

Adaptação da “Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes: O que eu penso e o que eu sinto” numa amostra de crianças e adolescentes angolanos da província de Benguela

Catarina do Carmo Tomás

Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte

Gandra

2012

Adaptação da “*Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes: O que eu penso e o que eu sinto*” numa amostra de crianças e adolescentes angolanos da província de Benguela

Trabalho Apresentado no Instituto Superior de Ciências
da Saúde do Norte para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Domínio: Psicologia Infantil

Área científica: Psicologia

Investigador: Catarina Do Carmo Tomás

Orientador: Prof. Doutor José Carlos Caldas

Gandra

2012

Resumo

O presente trabalho insere-se no quadro de mestrado que todos os estudantes do Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte, devem cumprir, após terem concluído, seu plano curricular de pós graduação, com vista a obtenção do grau de mestre e, está direccionado a questões relacionadas com a ansiedade em crianças e adolescentes.

Esta investigação teve por objectivo analisar por um lado, a fidelidade e a estrutura factorial da escala numa amostra da população angolana, por outro, estabelecer normas baseadas nesta amostra da população tendo em conta as respectivas médias e desvios padrão e ainda verificar a existência de diferenças quanto à ansiedade e factor mentira tendo em conta as variáveis género, faixas etárias e meio de residência.. Foram sujeitos da pesquisa 450 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 8 e 17 anos de idade (média = 13,9, DP = 2,273) matriculados em quatro escolas pública e privada do ensino primário e secundário, situadas na província de Benguela. Foi usado para coleta dos dados a Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescente: “O que Eu Penso e o que Eu Sinto” (Fonseca, 1989), versão portuguesa da escala de Ansiedade Manifesta (Reynolds & Paget, 1981) A versão da escala de ansiedade utilizada para este estudo consiste em 37 itens. Vinte e oito relacionados com vários aspectos da ansiedade-traço (e.g , “Tenho medo de muitas coisas”, “Sou nervoso(a)”, “Tenho frequentemente dificuldades de respirar”) e nove relacionados com a desiderabilidade social ou mentira (e.g , “Nunca me irrita”, “Digo sempre a verdade”). Os 37 itens são respondidos numa escala dicotómica de Sim/Não. A escala aplicada neste estudo respeitou a ordem e o número dos itens da escala americana, introduziu-se algumas mudanças nas palavras para que fossem melhor compreendidas em termos culturais pelas crianças angolanas especialmente as do meio rural.

Os resultados encontrados mostram que a escala apresenta uma elevada consistência interna (alpha de Cronbach = 0,574 para o fator mentira e 0,738 para o fator ansiedade); a análise fatorial efetuada mostra uma solução de 2 fatores (deserabilidade social ou mentira e ansiedade) que vem de encontro aos resultados do estudo português e dos estudos originais, sendo que, só o item 36 que na versão portuguesa engrossa o fator mentira, parece aqui engrossar o factor ansiedade; não se constataram diferenças entre géneros quanto ao fator mentira, mas, no que respeita ao fator ansiedade verificam-se

diferenças significativas entre géneros, $t(446) = - 2,049$, $p < 0,05$, sendo que as raparigas (média = 13,74), apresentam maior ansiedade do que os rapazes (média = 12,79); no que concerne à distribuição dos resultados totais por género, constatou-se conforme notado na tabela 7 do trabalho, os sujeitos do sexo masculino obtiveram uma média de ansiedade de 12,79 (DP = 4,772), enquanto os do sexo feminino obtiveram uma média de ansiedade de 13,74 (DP = 4,973). Já no que se refere ao fator mentira, o género masculino obteve uma média mais elevada (média = 5,04, DP = 2,1) do que o feminino (média = 4,95, DP = 2,057); a comparação entre faixas etárias mostrou a existência de diferenças significativas entre faixas etárias quer para a ansiedade, $F(4) = 9,310$, $p < 0,001$, quer para a mentira, $F(4) = 3,189$, $p = 0,013$, sendo que a análise post hoc (Scheffe) permitiu constatar que, quanto à ansiedade, as diferenças se situavam entre as faixas etárias dos 7-8 e 9-10 anos (com médias inferiores de ansiedade), as quais não diferiam entre si, face às restantes faixas etárias (com médias superiores), as quais também não diferiam entre si e quanto ao fator mentira, a análise post hoc não confirma as diferenças encontradas; as faixas etárias mais baixas (8 a 11 anos) apresentam médias de ansiedade mais baixas (média = 10,36 para os 8-9 anos e 10,26 para os 10-11 anos) do que as faixas etárias mais elevadas (12 a 17 anos) o mesmo se passando no que respeita ao fator mentira; não existem diferenças entre meios urbano e rural quanto ao fator mentira, mas, no fator ansiedade verificam-se diferenças significativas entre meios de habitação, $t(443) = - 4,164$, $p < 0,001$, sendo que as crianças e adolescentes do meio rural (média = 13,93), apresentam maior ansiedade do que os do meio urbano (média = 11,95).

Os resultados do presente estudo permitem pois disponibilizar um instrumento para medida de ansiedade em crianças e adolescentes angolanos, fornecendo dados comparativos por faixas etárias, género e meio de residência e atestando a fidelidade e validade fatorial deste instrumento também para a população angolana.

Abstract

This work is part of the framework that all students master the Superior Institute of Health Sciences - North, should comply after having completed his graduate curriculum in order to obtain a master's degree, and is directed issues related to anxiety in children and adolescents.

This research aimed to analyze the one hand, loyalty, and factor structure of the scale in a sample of the Angolan population, secondly, to establish standards based on this sample of the population taking into account the means and standard deviations and also check for differences anxiety and lie factor taking into account the variables gender, age and residence through .. Research subjects were 450 children and adolescents of both sexes, aged between 8 and 17 years of age (mean = 13.9, SD = 2.273) enrolled in four public schools and private primary and secondary schools located in the province Benguela. Was used for data collection Anxiety Scale for Children and Adolescents, "What I think and what I feel" (Fonseca, 1989), the Portuguese version of the scale Expresses Anxiety (Reynolds & Paget, 1981) The version of Anxiety used for this study consists of 37 items. Twenty-eight relating to various aspects of trait anxiety (eg, "I am afraid of many things," "I'm nervous (a)", "I often have difficulty breathing") and nine related to social or desiderabilidade lie (eg, "Never get mad," "I always tell the truth"). The 37 items are answered on a dichotomous scale of Yes / No. The scale used in this study complied with the order and number of items in the American scale, was introduced some changes in the words that they might be better understood in cultural terms by Angolan children especially in rural areas.

The results show that the scale has high internal consistency (Cronbach's alpha = 0.574 for the factor lie and 0.738 for the anxiety factor), factor analysis performed shows a solution of 2 factors (social or deserabilidade lie and anxiety) that comes against the Portuguese and the study results of original studies, and only the item 36 which thickens in the Portuguese version factor lie, here seems to thicken the anxiety factor, no difference was found between gender factor as to lie, but in respect to the factor anxiety there are significant differences between genders, $t(446) = -2.049$, $p < 0.05$, with girls (mean = 13.74) and had more anxiety than boys (mean = 12, 79) regarding the distribution of total scores by gender, it was found as noted in Table 7 of the work, the male subjects had a mean anxiety of 12.79 (SD = 4.772), while females had an average anxiety 13.74 (SD = 4.973). Since the factor which refers to lie, male gender scores a higher (mean = 5.04, DP = 2.1) than females (mean = 4.95, SD = 2.057), the comparison between lanes groups showed significant differences between age groups or for anxiety, $F(4) = 9.310$, $p < 0.001$, wants to lie, $F(4) = 3.189$, $p = 0.013$, with post hoc analysis (Scheffe) has found that, as the anxiety, the differences were between the ages of 7-8 and 9-10 years

(averaging less anxiety), which did not differ among themselves, compared to other age groups (with higher average), which also did not differ among themselves and about the lie factor, post hoc analysis did not confirm the differences found, with younger age groups (8-11 years) have lower mean anxiety (mean = 10.36 for 08.09 and 10.26 years for 10-11 years) than older age groups (12-17 years) the same is true with regard to the factor lie, there are no differences between urban and rural areas as the factor lie, but the anxiety factor there are significant differences between means of housing, $t(443) = -4.164$, $p < .001$, with children and adolescents in rural areas (mean = 13.93) and had more anxiety than the urban environment (mean = 11.95).

The results of this study allow us to offer as an instrument to measure anxiety in children and adolescents Angolans, providing comparative data by age, gender and residence and means of certifying the reliability and validity of this instrument also factor into the Angolan population.

Agradecimentos

Em primeira mão os meus agradecimentos são dirigidos para o Deus todo poderoso cujo o nome é Jeová, pela vida, saúde e sabedoria que concedeu-me ao longo do trabalho, em seguida, naturalmente, vão dirigidos ao Professor Doutor José Carlos Caldas, orientador deste trabalho e cujo apoio se revelou uma pedra basilar ao longo da prossecução deste trabalho. Portanto, tenho a agradecer todo o apoio, incentivo e confiança transmitido, bem como a paciência, que sem o qual não seria possível concretizar a presente investigação.

Os meus agradecimentos, vão também para todos outros que tornaram possível a concretização desta investigação e todos aqueles que, de alguma forma, me apoiaram e incentivaram ao longo de todo o trabalho. Assim, deixo os meus agradecimentos para:

- Dra. Márcia Maria Correia Martins de Moura Monteiro, directora da Cespu-Formação Angola, pela inestimável força moral, especialmente no momento que encontrava-me doente e pensava desistir do trabalho;

- As direcções das escolas: Escola Gustave Eiffel, Escola do I Ciclo do Ensino Secundário 5 de Junho, Escola 17 de Setembro, Escola Marcelino Dias, pela prontidão e simpatia como receberam e abraçaram esta investigação, permitindo a recolha de dados em algumas turmas e, igualmente, para todas professoras, crianças e adolescentes das escolas acima citadas, que aceitaram amavelmente participarem no trabalho;

- Os meus familiares, que sempre me apoiaram e colaboraram para que chegasse até aqui, especialmente, a minha irmã a professora Raquel Helena Tomás, que muito tem feito por mim;

- Aos meus colegas que prestaram o seu contributo, para que esse trabalho fosse realizado com muito apreço;

- Todos aqueles que, de alguma forma, me apoiaram ao longo deste caminho e que aqui não se encontram mencionados.

Lista de Abreviaturas

APA - American Psychiatric Association .

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações Mentais.

GCBT-A – Group Cognitive Behavioral Treatment for Adolescents .

IAFS – Intervencion en Adolescentes com Fobia Social .

IMAO – Inibidores da Monoamina Oxidase.

NNT – Number Need to Treat .

SASS – Skills for Academic and Social Success.

SET- Asv – Social Effectiveness Therapy for Adolescents –Spanish Version.

SET – C – Effectiveness Therapy for Children.

SPAI - Social Phobia Anxiety Inventory.

SST-E – Social Skills Training .

TAS – Transtorno de Ansiedade de Separação .

TCC – Terapia Cognitiva- Comportamental .

