H. & March, J.S. (Eds.) New York: Oxford university press.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(Suppl. A), A4-A36.
- Dias, P. & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI). Braga: APPORT.
- Field. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. (2ed). London: Sage Publications.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory- Manual*. N.Y.:Multi-Health Systems.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children: Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 554–565.
- March, J. S., Sullivan, K., & Parker, J. D. (1999). Test–retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 349–358.
- Monga, S., Birmaher, B., Chiapetta, L., Brent, D., kaufman, J., Bridge, J. & Cully, M. (2000). Screen for child anxiety-related emotional disorders (SCARED): Convergent and divergent validity. *Depression and Anxiety* 12, 85-91.
- Muris, P. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (revised version). Maastricht: Maastricht University, Department of Psychology.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., Van Brakel, A., Thissen, S., Moulart, V., & Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and its relationship to traditional childhood anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.

- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogie, N., (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy* 40, 753–772.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Muris, P. & Steerneman, P. (2001). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): First evidence for its reliability and validity in a clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 35-44.
- Nauta, M. H.(2005). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. Enschede: Febodruk
- Ribeiro. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Silva, W. V., & Figueiredo, V. L. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 329-335.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545–566.
- Spielberger, C.D.; Edwards, C.D.; Lushene, R.E.; Montuori, J.; Platzek, D. (1973) *STAIC- Preliminary Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children ("How I Feel Questionnaire")*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stallings, P., & March, J. S. (1995). Assessment. In March, J. S., *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Strauss, C. C. (1993). Anxiety disorders. In T. H. Ollendick, & M. Hersen, *Handbook of child and adolescent assessment* pp. 239–250). Boston: Allyn & Bacon.
- Strauss, C. C., Frame, C. L., & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 235-239.