Índice Geral

Resumo.....	3
Abstract.....	5
Agradecimentos.....	7
Lista de abreviaturas.....	8
Índice Geral.....	9
Índice de tabelas.....	11
Introdução geral.....	12

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONSTRUCTOS TEÓRICOS RELEVANTES

1. Conceito de ansiedade.....	16
2. Perturbações da ansiedade.....	17
3. Tratamento Farmacológico e Psicoterápico da ansiedade.....	19
3.1. Tratamento farmacológico da ansiedade.....	19
3.2. Tratamento psicoterápico da ansiedade.....	22
2. Ansiedade na Criança e no Adolescente.....	27
2.1. Ansiedade na infância.....	27
2.2. Ansiedade na adolescência.....	28

PARTE II

CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTE ANGOLANOS DA PROVÍNCIA DE BENGUELA

Objectivos Gerais.....	32
Hipótese de Investigação.....	32

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Desenho / Método.....	34
2. Participantes.....	34
2.1. Distribuição da amostra total por género.....	34
2.2. Média , desvio – padrão de idades para a mostra total.....	34
2.3. Distribuição da amostra total por faixas etárias.....	35
2.4. Distribuição da amostra total segundo o meio de residência.....	35
3. Instrumentos.....	36
4. Procedimentos.....	37
5. Apresentação dos resultados.....	38
Referências Bibliográficas.....	49

Anexos

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra total por género	34
Tabela 2 – Média e Desvio padrão de idades para a amostra total.....	34
Tabela 3 – Distribuição da amostra total por faixas etárias para ambos os géneros...35	
Tabela 4 – Distribuição por meio de residência.....35	
Tabela 5 – Estrutura factorial da escala : itens e saturações	38
Tabela 6 – Totais de ansiedade e mentira para a amostra total.....	40
Tabela 7 – Total de ansiedade e mentira por género.....	40
Tabela 8 – Total da ansiedade e mentira por meio de residência.....	40
Tabela 9 – Total de ansiedade e mentira por faixas etárias	41
Tabela 10 – Comparação entre géneros quanto a mentira e ansiedade total.....	41
Tabela 11 – Comparação entre meios de residência quanto a mentira e ansiedade total.....	42
Tabela 12 – Comparação entre faixas etárias quanto a mentira e ansiedade total.....	42
Tabela 13 – Diferenças entre géneros por item (estatisticamente significativas).....	44
Tabela 14 – Diferenças entre meio de habitação por item (estatisticamente significativas).....	45

INTRODUÇÃO GERAL

O final da infância e a adolescência são períodos caracterizados por mudanças físicas, nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social, em que as crianças e os adolescentes experimentam diferentes níveis de stress face às mudanças e desafios característicos destes períodos (Hussong & Chassin, 2004). Wilson, Pritchard, e Revalee (2005) referem que algumas crianças e adolescentes não conseguem atingir um ajustamento psicossocial saudável, podendo apresentar diferentes perturbações ou sintomatologias, como as ansiosas (ansiedade), que podem influenciar o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar, escolar e social.

Durante a infância e a adolescência a ansiedade surge como uma característica normal, permitindo às crianças e aos adolescentes adaptarem-se a situações novas, inesperadas ou perigosas (Rosen & Schulkin, 1998). Para a maioria das crianças e dos adolescentes a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam, em grande parte, de acordo com o estágio de desenvolvimento (Barrett, 1998). No entanto, a ansiedade pode aumentar de intensidade e tornar-se, muitas vezes, crónica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento sócioemocional (Fonseca, 1998).

Em geral, as crianças e os adolescentes ansiosos apresentam um medo exagerado de insucesso, uma sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, náuseas, palidez, tremores e várias queixas somáticas. São ainda evidentes sintomas como o aumento do ritmo cardíaco, da transpiração ou da condutância da pele, enquanto a nível motor distinguem-se pela irrequietude e pelos frequentes pedidos de ajuda e/ou comportamentos de evitamento (Bernstein & Borchardt, 1991; Fonseca, 1998). Contudo, na infância e na adolescência a única categoria específica de ansiedade nestes períodos é a perturbação de ansiedade de separação, em que os critérios de diagnóstico das perturbações de ansiedade nos adultos podem ser aplicados nestas etapas da vida (American Psychiatric Association – APA, 2002). Por outro lado, as perturbações de ansiedade na infância e adolescência não se caracterizam por um padrão homogéneo e

consistente de sintomas, podendo diferir na frequência dos sintomas, na gravidade, no desenvolvimento, na evolução e nas reacções ao tratamento (Fonseca, 1998).

Essau, Conradt, e Petermann (2000) ao analisarem diversos estudos referiram que a prevalência das perturbações de ansiedade, embora com variações devido a factores culturais, variam entre os 3 e os 13%. O estudo de Essau e colaboradores (2000) com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos demonstrou que as raparigas apresentavam mais sintomas ansiosos que os rapazes e que a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes. Estas diferenças de género nas perturbações de ansiedade são explicadas por duas correntes, em que uma assume que as diferenças são determinadas genética ou biologicamente, ao contrário da segunda corrente, que refere que as diferenças estão relacionadas com as experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres na sociedade (Allen, Gotlib, Lewinsohn, Lewinsohn, & Seeley, 1998).

Numa fase como a infância e a adolescência é necessário ter em consideração as estratégias para lidar com problemas ou acontecimentos stressantes inerentes a estas etapas da vida. Neste sentido, o processo de *coping* torna-se particularmente importante, na medida em que é a chave para entender o modo como as crianças e os adolescentes respondem ou lidam com os problemas ou com as transições a que estão sujeitos, que, por sua vez, têm impacto no seu ajustamento psicossocial (Hussong & Chassin, 2004).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) o *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos adolescentes para lidarem com exigências específicas, externas ou internas, ou o conflito entre ambas, que são avaliadas como excedentes dos recursos pessoais.

As definições de ansiedade que habitualmente se encontram nos dicionários ou manuais de psicologia variam muito de acordo com o quadro teórico utilizado pelos seus autores. Mas, de forma geral, referem-se todas, implícita ou explicitamente, a um

sentimento de inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica, ordem motora, ordem cognitiva. Estas manifestações podem andar associadas a acontecimentos ou situações de natureza passageira (ansiedade-estado), ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir (ansiedade-traço), provavelmente com base na própria constituição individual, (Gray, 1987). Além disso, a sua intensidade pode variar, segundo os casos, de níveis praticamente imperceptíveis até níveis extremamente elevados, capazes de perturbarem profundamente o funcionamento do indivíduo. Os ataques de pânico, as fobias e certos distúrbios obsessivo – compulsivos constituem bons exemplos de manifestações extremas de ansiedade (DSM III , 1980).

Este trabalho investigativo visa abordar a prevalência de ansiedade em crianças e adolescentes angolanos da província de Benguela. Visto que é, de grande relevância que se procure explorar a prevalência de ansiedade que exista em crianças angolanas, para poder contribuir grandemente na resolução de certos problemas de ordem social e familiar, frutos da sensação difusa.

Desta forma o presente trabalho investigativo levado a cabo para verificar a prevalência de ansiedade em crianças e adolescentes angolanos da província de Benguela formulou-se os seguintes objectivos gerais: 1. Avaliar a fidelidade e a estrutura factorial da escala numa amostra da população Angolana e ; 2. Estabelecer normas baseadas nesta amostra da população tendo em conta as respectivas médias e desvios padrão ; 3. Verificar a existência de diferenças quanto à ansiedade e factor mentira tendo em conta as variáveis género , faixas etárias e meio de residência .

No entanto , com base nos objectivos da investigação , suscitaram as seguintes questões de investigação : Será que a escala de ansiedade para crianças e adolescentes apresenta também para amostra da população Angolana boas características psicométricas de fidelidade (consciência interna) e validade de conceito (análise factorial) ? Com base na amostra de 450 crianças e adolescentes angolanos , estabelecem-se os valores médios e respectivos desvios padrão para os factores de ansiedade e mentira , quer por género , faixa etária e meio de residência , permitindo o estabelecimento de uma primeira tentativa de normas de comparação para crianças angolanas ? Existem diferenças de género , de idades e meio de residência quanto ao

factor ansiedade e quanto ao factor mentira ? Haverá diferenças de género e de meio de residência para alguns dos itens da Escala de Ansiedade para crianças e adolescentes ?

Portanto, na recolha de dados desta investigação foi utilizada uma amostra de 450 sujeitos com idades compreendidas dos 8 aos 17 anos. Desta amostra sensivelmente metade foi do meio mais citadino e, as restantes do meio mais rural. A amostra incluiu sujeitos do sexo feminino e masculino, sensivelmente pertencentes à mesma faixa etária acima citada. Portanto, foram submetidas para selecção da amostra, quatro escolas da província de Benguela (Escola Gustave Eiffel do município do Lobito, escola 17 de Setembro do município do Bocoio, escola do I Ciclo do Ensino secundário 5 de Junho da Comuna da Catumbela e a escola Marcelino Dias da Restinga- Lobito). Para avaliar a prevalência de ansiedade das crianças e adolescentes foi usada, a Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescente: “O que Eu Penso e o que Eu Sinto” (Fonseca, 1989), versão portuguesa da escala de Ansiedade Manifesta (Reynolds & Paget, 1981). A versão da escala de ansiedade utilizada para este estudo consiste em 37 itens. Vinte e oito relacionados com vários aspectos da ansiedade-traço (e.g , « Tenho medo de muitas coisas », « Sou nervoso(a) » , « Tenho frequentemente dificuldades de respirar ») e nove relacionados com a desiderabilidade social ou mentira (e.g , « Nunca me irrita » , « Digo sempre a verdade »). Os 37 itens têm apenas duas possibilidades de resposta : Sim e Não. A escala aplicada neste estudo respeitou a ordem e o número dos itens da escala americana, introduziu-se algumas mudanças nas palavras para que fossem melhor compreendidas em termos culturais pelas crianças angolanas especialmente as do meio rural.

Para que seja melhor percebido o “rumo” deste trabalho, dividimo-lo em duas partes e respectivos capítulos. Numa primeira parte e antes de se abordar o terreno prático da nossa investigação, fez-se uma revisão teórica da literatura existente sobre a temática da ansiedade na infância e na adolescência (capítulo I), na qual tentamos abordar, de forma geral, este conceito, afunilando depois a pesquisa da literatura no sentido de se perceber o enquadramento do conceito na infância e na adolescência. Na 2ª parte, capítulo II, descreveremos os aspectos metodológicos da investigação enquanto no capítulo III descreveremos a avaliação efectuada, do instrumento utilizado. Por fim, no capítulo IV serão apresentados os resultados obtidos, seguindo-se (capítulo V) a discussão desses resultados e as conclusões e considerações finais.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONSTRUCTOS TEÓRICOS RELEVANTES

1. Ansiedade

1.1 – Conceito de Ansiedade

As definições de ansiedade que habitualmente se encontram nos dicionários ou manuais de psicologia variam muito de acordo com o quadro teórico utilizado pelos seus autores. Mas, de forma geral, referem-se todas, implícita ou explicitamente, a um sentimento de inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica; ordem motora ; ordem cognitiva. Estas manifestações podem andar associadas a acontecimentos ou situações de natureza passageira (ansiedade-estado), ou constituir uma maneira estável e permanente de reagir (ansiedade-traço), provavelmente com base na própria constituição individual (Gray, 1987). Além disso, a sua intensidade pode variar, segundo os casos, de níveis praticamente imperceptíveis até níveis extremamente elevados, capazes de perturbar profundamente o funcionamento do indivíduo. Os ataques de pânico, as fobias e certos distúrbios obsessivo – compulsivos constituem bons exemplos de manifestações extremas de ansiedade (DSM III, 1980).

A ansiedade é um sentimento natural na infância como em qualquer outra etapa da vida.

Crianças dos 8 meses de idade, por ex, podem apresentar sintomas de ansiedade sempre que se separam dos pais e isto é normal. Entre os 6-8 anos de idade, a ansiedade se volta para o desempenho escolar e o relacionamento com os colegas. Crises de ansiedade também podem ocorrer quando a criança passa por mudanças significativas como de escola ou de casa, falecimento de entes queridos, chegada de novos irmãos, separação dos pais e etc. O limite da normalidade do nível de ansiedade está na sua

repercussão sobre o comportamento. Não é preciso ser especialista para perceber que algo não vai bem com a criança ou adolescente. Crianças não devem ser excessivamente preocupadas ou apreensivas com o futuro. Não é típico de uma criança apresentar frequentemente dores de cabeça, náuseas, vômitos, falta de ar, diarreia, palpitações, dificuldade de concentração, agressividade ou medos em excesso. Quando isto acontece é bem possível que a criança esteja sofrendo de distúrbios de Ansiedade, justificando uma avaliação médica. O final da infância e a adolescência são períodos caracterizados por mudanças físicas, nas capacidades cognitivas e no ajustamento emocional e social em que as crianças e os adolescentes experimentam diferentes níveis de stresse face às mudanças e desafios característicos destes períodos (Hussong & Chassin, 2004). Wilson, Pritchard, e Revalee (2005) referem que algumas crianças e adolescentes não conseguem atingir um ajustamento psicossocial saudável, podendo apresentar diferentes perturbações ou sintomatologias, como as ansiosas e as depressivas, que podem influenciar o seu desenvolvimento e funcionamento a nível individual, familiar, escolar e social.

1.2 – Perturbações da Ansiedade

Neste item descrevem-se as seguintes perturbações: Perturbação de Pânico sem Agorafobia , Perturbação de Pânico com Agorafobia , Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico , Fobia Específica , Fobia Social , Perturbação Obsessiva-Compulsiva , Perturbação Pós-Stress Traumático , Perturbação Aguda de Stress , Perturbação da Ansiedade Generalizada , Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral , Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias , Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação (SOE) , Perturbação da Ansiedade de Separação. (DSM-IV-TR , pág nº 429-430)

A Perturbação de Pânico sem Agorafobia, é caracterizada por ataques de pânico inesperados e recorrentes acerca dos quais existe uma preocupação persistente. A Perturbação de Pânico com Agorafobia é caracterizada por ataques de pânico inesperados e recorrentes e por Agorafobia.

A Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico caracteriza-se pela presença de agorafobia e de sintomas semelhantes ao pânico, sem história de ataques de pânico inesperados.

A Fobia Específica, é caracterizada por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a uma situação ou objecto temido, que frequentemente conduz ao comportamento de evitamento.

A Fobia Social é caracterizada por ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho que frequentemente conduz ao comportamento de evitamento.

A Perturbação Obsessiva-Compulsiva é caracterizada por obsessões (as quais causam forte mal-estar ou ansiedade) e/ ou compulsões (as quais servem para neutralizar a ansiedade).

A Perturbação Pós-Stress Traumático, é caracterizada pela reexperiência de um acontecimento extremamente traumático acompanhado por sintomas de activação aumentada e pelo evitamento dos estímulos associados com o trauma

A Perturbação Aguda de Stress, é caracterizada por sintomas semelhantes aos da perturbação pós-stress traumático que ocorrem imediatamente como consequências de um evento extremamente traumático.

A Perturbação da Ansiedade Generalizada, é caracterizada por pelo menos 6 meses de ansiedade e preocupações persistentes e excessivas.

A Perturbação da Ansiedade Secundária a Um Estado Físico Geral é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados uma consequência fisiológica directa de um estado físico geral.

A Perturbação da Ansiedade Induzida por Substâncias é caracterizada por sintomas de ansiedade proeminentes que são considerados como consequências fisiológica directa do abuso de drogas, medicamentos ou exposição a tóxicos.

A Perturbação da Ansiedade sem Outra Especificação, é incluída para codificar as perturbações com ansiedade ou evitamento fóbico proeminentes que não preenchem os critérios de nenhuma perturbação da ansiedade específica definida nesta secção (ou sintomas ansiosos acerca dos quais existe informação inadequada ou contraditória).

A Perturbação da Ansiedade de Separação, a característica essencial da Perturbação de Ansiedade de Separação é uma ansiedade excessiva relativamente à separação da casa ou daqueles a quem a criança está vinculada. A ansiedade é superior ao que é esperado em relação ao nível de desenvolvimento do sujeito. A perturbação deve manter-se por um período de pelo menos 4 semanas, iniciar-se antes dos 18 anos, provocar mal-estar clinicamente significativo ou défice social, escolar (laboral) ou noutras áreas importantes da actividade do sujeito. Não se faz o diagnóstico se a ansiedade ocorrer exclusivamente no decurso de uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou qualquer outra Perturbação Psicótica ou, se em adolescentes ou adultos, for melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Pânico com agorafobia. (DSM-IV-TR , pág nº 429-430)

1.3 – Tratamento Farmacológico e Psicoterápico da Ansiedade

1.3.1 – Tratamento Farmacológico

Estudos abertos e relatos de caso têm demonstrado a eficácia de diversas classes de medicações no tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo TAS na infância e adolescência (Beidel *et al.*, 2001; Seidel e Walkup, 2006). Estudos avaliando antidepressivos como fluoxetina (Birmaher *et al.*, 1994; Fairbanks *et al.*, 1997), sertralina (Comptom *et al.*, 2001), citalopram (Kosieradzki, 2001; Chavira e Stein, 2002) e séries de caso utilizando diferentes fármacos, como paroxetina, sertralina e nefazodona (Mancini *et al.*, 1999), têm demonstrado a eficácia dos antidepressivos no tratamento do TAS nessa faixa etária. Um estudo aberto realizado por Simeon e Ferguson (1987), em 12 crianças e adolescentes, demonstrou a eficácia do benzodiazepínico alprazolam no tratamento do transtorno de ansiedade excessiva e/ou transtorno evitativo. Os IMAOs não têm sido utilizados no tratamento de crianças e adolescentes com TAS, porém há uma série de cinco casos com mutismo seletivo que

respondeu à fenelzina (Golwyn e Weinstock, 1990). Alguns ensaios clínicos aleatorizados também vêm sendo realizados no tratamento do

TAS na infância e adolescência, com diferentes classes de medicações e resultados diversos. Simeon *et al.* (1992) realizaram um estudo com alprazolam, em 30 pacientes, no tratamento de ansiedade excessiva e/ou transtorno evitativo e não constataram diferenças em relação ao placebo ao final de 4 semanas. Tratou-se de um estudo com curta duração de tratamento, que não utilizou critérios diagnósticos padronizados e cujas avaliações de eficácia e de efeitos adversos não foram feitas por avaliadores independentes.

Um estudo multicêntrico (RUPP, 2001) avaliou o uso da fluvoxamina por 8 semanas, em crianças e adolescentes, entre 6 e 17 anos, com diagnóstico principal de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação e TAS. Após uma avaliação basal, os pacientes foram submetidos à terapia de apoio psicoeducacional de 3 semanas. Os 128 pacientes não respondedores a essa intervenção foram, então, randomizados para o grupo da fluvoxamina (50 a 300 mg/dia) (n = 63) ou para o grupo placebo (n = 65). Após 8 semanas de tratamento, os pacientes do grupo da fluvoxamina apresentavam melhoras significativas nas duas medidas de desfecho primário. Os pacientes do grupo da fluvoxamina tinham diminuição média (\pm DP) de $9,7 \pm 6,9$ pontos nos sintomas de ansiedade na Pediatric Anxiety Rating Scale, comparada com diminuição média de $3,1 \pm 4,8$ dos pacientes do grupo placebo ($p < 0,001$). Na CGI-M, 48 dos 63 pacientes do grupo da fluvoxamina (76%) apresentaram CGI < 4 , comparados com 19 dos 65 pacientes (29%) do grupo placebo ($p < 0,001$). Cinco pacientes do grupo da fluvoxamina descontinuaram por efeitos adversos em comparação com apenas um paciente do grupo placebo. Os efeitos adversos que ocorreram com frequência significativamente superior ao placebo foram desconforto abdominal (49% vs. 28%) e aumento da atividade motora (27% vs. 12%). Algumas limitações a esse estudo foram a breve duração do estudo, a falta de avaliadores independentes na aferição das medidas de eficácia e dos efeitos adversos e a exclusão de pacientes que apresentassem outros transtornos psiquiátricos comórbidos, além dos três transtornos de ansiedade em questão. Posteriormente, a partir dos dados desse estudo, esse mesmo grupo realizou um ensaio aberto de 6 meses de duração (RUPP, 2002) e verificou que 33 dos 35 (94%) respondedores à

fluvoxamina continuavam apresentando critérios de resposta (CGI-I < 4), 10 dos 14 (71%) pacientes não respondedores à fluvoxamina e que foram trocados para fluoxetina apresentaram resposta e que 27 dos 48 (56%) não respondedores a placebo apresentaram resposta à fluvoxamina. Apesar de um tamanho de amostra considerável para um estudo de seguimento, uma limitação desse estudo é que não avaliou o seguimento dos pacientes que não receberam a medicação. Um ensaio clínico randomizado com 12 semanas de duração, o qual avaliou a eficácia da fluoxetina, foi realizado por Birmaher *et al.* (2003), com 74 crianças e adolescentes, entre 7 e 17 anos, que apresentavam transtorno de ansiedade generalizada, TAS ou transtorno de ansiedade de separação. Os pacientes foram randomizados para fluoxetina ou placebo e eram examinados a cada 2 semanas por enfermeiras que avaliavam a eficácia e os efeitos adversos. Oitenta e um por cento da amostra completou as 12 semanas de tratamento. Com uma análise *intention to treat*, observou-se, utilizando como critério de resposta escore de CGI-M ≤ 2 , que 61% (22/36) do grupo da fluoxetina *versus* 35% (13/37) do grupo placebo foram considerados respondedores ($p = 0,03$). Quando diagnósticos específicos foram analisados separadamente, pacientes que apresentavam TAS e que utilizaram fluoxetina apresentavam respostas de 76% *versus* 21% dos que utilizaram placebo ($p = 0,001$). Nesse estudo, a fluoxetina foi bem tolerada, exceto por cefaléias e sintomas gastrointestinais leves e transitórios. Algumas limitações desse estudo foram que excluiu transtornos psiquiátricos comuns como transtorno depressivo, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático. Outras limitações foram que os avaliadores não eram independentes para avaliar desfechos e efeitos adversos e que o estudo não permitiu o uso de doses de fluoxetina maiores que 20 mg/dia. Esse mesmo grupo realizou um estudo de seguimento de 1 ano de duração com 42 pacientes em uso de fluoxetina e em 10 pacientes sem medicação provenientes desse estudo (Clark *et al.*, 2005). Ao término do seguimento, observou-se que os pacientes que utilizaram fluoxetina, quando comparados ao grupo que não usou medicação, apresentavam melhores respostas tanto em medidas de desfecho clínicas e parentais quanto em medidas auto-aplicativas.

1.3.2 – Tratamento Psicoterápico

Há uma grande quantidade de estudos avaliando o papel da psicoterapia, comparados com os estudos com psicofármacos, em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade. Entretanto, estudos bem delineados avaliando abordagens psicoterápicas específicas no TAS na infância e adolescência ainda são escassos quando comparados aos estudos em adultos. As abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento dos transtornos de ansiedade, incluindo TAS na infância e na adolescência, incluem a psicanálise, a psicoterapia de orientação analítica, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia familiar, a psicoterapia de apoio e outras formas de psicoterapia. Entre essas, a TCC é a que tem demonstrado maior eficácia em estudos controlados. Kendall (1994) realizou o primeiro ensaio clínico controlado com TCC em crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade. Nesse estudo, 47 crianças e adolescentes, entre 9 e 13 anos de idade, com transtorno de ansiedade excessiva, transtorno de ansiedade de separação e transtorno evitativo, foram randomizados para TCC ou para uma lista de espera de 8 semanas. A TCC, chamada nesse estudo de Coping Cat Program, consistia em ensinar ao paciente a reconhecer seus sintomas de ansiedade, modificar as suas cognições negativas em situações ansiogênicas, desenvolver um plano para lidar com a ansiedade, estimular a exposição gradual às situações temidas e o auto-reforço. Após as 16 semanas de tratamento, além da melhora observada nas avaliações auto-aplicativas e parentais, 66% dos pacientes randomizados para TCC não mais preenchiam critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com apenas 5% do grupo da lista de espera. Tais resultados se mantiveram por um período de 1 ano. Em uma avaliação de seguimento, após 2 a 5 anos (média 3,5 anos), foram reavaliados 36 desses pacientes e as melhoras nas medidas auto-aplicativas, parentais e nos critérios diagnósticos se mantiveram (Kendall e Southam-Gerow, 1996). Posteriormente, Kendall *et al.* (1997) realizaram um estudo similar ao seu primeiro estudo e encontraram resultados compatíveis. Especificamente, 53% dos pacientes tratados com TCC não preenchiam mais critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade, comparados com 6% dos pacientes da lista de espera.

Barret *et al.* (1996) avaliaram a eficácia da TCC, por meio do Coping Cat Program, associado a uma abordagem familiar, em 79 crianças e adolescentes, entre 7 e 14 anos, com transtornos de ansiedade. Dezenove (27%) desses pacientes tinham TAS.

Os pacientes foram randomizados para TCC, TCC + abordagem familiar e para uma lista de espera. Após 12 semanas, ambos os tratamentos ativos foram superiores à lista de espera, porém o tratamento que continha a abordagem familiar foi significativamente superior ao tratamento com TCC apenas. Observou-se que 84% dos pacientes que participaram da TCC + abordagem familiar não preenchiam mais critérios diagnósticos, comparados com 57% do grupo que participou da TCC e 26% do grupo da lista de espera. Tais ganhos se mantiveram em avaliações 6 e 12 meses após o tratamento. Entre os pacientes com TAS, 61,5% dos que participaram dos tratamentos ativos estavam sem o diagnóstico ao final do estudo. Em um seguimento de 6 anos, com 52 pacientes da amostra original, os resultados foram mantidos. Cerca de 85% dos pacientes que receberam tratamento ativo não preenchiam critérios para transtorno de ansiedade e não houve diferença significativa entre os tratamentos ativos (Barret *et al.*, 2001).

Diversos outros estudos com diferentes modalidades de TCC, individual ou em grupo, com ou sem participação parental/familiar, também têm demonstrado a eficácia dessa intervenção psicoterápica no tratamento de crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade (Flannery-Schroeder e Kendall, 2000; Barret, 1998; Silverman *et al.*, 1999;

Mendlowitz *et al.*, 1999; Short *et al.*, 2001; Manassis *et al.*, 2002; Nauta *et al.*, 2003;

Wood *et al.*, 2006). Uma metanálise recente (James *et al.*, 2005), envolvendo 13 ensaios clínicos randomizados com 498 pacientes e 311 controles, demonstrou que a resposta à TCC para qualquer transtorno de ansiedade foi de 56% comparada com 28,2% para o grupo controle (RR: 0,6; IC de 95%: 0,53-0,69) e o número necessário para tratar (NNT) encontrado foi de 3 (IC de 95%: 2,5-4,5). Diferentes formatos de TCC, como individual, grupal, parental ou familiar, apresentaram resultados similares. Embora os estudos até aqui descritos tenham implicações no tratamento do TAS na infância e adolescência, tais resultados devem ser vistos com cautela, tendo em vista que tais amostras não eram constituídas apenas com pacientes com TAS e que raramente eram utilizados instrumentos específicos na avaliação dos sintomas de ansiedade social.

Albano *et al.* (1995) desenvolveram o primeiro programa de TCC específico para o tratamento do TAS na adolescência. Essa intervenção foi chamada de Group Cognitive-Behavioral Treatment for Adolescents (GCBT-A) e consistia em psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, resolução de problemas, treinamento de assertividade, reestruturação cognitiva e terapia de exposição às situações ansiogênicas. Cinco adolescentes entre 13 e 17 anos foram tratados por um período de 3 meses, com tratamento parental em algumas sessões. Ao final do tratamento, quatro adolescentes não mais apresentavam critérios diagnósticos para TAS e tais resultados se mantiveram 1 ano após. Apesar dos bons resultados, esse estudo tinha uma amostra muito pequena e estudos controlados e com amostras maiores são necessários. A eficácia do GCBT-A foi avaliada posteriormente em um estudo controlado desenvolvido por Hayward *et al.* (2000) com 35 adolescentes, do

sexo feminino, com média de idade de 15,5 anos, com TAS. Após o tratamento, 45% das adolescentes que foram tratadas não apresentavam mais critérios diagnósticos para TAS, comparadas com apenas 4% das adolescentes que não receberam tratamento. Porém, após 1 ano de seguimento, não havia diferenças significativas entre os grupos tanto na frequência de pacientes sem diagnóstico quanto nos escores médios de sintomas fóbicos avaliados por meio da Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI). Beidel *et al.* (2000) também desenvolveram um programa chamado de Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C) para o tratamento de crianças com TAS. Esse tratamento cognitivo-comportamental incluía treinamento de habilidades sociais em grupos, exposição às situações ansiogênicas e treinamento de generalização com pares no qual crianças da comunidade interagiam com crianças com TAS e serviam como modelos para essas crianças aprenderem comportamentos sociais apropriados. O primeiro ensaio clínico randomizado que utilizou essa modalidade de tratamento (Beidel *et al.*, 2000) avaliou 67 crianças entre 8 e 12 anos de idade, que foram randomizadas para o SET-C ou para uma intervenção ativa não-específica. O tratamento consistia em duas sessões semanais (uma individual e uma em grupo) e tinha duração de 3 meses. Ao final do tratamento, 67% do grupo que participou do SET-C não preenchia mais critérios diagnósticos para TAS comparado com 5% do grupo que recebeu intervenção não-específica. Após 6 meses de tratamento, 85% das crianças que participaram do SET-C não apresentavam mais critérios para TAS. Os resultados desse estudo foram

muito encorajadores, visto que, além da diferença de resposta entre ambos os grupos, a intervenção (SET-C) foi comparada com um tratamento ativo não-específico. Posteriormente, esses mesmos autores (Beidel *et al.*, 2005) avaliaram a eficácia do SET-C no TAS, após 3 anos de seguimento, em 29 crianças e adolescentes, dos 32 que participaram do protocolo de tratamento inicial.

Esse estudo demonstrou que, após seguimento de 3 anos, a maioria dos pacientes havia mantido os ganhos com o tratamento e que 72% dos pacientes permaneciam sem apresentar critérios para TAS.

Spence *et al.* (2000) também desenvolveram um programa cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes com TAS chamado Social Skills Training:

Enhancing Social Competence in Children and Adolescents (SST) que enfatizava o treinamento de habilidades sociais e a exposição, mas que também incluía psicoeducação, reestruturação cognitiva e técnicas de relaxamento. Um ensaio clínico

(Spence *et al.*, 2000) avaliou 50 crianças entre 7 e 14 anos que foram randomizadas para TCC com envolvimento parental, TCC sem envolvimento parental ou para lista de espera. Nesse estudo, o envolvimento parental consistia em ensinar e estimular os pais a reforçarem as habilidades sociais adquiridas pelos seus filhos e a encorajarem a participação dos filhos em atividades sociais fora das sessões. Ao final de 3 meses de tratamento, 87,5% das crianças que participaram da TCC com envolvimento parental e 58% das crianças que participaram da TCC sem envolvimento parental não apresentavam mais o diagnóstico de TAS comparadas com 7% do grupo da lista de espera. Apesar de haver uma tendência para maior melhora no grupo da TCC com envolvimento parental, não houve diferença significativa com o grupo sem envolvimento parental. Esses resultados se mantiveram em seguimentos 6 e 12 meses após o término do estudo.

Gallagher *et al.* (2004) realizaram um ensaio clínico randomizado avaliando uma forma abreviada de TCC em grupo (três sessões, uma vez por semana, com cerca de 3 horas de duração) para 23 crianças, entre 8 e 11 anos, e verificaram que após 3 semanas de tratamento as crianças que participaram do grupo da TCC apresentavam melhoras

significativas dos sintomas fóbico-sociais em medidas clínicas, auto-aplicativas e parentais comparadas ao grupo de crianças da lista de espera. Após o término do tratamento, observou-se também que as crianças que participaram da TCC em grupo apresentaram diminuição dos diagnósticos de TAS comparadas ao grupo que não recebeu a intervenção. Trata-se de um estudo promissor que utilizou uma técnica abreviada da TCC com resultados satisfatórios em um curto período de tempo, porém algumas limitações desse estudo foram o pequeno tamanho amostral e a não-utilização de um controle ativo.

Masia *et al.* (2001), realizando um trabalho inovador, utilizaram o protocolo adaptado do SET-C, que chamaram de Skills for Academic and Social Success (SASS) para o uso em ambientes escolares. Foram tratados 6 adolescentes com TAS em 14 sessões em grupo. Ao final do tratamento, 3 dos 6 adolescentes não mais preenchiam critérios diagnósticos para TAS. Posteriormente, esse mesmo grupo (Masia-Warner *et al.*, 2005) realizou um ensaio clínico utilizando essa mesma abordagem em 35 adolescentes e verificou que, além da melhora significativa nos sintomas fóbico-sociais, 67% dos pacientes tratados não apresentavam mais critérios de TAS comparados com 6% dos pacientes da lista de espera. Tais achados são muito importantes, já que muitos dos adolescentes com TAS não procuram atendimento e intervenções realizadas em ambientes escolares poderiam ter um alcance maior no tratamento desses pacientes.

Mais recentemente, Garcia-Lopez *et al.* (2006) avaliaram a eficácia da TCC, após um seguimento de 5 anos, no TAS em adolescentes que foram tratados originalmente em estudos controlados com o CGBT-A, ou com o Social Effectiveness Therapy for Adolescents – Spanish Version (SET-Asv), ou com o Intervencion en Adolescentes com Fobia Social (IAFS). Vinte e três pacientes puderam ser avaliados 5 anos após a intervenção. Os resultados demonstraram que as melhoras obtidas com o tratamento inicial e após 1 ano se mantinham 5 anos após o seguimento. Algumas limitações desse estudo foram o tamanho reduzido da amostra e a não-utilização de medidas parentais. Em relação a outras modalidades psicoterápicas, além das abordagens cognitivo comportamentais, não foram encontrados estudos controlados que avaliassem a eficácia de tais tratamentos, bem como também não se constataram estudos comparativos avaliando diferentes formas de psicoterapias entre si.

2. Ansiedade na Criança e no Adolescente

2.1- Ansiedade na Infância

Durante a infância e a adolescência a ansiedade surge como uma característica normal, permitindo às crianças e aos adolescentes adaptarem-se a situações novas, inesperadas ou perigosas (Rosen & Schulkin, 1998). Para a maioria das crianças e dos adolescentes a ansiedade é uma experiência comum, funcional e transitória, cuja natureza e intensidade variam, em grande parte, de acordo com o estágio de desenvolvimento (Barrett, 1998). No entanto, a ansiedade pode aumentar de intensidade e tornar-se, muitas vezes, crónica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento sócioemocional (Fonseca, 1998).

Em geral, as crianças e os adolescentes ansiosos apresentam um medo exagerado de insucesso, uma sensibilidade exagerada aos sinais de perigo, náuseas, palidez, tremores

e várias queixas somáticas. São ainda evidentes sintomas como o aumento do ritmo cardíaco, da transpiração ou da condutância da pele, enquanto que a nível motor distinguem-se pela irrequietude e pelos frequentes pedidos de ajuda e/ou comportamentos de evitamento (Bernstein & Borchardt, 1991; Fonseca, 1998). Contudo, na infância e na adolescência a única categoria específica de ansiedade nestes períodos é a perturbação de ansiedade de separação, em que os critérios de diagnóstico das perturbações de ansiedade nos adultos podem ser aplicados nestas etapas da vida

(American Psychiatric Association – APA, 2002). Por outro lado, as perturbações de ansiedade na infância e adolescência não se caracterizam por um padrão homogéneo e consistente de sintomas, podendo diferir na frequência dos sintomas, na gravidade, no desenvolvimento, na evolução e nas reacções ao tratamento (Fonseca, 1998). Essau, Conradt, e Petermann (2000) ao analisarem diversos estudos referiram que a prevalência das perturbações de ansiedade, embora com variações devido a factores culturais, variam entre os 3 e os 13%. O estudo de Essau e colaboradores (2000) com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos demonstrou que as raparigas

apresentavam mais sintomas ansiosos que os rapazes e que a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes. Estas diferenças de género nas perturbações de ansiedade são explicadas por duas correntes, em que uma assume que as diferenças são determinadas genética ou biologicamente, ao contrário da secundocorrente, que refere que as diferenças estão relacionadas com as experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres na sociedade (Allen, Gotlib, Lewinsohn, Lewinsohn, & Seeley, 1998).

2.2 – Ansiedade na Adolescência

Muito se ouve sobre a adolescência e muitas dúvidas ainda permeiam a sociedade. Afinal o que é a adolescência? Alguns autores privilegiam a idade como um critério classificativo. Por exemplo, segundo a organização mundial da saúde (OMS) considera-se adolescente o período de 10 a 19 anos de idade e distingue-se adolescente inicial (entre 10 a 14 anos de idade) e adolescente final (na idade de 15 a 19 anos) (WHO, 2000). No Brasil por exemplo, o estatuto da criança e do adolescente define esta fase como característica dos 13 aos 18 anos de idade. Neste trabalho investigativo abordaremos a adolescência como uma fase da vida onde ocorrem mudanças na maturação física e biológica, no ajustamento psicológico e social do indivíduo.

Adolescência é um período de intensas modificações no desenvolvimento humano, marcado por alterações biológicas de puberdade e relacionado à maturidade biopsicossocial do indivíduo. Desse modo, é identificado como um período de crise pela experiência de importantes transformações mentais e orgânicas capazes de proporcionarem manifestações peculiares em relação ao comportamento normal para a faixa etária. Estas podem, contudo, ser confundidas com doenças mentais ou manifestações comportamentais inadequadas (Peres e Rosenburg, 1998).

São grandes às adaptações pelas quais os jovens devem pensar durante o seu período de desenvolvimento. Nesse processo eles enfrentam realidades diferentes das

que já enfrentaram e diante disso reagem e sentem-se ansiosos considerando ser difícil se adaptar a essa nova fase. No entanto, a ansiedade ocorre normalmente, nesse período de vida, não ocorre apenas em adolescente, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária e em diversas situações.

A ansiedade é um sentimento que acompanha um sentido geral de perigo, advertindo as pessoas de que há algo a ser temido. Refere-se a uma inquietação que pode traduzir-se em manifestações de ordem fisiológica e cognitiva. Como manifestações fisiológicas pode-se citar agitação, hiperatividade e movimentos precipitados, como manifestações cognitivas surgem atenção e vigilância redobrada e determinados aspectos do meio, pensamentos de possíveis desgraças. Essas manifestações podem ser passageiras ou podem constituir uma maneira estável e permanente de reagir e sua intensidade pode variar de níveis imperceptíveis até níveis extremamente elevados. Pessotti (1978) explica que, até o advento de Freud e de outros psicólogos de importância, o problema da ansiedade situava-se dentro das preocupações da filosofia. May (1980) menciona que os filósofos, como Spinoza, Pascal, Kierkegaard e Nietzsche, trataram mais explicitamente da ansiedade e do medo, sendo que a preocupação primordial não era com a formação dos distúrbios emocionais e psicológicos. O problema da ansiedade (vivência de sofrimento psíquico determinado pela presença de um conflito interno) ocupou a mente de Freud (1976) durante muito tempo e, para ele, todos nós, algumas vezes, experimentamos essa sensação ou esse estado afetivo no qual convergem importantes questões.

Ao distinguir três tipos de ansiedade: real ou objectiva, neurótica e moral, Freud (1936) baseia-se nas fontes de onde provém a ansiedade e não em aspectos qualitativos. Assim, a ansiedade como medo do mundo externo seria a ansiedade objectiva, enquanto a ansiedade neurótica teria como fonte o medo do Id e a moral o medo do Superego. A ansiedade tem uma inegável relação com a expectativa, sendo a ansiedade por algo. Se o verdadeiro perigo é um perigo conhecido, tem-se a ansiedade realística, a ansiedade por esse perigo conhecido, e a ansiedade neurótica é a ansiedade por um perigo desconhecido, ainda a ser descoberto.

Os estudos em que se associam a ansiedade com outras variáveis são múltiplos e diversificados no que se refere aos realizados com crianças, no entanto poucos estudos

são específicos da adolescência. Analisam tensão emocional ao fazerem provas (Heettner & Wallace, 1967), estilo do professor (Nickel & Schluter 1970), complexidade de tarefas (Weiner & Schneider, 1971, cit in Eysenck e Eysenck,1987), desempenho escolar insatisfatório (Cierkowski, 1975, Proeger & Myrick, 1980), dificuldade de atenção (Madeira et al., 1976), situação de teste (Sarason, 1972), ordem de nascimento, imaturidade e desenvolvimento de psicose (Touliatos & Lindholm , 1980) , relação com desenvolvimento moral (Biaggio, 1984), relação entre ansiedade na adolescência e separação de pais (Silva 1984).

Serra et al. (1980) realizaram uma pesquisa de opinião sobre medo e ansiedade na adolescência. Constataram que na adolescência o medo é direccionado a ameaças ou perigos subjectivos, o que atribuíram à chamada crise de identidade . Em relação à ansiedade, as categorias mais frequentes no estudo foram às ligadas à solidão, ao desconhecido, à rejeição e ao futuro.

Essau, Conradt, e Petermann (2000) ao analisarem diversos estudos referiram que a prevalência das perturbações de ansiedade, embora com variações devido a factores

culturais, variam entre os 3 e os 13%. O estudo de Essau e colaboradores (2000) com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos demonstrou que as raparigas apresentavam mais sintomas ansiosos que os rapazes e que a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes. Estas diferenças de género nas

perturbações de ansiedade são explicadas por duas correntes, em que uma assume que as diferenças são determinadas genética ou biologicamente, ao contrário da segunda

corrente, que refere que as diferenças estão relacionadas com as experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres na sociedade (Allen, Gotlib, Lewinsohn, Lewinsohn, & Seeley, 1998).

Portanto , Essau, Conrad, e Petermann (2000) ao analisarem diversos estudos referiram que a prevalência das perturbações de ansiedade, embora com variações devido a factores culturais, variam entre os 3 e os 13%. O estudo de Essau e colaboradores (2000) com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos demonstrou que as raparigas apresentavam mais sintomas ansiosos que os rapazes e que a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes. Estas diferenças de género nas perturbações de ansiedade são explicadas por duas correntes, em que uma assume que as diferenças são determinadas genética ou biologicamente, ao contrário da segunda corrente, que refere que as diferenças estão relacionadas com as experiências e papéis sociais dos homens e das mulheres na sociedade (Allen, Gotlib, Lewinsohn, Lewinsohn, & Seeley, 1998).

De acordo com os estudos realizados tanto por Essau , Conrad , e Petermann (2000) ; bem como os de Matos , Barrett , Dadds , e Short (2003) verificamos que as raparigas apresentam mais sintomas de ansiedade , do que os rapazes. O presente trabalho investigativo , centrado na Adaptação da “ Escala de ansiedade para crianças e adolescentes : O que eu penso e o que eu sinto” numa amostra de crianças e adolescentes angolanos da província de Benguela , que procurará avaliar a fidelidade e a estrutura factorial da escala numa amostra da população angolana , bem como estabelecer normas baseadas nesta amostra da população tendo em conta as respectivas médias e desvios padrão , verificará a existência de diferenças quanto à ansiedade tendo em conta as variáveis género , idades e meio de residência. Assim seguiremos com a 2ª parte do trabalho investigativo onde poderemos ver os contributos e resultados da investigação.

PARTE II

CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ANGOLANOS DA PROVÍNCIA DE BENGUELA

Objectivos Gerais

Os objectivos gerais deste estudo são por um lado avaliar a fidelidade e a estrutura factorial da escala numa amostra da população angolana, por outro, estabelecer normas baseadas nesta amostra da população tendo em conta as respectivas médias e desvios padrão e ainda verificar a existência de diferenças quanto à ansiedade e factor mentira tendo em conta as variáveis género, faixas etárias e meio de residência.

Hipóteses de Investigação

Hipótese 1

A Escala de Ansiedade para Crianças e adolescentes apresenta também para uma amostra da população Angolana boas características psicométricas de fidelidade (consistência interna) e validade de conceito (análise factorial)

Hipótese 2

Com base na amostra de 450 crianças e adolescentes angolanos, estabelecem-se os valores médios e respectivos desvios padrão para os factores de ansiedade e mentira, quer para a amostra total, quer por género, faixa etária e meio de residência, permitindo o estabelecimento de uma primeira tentativa de normas de comparação para crianças angolanas.

Hipótese 3

Existem diferenças de género, de idades e de meio de residência quanto ao factor ansiedade e quanto ao factor mentira.

Hipótese 4

Existem diferenças de género e de meio de residência para alguns dos itens da escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes.

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. Desenho / Método

O desenho do estudo é exploratório, descritivo, de comparação entre grupos. A variável dependente invocada é a ansiedade e, as variáveis independentes são o género, a faixa etária e o meio de residência.

2. Participantes

Para melhor se perceber a constituição da amostra (N = 450) procede-se de seguida à sua distribuição por género, idades e meio de residência.

2.1- Distribuição da amostra total por género

Tabela 1- Distribuição da amostra total por género

Gênero	N	%
Masculino	222	49,3
Feminino	228	50,7
Total	450	100

Como se pode verificar, existe uma distribuição razoavelmente equilibrada da amostra quanto ao sexo, embora se note uma predominância muito ligeira do sexo feminino (50,7%) com relação ao masculino (49,3%).

2.2 – Média, desvio-padrão de idades para a amostra total

Tabela 2 – Média e Desvio padrão de idades para a amostra total

	N	Média	DP	Mínim o	Máxim o
I dade	450	13,90	2,273	8	17

Como podemos notar (Tabela 2) a amostra é constituída por um total de 450 sujeitos com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos, tendo uma média geral de idades de 13,9 anos (DP = 2,273).

2.3. Distribuição da amostra total por faixas etárias

Tabela 3. Distribuição da amostra total por faixas etárias para ambos os géneros

Faixas etárias	N	%
8 a 9 anos	22	4,9
10 a 11 anos	54	12,0
12 a 13 anos	93	20,6
14 a 15 anos	154	34,2
16 a 17 anos	127	28,3
Total	451	100

A Tabela 3 mostra-nos que existe predominância das faixas etárias dos 14-15 anos (34,2%), dos 16-17 anos (28,3%) e dos 12-13 anos (20,6%), relativamente às restantes, sendo as faixa etária dos 8-9 anos (4,9%) e dos 10-11 anos (12%) as menos representadas.

2.4 – Distribuição da amostra total segundo o meio de residência

Tabela 4 – Distribuição por meio de residência

Meio	N	%
Urbano	153	34,0
Rural	294	65,3
Em falta	3	0,7
Total	450	100

Verificamos que a amostra, segundo ao meio de habitação, apresenta predominância do meio rural (65,3%) sobre o meio urbano (34%)

3. Instrumentos

A recolha de dados foi operacionalizada através da aplicação da escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes: “O que eu penso e o que eu sinto” (Fonseca, 1989), tradução portuguesa da escala original de Ansiedade Manifesta (Richmond & Paget, 1981). Trata-se de um instrumento que tem sido utilizado e estudado a nível internacional (nomeadamente em estudos sobre ansiedade e aprendizagem, sucesso e insucesso escolar, depressão, diferenças individuais e culturais, distúrbios emocionais, distúrbios de stress pós traumático...) apresentando boa fidelidade e validade. No estudo português a escala apresentou um coeficiente de fidelidade baseado na consistência interna de $\alpha = 0,78$ e de teste-reteste de 0,68 e de validade discriminante e concorrente também elevados e significativos.

A escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes é constituída por 37 itens, dos quais 28 estão relacionados com vários aspectos da ansiedade-traço (e.g. “Tenho medo de muitas coisas”, “Sou nervoso(a)”, “Tenho frequentemente dificuldades de respirar”) e nove estão relacionados com a desiderabilidade social ou mentira (e.g. “Nunca me irrita”, “Digo sempre a verdade”). Os 37 itens têm apenas duas possibilidades de resposta: Sim/Não.

Para o nosso estudo utilizamos a versão portuguesa de 37 itens, tendo procedido a pequenas adaptações linguísticas para a adaptarmos melhor à cultura angolana, principalmente às crianças de meio rural. Neste sentido, alteramos o texto dos seguintes itens: 1. Tenho dificuldades em decidir-me , sendo para , tenho problema em tomar minhas decisões. 3. Parece que as outras pessoas fazem as coisas mais facilmente do que eu , apenas alterou-se a palavra facilmente para fácil. 5. Tenho frequentemente dificuldades em respirar , alterado em , tenho muitas vezes problemas em respirar. 6. Ando muitas vezes preocupado(a) , alterado para , fico preocupado(a) à toa . 8. Sou sempre amável , alterado por , sou sempre simpático(a). 9. Fico facilmente magoado(a) e furioso(a) , alterado , fico rapidamente magoado(a) e furioso(a). 10. Preocupo-me com o que os meus pais me irão dizer , alterado em , tenho medo com o que os meus pais irão dizer-me. 11. Sinto que os outros não gostam da maneira como eu faço as coisas , alterado , sinto que os outros não gostam das coisas como eu as faço . 13. Tenho dificuldade em adormecer à noite , neste item apenas alteramos , a palavra dificuldade

por problema. 14. Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim, alteramos no , tenho medo com o que as outras pessoas pensam de mim.15. Sinto-me só mesmo quando há pessoas comigo , alterado , sinto-me sozinho(a) mesmo quando há pessoas comigo. 16. Comporto-me sempre bem , apenas alteramos a palavra comporto-me em , me comporto. 17. Sinto-me enjoado(a) muitas vezes , alterado , fico enjoado(a) à toa . 19. Sinto as minhas mãos suadas , alterado , sinto as minhas mãos molhadas. 20. Sou sempre bem educado(a) para com todos , alterado , sou sempre bem educado(a) com toda gente . 21. Canso-me muito , alterdo em , fico cansado(a) à toa . 22. Preocupo-me com o que vai acontecer , alterado ,tenho medo com o que vai acontecer. 24. Digo sempre a verdade , apenas alteramos a palavra digo , por falo. 25. Tenho maus sonhos , alteramos em , tenho sonhos maus . 26. Fico facilmente magoado(a) quando ando chateado(a) , este item foi alterado para , quando estou chateado(a) , fico rapidamente magoado(a) . 28. Nunca me irritado , alterado , nunca fico nervoso(a) . 30. Fico preocupado(a) quando à noite vou para a cama , alteramos por , fico com medo quando à noite vou dormir . 31. Tenho dificuldades em concentrar-me no meu trabalho escolar , este item foi alterado no seguinte , não consigo estar atento nos meus trabalhos da escola. 32. Nunca digo coisas que não deveria dizer , portanto o item 32 , ficou alterado por , não falo à toa . 35. Há muita gente que é contra mim , alterado , há muita gente que não me gosta. 36 . Nunca minto , alterado , não sou aldrabão(na) . 37. Preocupo-me muitas vezes com que me vá acontecer alguma coisa , finalmente este item , foi respectivamente alterado em , penso muitas vezes que me vai acontecer alguma coisa má.

4. Procedimentos

Após efectuado o pedido de autorização às direcções das instituições escolares para se efectuar o estudo pretendido e o pedido de consentimento informado aos encarregados de educação das crianças e adolescentes, deu-se início a recolha de dados através da aplicação do instrumento, a Escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes. O instrumento foi administrado consoante as diligências dos profissionais (investigadora e professores), juntamente com às direcções das escolas e, a realidade dos alunos: nas instituições onde os alunos tinham dificuldade de leitura e interpretação, como no caso geral das crianças e adolescentes das zonas rurais e algumas das zonas urbanas, houve necessidade de, as professoras aplicarem uma escala de cada vez a cada

aluno fazendo aproximadamente 30 minutos no preenchimento de cada aluno. Noutras escolas das zonas urbanas teve-se também necessidade de dar explicação de cada item da escala e seguidamente os alunos iam preenchendo. Já em outras só foi necessário explicar o objectivo da escala e os alunos preencherem a mesma. Por fim, precedeu-se à inserção e análise dos dados recolhidos tendo por base o programa SPSS versão 19, recorrendo à estatística descritiva para caracterização da amostra e da distribuição dos resultados na escala de ansiedade e a estatística inferencial, nomeadamente testes t e ANOVA, para comparações entre géneros, faixas etárias e zona de residência.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Análise da Fidelidade da escala

Para a análise da fidelidade da escala recorreremos ao método da consistência interna (alpha de Cronbach) tendo encontrado um valor de alpha de Cronbach = 0,574 para o fator mentira e um valor de alpha de Cronbach = 0,738 para o fator ansiedade que atestam uma elevada consistência interna/homogeneidade dos itens da escala na amostra em estudo.

Análise da Validade factorial da escala

Tabela 5 Estrutura factorial da escala: itens e saturações

Itens	Fatores	
	1	2
1.Tenho problema em tomar minhas decisões	,331	-,114
2. Fico nervoso(a) quando as coisas não me correm bem	,279	,191
3. Parece que as outras pessoas fazem as coisas mais fácil do que eu	,342	,013
4. Gosto de todas as pessoas que conheço	-,006	,482
5. Tenho muitas vezes problemas em respirar	,365	-,130
6. Fico preocupado(a) à toa	,405	,090
7. Tenho medo de muitas coisas	,251	-,073
8 . Sou sempre simpático(a)	-,159	,532

9.Fico rapidamente magoado(a) e furioso(a)	,377	-,151
10. Tenho medo com o que os meus pais irão dizer-me	,304	,326
11. Sinto que os outros não gostam das coisas como eu as faço	,331	-,021
12. Tenho sempre boas maneiras	-,104	,586
13.Tenho problema em adormecer à noite	,395	-,192
14.Tenho medo com o que as outras pessoas pensam de mim	,346	,241
15. Sinto sozinho(a) mesmo quando há pessoas comigo	,352	-,094
16. Me comporto sempre bem	-,153	,622
17. Fico enjoado(a) à toa	,425	-,028
18. Fico facilmente magoado(a)	,363	,226
19. Sinto as minhas mãos molhadas	,323	,009
20. Sou sempre bem educado(a) com toda gente	-,085	,609
21. Fico cansado(a) à toa	,445	-,025
22. Tenho medo com o que vai acontecer	,341	,257
23.As outras pessoas são mais felizes do que eu	,390	,016
24. Falo sempre a verdade	-,083	,517
25. Tenho sonhos maus	,393	-,013
26. Quando estou chateado(a) fico rapidamente magoado (a)	,321	,182
27. Sinto que alguém vai me dizer que ando a fazer mal as coisas	,367	-,097
28. Nunca fico nervoso(a)	,111	,296
29.Às vezes acordo assustado(a)	,337	-,060
30.Fico com medo quando á noite vou dormir	,410	,142
31.Não consigo estar atento nos meus trabalhos da escola	,326	-,029
32. Não falo à toa	-,009	,114
33. Mexo-me muito na minha cadeira	,357	-,198
34.Sou nervoso(a)	,269	-,007
35. Há muita gente que não me gosta	,396	-,161
36.Não sou aldrabão(na)	,168	,030
37.Penso muitas vezesque me vai acontecer alguma coisa má	,304	,111

Procedemos a uma análise fatorial dos itens, forçando a 2 fatores, sendo que a solução encontrada vem de encontro aos resultados do estudo português e dos estudos originais, em que o fator 1 consiste nos 28 itens relativos a ansiedade e o fator 2 consiste nos 9 itens de desabiridade social ou mentira, conforme o mostra a Tabela 5.

Só o item 36 que na versão portuguesa engrossa o fator mentira, parece aqui engrossar o factor ansiedade.

Distribuição dos resultados para a amostra total, por géneros, por faixas etárias e por residência

Tabela 6- Totais de ansiedade e mentira para a amostra total

	N	Média	DP
Ansiedade	448	13,27	4,892
Mentira	450	5	2,076

Quanto a amostra total, segundo a tabela 6, a média no fator ansiedade é de 13,27 (DP = 4,892) e no fator mentira de 5 (DP = 2,076).

Tabela 7. Total de ansiedade e mentira por género

Género/factor	N	Média	DP
Masculino/ansiedade	221	12,79	4,772
Feminino/ansiedade	227	13,74	4,973
Masculino/mentira	222	5,04	2,1
Feminino/mentira	228	4,95	2,057

No que concerne à distribuição dos resultados totais por género, conforme notado na tabela 7, os 221 sujeitos do sexo masculino obtiveram uma média de ansiedade de 12,79 (DP = 4,772), enquanto os 227 do sexo feminino obtiveram uma média de ansiedade de 13,74 (DP = 4,973). Já no que se refere ao fator mentira, o género masculino obteve uma média mais elevada (média = 5,04, DP = 2,1) do que o feminino (média = 4,95, DP = 2,057).

Tabela 8. Total da ansiedade e mentira por meio de residência

Meio	N	Média	DP
Urbano/ansieda	153	11,95	4,679
Rural/ansiedad	292	13,93	4,834

Urbano/mentir	153	4,79	1,989
Rural/mentira	294	5,10	2,115

Quanto ao meio (tabela 8), o total de 153 sujeitos do meio urbano obtiveram uma média de ansiedade de 11,95 (DP = 4,679), contra uma média de 13,93 (DP = 4,834) dos 292 sujeitos do meio rural. No que respeita ao fator mentira a média dos 153 sujeitos do meio urbano foi de 4,79 (DP = 1,989), contra uma média de 5,10 (DP = 2,115) dos 294 sujeitos do meio rural.

Tabela 9. Total de ansiedade e mentira por faixas etárias

Faixas etárias/fator	N	Média	DP
8-9/ansiedade	22	10,36	5,456
10-11/ansiedade	54	10,26	3,915
12-13/ansiedade	93	14,13	4,663
14-15/ansiedade	153	13,95	4,949
16-17/ansiedade	126	13,60	4,655
8-9/mentira	22	4,59	1,532
10-11/mentira	54	4,48	2,263
12-13/mentira	93	5,52	2,046
14-15/mentira	154	4,78	2,109
16-17/mentira	127	5,17	1,983

Tal como mostra a tabela 9, as faixas etárias mais baixas (8 a 11 anos) apresentam médias de ansiedade mais baixas (média = 10,36 para os 8-9 anos e 10,26 para os 10-11 anos) do que as faixas etárias mais elevadas (12 a 17 anos). No que respeita ao fator mentira, também as faixas etárias mais baixas mostram, em geral, valores inferiores às mais elevadas.

Comparações entre géneros, meios de residência e faixas etárias quanto aos resultados médios nos factores ansiedade e mentira

Tabela 10. Comparação entre géneros quanto a mentira e ansiedade total

Género/fator	Médi	t	df	P
	as			

Masculino/ansiedade	12,79	- 2,049	446	0,041
Feminino/ansiedade	13,74			
Masculino/mentira	5,04	0,453	448	Ns
Feminino/mentira	4,95			

Como se pode verificar pela tabela 10, não existem diferenças entre géneros quanto ao fator mentira. Já no que respeita ao fator ansiedade verificam-se diferenças significativas entre géneros, $t(446) = - 2,049$, $p < 0,05$, sendo que as raparigas (média = 13,74), apresentam maior ansiedade do que os rapazes (média = 12,79).

Tabela 11. Comparação entre meios de residência quanto a mentira e ansiedade total

Residência/fator	Médias	t	df	P
Urbano/ansiedade	11,95	- 4,164	443	0,000
Rural/ansiedade	13,93			
Urbano/mentira	4,79	- 1,506	445	Ns
Rural/mentira	5,10			

Como se pode verificar pela tabela 11, não existem diferenças entre meios urbano e rural quanto ao fator mentira. Já no que respeita ao fator ansiedade verificam-se diferenças significativas entre meios de habitação, $t(443) = - 4,164$, $p < 0,001$, sendo que as crianças e adolescentes do meio rural (média = 13,93), apresentam maior ansiedade do que os do meio urbano (média = 11,95).

Tabela 12. Comparação entre faixas etárias quanto a mentira e ansiedade total

Faixas etárias/fator	Médias	F	df	P
7-8 anos/ansiedade	10,36			
9-10 anos/ansiedade	10,26			
11-12 anos/ansiedade	14,13	9,310	4	0,000
13-14	13,95			

anos/ansiedade					
15-16		13,60			
anos/ansiedade					
16-17		10,36			
anos/ansiedade					
7-8 anos/mentira		4,59			
9-10 anos/mentira		4,48			
11-12 anos/mentira		5,52	3,189	4	0,013
13-14 anos/mentira		4,78			
15-16 anos/mentira		5,17			
16-17 anos/mentira		4,59			

Para compararmos as diferentes faixas etárias relativamente aos fatores ansiedade e mentira, recorreremos a uma ANOVA e a uma análise post hoc (Scheffe) para verificação de entre que faixas etárias se situavam essas diferenças.

Como se pode verificar pela tabela 12, existem diferenças significativas entre faixas etárias quer para a ansiedade, $F(4) = 9,310$, $p < 0,001$, quer para a mentira, $F(4) = 3,189$, $p = 0,013$.

A análise post hoc (Scheffe) permitiu constatar que, quanto à ansiedade, as diferenças se situavam entre as faixas etárias dos 7-8 e 9-10 anos (com médias inferiores de ansiedade), as quais não diferiam entre si, face às restantes faixas etárias (com médias superiores), as quais também não diferiam entre si.

Quanto ao fator mentira, a análise post hoc não confirma as diferenças encontradas.

Comparações entre gêneros e meios de residência quanto aos resultados médios obtidos em cada item da escala.

Tabela 13. Diferenças entre gêneros por item (estatisticamente significativas)

Itens	Médias		t	df	P
	rapazes	raparigas			
1 – Tenho problemas em tomar minhas decisões	0,55	/	-	4	(
	0,64		1,967	48	,050
7- Tenho medo de muitas coisas	0,54	/	-	3	(
	0,68		2,147	71,851	,032
14 - Tenho medo com o que as outras pessoas pensam de mim	0,61	/	2	4	(
	0,50		,410	47,996	,016
15 – Sinto sozinho(a) mesmo quando há pessoas comigo	0,24 / 0,33		-	4	(
			2,116	45,985	,035
17- Fico enjoado(a) atoa	0,22 / 0,32		-	4	(
			2,603	43,438	,010
22 – Tenho medo com o que vai acontecer	0,66 / 0,56		2	4	(
			,295	47,779	,022
25 – Tenho maus sonhos	0,38 / 0,58		-	4	(
			4,338	47,964	,000
26 – Quando estou chateado(a) fico rapidamente magoado(a)	0,64 / 0,51		2	4	(
			,631	47,948	,009
29 – Às vezes acordo assustado(a)	0,36 / 0,49		-	4	(
			2,826	47,916	,005
31 – Não consigo estar atento nos meus trabalhos da escola	0,38 / 0,50		-	4	(
			2,708	47,994	,007

*Assinalam-se a sombreado os itens em que os rapazes apresentam médias significativamente mais elevadas do que as raparigas

Conforme se pode ver na tabela 13, existem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas para cada um dos itens lá constantes, sendo que no sua maioria as raparigas apresentam maior ansiedade do que os rapazes, exceto para os itens 14, 22 e 26, em que se inverte a situação.

Tabela 14. Diferenças entre meio de habitação por item (estatisticamente significativas)

Item	Médias	t	df	P
	Urbano/rural			
4 – Gosto de todas as pessoas que conheço	0,58 / 0,77	- 3,980	2 69,023	0,000
5- Tenho muitas vezes problemas em respirar	0,22 / 0,36	- 3,399	3 52,304	,001
7- Tenho medo de muitas coisas	0,49 / 0,67	- 3,025	4 23,744	,003
14- Tenho medo com o que as outras pessoas pensam de mim	0,46 / 0,60	- 2,646	3 03,410	,009
15- Sinto sozinho(a) mesmo quando há pessoas comigo	0,21 / 0,33	- 2,737	3 48,079	,007
18- Fico facilmente magoado(a)	0,28 / 0,41	- 2,811	3 32,998	,005
19- Sinto as minhas mãos molhadas	0,41 / 0,52	- 2,229	3 12,833	,027
21- Fico cansado(a) atoa	0,37 / 0,50	- 2,537	3 16,850	,012
22- Tenho medo com o que vai acontecer	0,54 / 0,65	- 2,244	2 96,543	,026
23- As outras pessoas são mais felizes do que eu	0,33 / 0,53	- 4,252	3 24,842	,000
24- Falo sempre a verdade	0,38 / 0,51	- 2,659	4 45	,008
25 – Tenho maus sonhos	0,39 / 0,52	- 2,676	3 13,840	,008
26- Quando estou chateado(a) fico rapidamente magoado(a)	0,49 / 0,62	- 2,534	3 00,401	,012
27- Sinto que alguém vai me dizer que ando fazer mal as coisas	0,35 / 0,46	- 2,263	3 20,217	,024
30- Fico com medo quando à noite vou dormir	0,34 / 0,45	- 2,335	3 21,317	,020
36- Não sou aldrabão(na)	0,39 / 0,62	3 ,820	4 45	,000

Conforme, está espelhado na tabela 14, quando comparamos a ansiedade tendo em conta o meio de habitação, existem diferenças estatisticamente significativas entre meio urbano e rural para cada um dos itens lá constantes, sendo que na totalidade dos itens com diferenças significativas, são os sujeitos do meio rural que apresentam médias superiores de ansiedade face aos sujeitos do meio urbano.

VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discussão dos resultados das hipóteses de estudo

Tendo em conta os objectivos gerais deste estudo, que são , por um lado avaliar a fidelidade e a estrutura factorial da escala numa amostra da população angolana, por outro, estabelecer normas baseadas nesta amostra da população tendo em conta as respectivas médias e desvios padrão e ainda verificar a existência de diferenças quanto à ansiedade e factor mentira tendo em conta as variáveis género, faixas etárias e meio de residência.

Assim , inicia-se por recordar a primeira hipótese “A Escala de Ansiedade para Crianças e adolescentes apresenta também para uma amostra da população Angolana boas características psicométricas de fidelidade (consistência interna) e validade de conceito (análise factorial)” . De facto os resultados confirmam haver encontros de resultados do estudo português e dos estudos originais. Só o item 36 que na versão portuguesa engrossa o factor mentira , e aqui engrossa o factor ansiedade .

Segunda hipótese “Com base na amostra de 450 crianças e adolescentes angolanos, estabelecem-se os valores médios e respectivos desvios padrão para os factores de ansiedade e mentira, quer para a amostra total, quer por género, faixa etária e meio de residência, permitindo o estabelecimento de uma primeira tentativa de normas de comparação para crianças angolanas.” Os resultados apontam uma primeira

aproximação a dados normativos com médias e desvios padrão para a amostra total e por género, faixa etária e meio de residência

Terceira hipótese “Existem diferenças de género, de idades e de meio de residência quanto ao factor ansiedade e quanto ao factor mentira.” Os resultados confirmaram não existirem diferenças entre géneros quanto ao factor mentira, já no que respeita ao factor ansiedade os resultados confirmaram haver diferenças significativas entre géneros, sendo que as raparigas apresentam maior ansiedade do que os rapazes. O que vai de encontro com os resultados dos estudos realizados por Essau, Conradt, e Petermann (2000). O estudo de Essau e colaboradores (2000) com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos demonstrou que as raparigas apresentavam mais sintomas ansiosos que os rapazes e que a sintomatologia tende a aumentar com a idade, normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade.

Igualmente, Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentavam mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes.

Portanto, no que concerne a faixas etárias, os resultados confirmam haver diferenças significativas entre faixas etárias quer para a ansiedade, quer para a mentira. Constatou-se que, quanto à ansiedade, as diferenças se situavam entre as faixas etárias dos 7-8 e 9-10 anos (com médias inferiores de ansiedade), as quais não diferiam entre si, face às restantes faixas etárias (com médias superiores), as quais também não diferiam entre si. Quanto ao fator mentira, a análise não confirma as diferenças encontradas. Quanto ao meio de residência os resultados apontaram, não existirem diferenças entre meios urbano e rural quanto ao fator mentira. Já no que respeita ao fator ansiedade verificou-se diferenças significativas entre meios de habitação, sendo que as crianças e adolescentes do meio rural apresentam maior ansiedade do que os do meio urbano.

Quarta hipótese “Existem diferenças de género e de meio de residência para alguns dos itens da escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes”. Os resultados provam existirem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas

para cada um dos itens constantes da escala de Ansiedade para Crianças e Adolescentes, sendo que na sua maioria as raparigas apresentam maior ansiedade do que os rapazes, esses resultados também vão de encontro com os estudos realizados por , Matos, Barrett, Dadds, e Short (2003) realizaram um estudo transversal em crianças e adolescentes portugueses, entre os 10 e os 17 anos, do 6º, 8º e 10º ano de escolaridade de escolas públicas, onde verificaram que as raparigas apresentaram mais sintomas de ansiedade e/ou depressão do que os rapazes. Quando comparamos a ansiedade tendo em conta o meio de habitação, os resultados confirmaram existir diferenças estatisticamente significativas entre meio urbano e rural para cada um dos itens lá constantes na escala , sendo que na totalidade dos itens com diferenças significativas, são os sujeitos do meio rural que apresentam médias superiores de ansiedade face aos sujeitos do meio urbano.

Finalmente , é de notar que os resultados de ansiedade referidos pelas crianças e adolescentes angolanos não são muito diferentes dos resultados de outros estudos feitos acima citados, os resultados do presente estudo são muito semelhantes aos resultados obtidos anteriormente da Ansiedade para Crianças e Adolescente: “O que Eu Penso e o que Eu Sinto” (Fonseca, 1989), versão portuguesa da escala de Ansiedade Manifesta (Reynolds & Paget, 1981).

Com o presente estudo, esperamos poder contribuir com um instrumento para medida da ansiedade em crianças e adolescentes importante para a prática clínica dos Psicólogos Angolanos, tendo mostrado a sua adequação a uma população angolana e tendo-se estabelecido um primeiro conjunto de normas para o mesmo que permitirão a comparação dos resultados obtidos por crianças e adolescentes em consulta clínica com os resultados normativos agora obtidos.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, N., Gotlib, I., Lewinsohn, M., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 1*, 109-117.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association , Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 3rd . ed. Washington , DC : American Psychiatric Association , 1980.
- American Psychiatric Association , Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 3rd . ed. Revised. Washington, DC : American Psychiatric Association , 1987.
- American Psychiatric Association , Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 4th . ed. Washington , DC : American Psychiatric Association , 1994.
- American Psychiatric Association , Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 4th ed. Revised. Washington, DC : American Psychiatric Association , 2000.
- Avison, W. R., & Mcalpine, D. D. (1992). Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 77-96.
- Barrett, P. M. (1998). O tratamento da ansiedade das crianças: Análise de alguns aspectos relativos aos acontecimentos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 2*, 97-127.
- Barret ,P.M.; Dadds, M.R. ; Rapee , R.M. Family treatment of childhood anxiety disorders : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol 63* : 333-342 , 1996 .
- Barret, D.M. et al . Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children : long-term (6 years) follow-up. *J Consult Clin Psychol 69* : 134-141 , 2001.

- Beidel, D.C.; Turner , S.M.; Morris, T.L. Behavioral treatment of childhood social phobia . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 68: 1072-1080, 2000.
- Beidel, D.C. et al. The treatment of childhood social anxiety disorder. Psychiatr Clin North Am 24 : 831-846 , 2001.
- Beidel, D.C. et al. Social effectiveness therapy for children : three-year follow-up. J Consult Clin Psychol 73:721-725, 2005.
- Birmaher, B.et al . Fluoxetine for childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:993-999, 1994.
- Birmaher, B.et al . Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. J Am Child Adolesc Psychiatry 42:415-423, 2003.
- Bilyc-Fleitlich, B.; Goodman, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil . J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 43: 727-734, 2004.
- Bernstein, G. A., & Borchardt, M. D. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychology and Psychiatry*, 148, 564-577.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 452-484). New York: Wiley.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem and coping strategies. *Adolescence*, 26, 316-322.
- Chavira , D.A.; Stein , M.B. Combined psychoeducation and treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for youth with generalized social anxiety disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 12:47-54, 2002.

- Clark , D.B. et al . Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders : open.label , long term extension to a controlled trial . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44 : 1263-1270 , 2005 .
- Compton , S.C. et al . Sertraline in Children and adolescents with social anxiety disorder : an open trial. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 40 : 564 – 571, 2001.
- Costello, E.J.; Angold, A.; Keeler, G.P. Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:121-128, 1999.
- Costello, E.J. et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, desing, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:1129-1136, 1996.
- Cleto, P., & Costa, M. (2000). A mobilização de recursos sociais e de *coping* para lidar com a transição de escola no início da adolescência. *Inovação*, 13, 69-88.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 263-279.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 18(2), 7-34.
- Fairbanks, J.M. et al. Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 7:17-29, 1997.
- Flannery-Schroeder, E.C.; Kendal, P.C. Group and individual cognitive-bahavioral treatments for youth with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *Cogn Ther Res* 24:251-278, 2000.

- Francis, G.; Last, C.G.; Strauss, C.C. Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1086-1089, 1992.
- Gallagher, H.M.; Rabian, B.A.; Mc Closkey, M.S. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *J Anxiety Disord* 18:459-479, 2004.
- Garcia-Lopez, L.J. et al. Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *J Anxiety Disord* 20:175-191, 2006.
- Golwyn, D.H.; Weinstock, R.C. Phenelzine treatment of elective mutism: a case report. *J Clin Psychiatry* 51:384-385, 1990.
- Grant, B.F. et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychaitry* 66:1351-1361, 2005.
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. H. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 782-787.
- Harrington, R., Rutter, M., & Fombonne, E. (1996). Development pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and end-point. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A lifespan theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and application* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.
- Hussong, A. M., & Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16, 985-1006.

- Hammad, T.A.; Laughren, T.; Racoosin, J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry* 63:332-339, 2006.
- Hayward, C. et al. Cognitive-behavioral group therapy for female socially phobic adolescents: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:721-726, 2000.
- James, A.; Soler, A.; Weatherall, R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 19 (4):CD004690, 2005.
- Kendall, P.C. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 62:100-110, 1994.
- Kendall, P.C.; Southam-Gerow, M.A. Long-term follow-up of a cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth. *J Consult Clin Psychol* 64:724-730, 1996.
- Kendal, P.C. et al. Therapy for youth with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 65:366-380, 1997.
- Kosieradzki, P.H. Citalopram in social phobia. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 40:1126-1127, 2001.
- Last, C.G.; Perrin, S.; Hersen, M. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:1070-1076, 1992.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leandro, P. (2004). Estilos de afrontamiento y nivel de ansiedad. *Interpsiquis*. Retirado em 05 de Abril de 2004 de <http://www.psiquiatria.com/>.
- Losoya, S., Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998). Developmental issues in the study of coping. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 287-313.

- March, J. (1997). *Multidimensional anxiety scale for children. Technical manual*. Canada: MHS, Inc.
- Matos, M. G., Equipa do Projecto Aventura Social (2000). *A saúde dos jovens portugueses*. Lisboa: PEPT/GPT/FMH.
- Matos, M. G., Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos jovens portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G., Equipa do Projecto Aventura Social. (2004). *Risco e protecção*. Retirado em 01 de Junho de 2006 de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/>.
- Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education, 18*, 3-14.
- Moos, R. H. (1993). *Coping responses inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Myers, M. A., & Thompson, V. L. (2000). The impact of violence exposure on African American youth in context. *Youth & Society, 32*, 253-267.
- Manassis, K. et al. Group and individual cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1423-1430, 2002.
- Mancini, C.; Van Ameringen, M.; Oakman, J.M. Serotonergic agents in the treatment of social phobia in children and adolescents: a case series. *Depress Anxiety* 10:33-39, 1999.
- Masia, C.L.; Klein, R.G.; Storch, E.A. School-based behavioral treatment for social anxiety disorder: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:780-786, 2001.

- Masia-Warner, C. et al. School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: results of a controlled study. *J Abnor Child Psychol* 33:707-722, 2005.
- Mendlowitz, S.L. et al. Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1223-1229, 1999.
- Muller, J.E. et al. Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs* 19:377-391, 2005.
- Nauta, M.H. et al. Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1270-1278, 2003.
- Pine, D.S. et al. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 55:56-64, 1998.
- RUPP Anxiety Study Group. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Eng J Med* 344:1279-1285, 2001.
- RUPP Anxiety Study Group. Treatment of pediatric anxiety disorders: an open label extension of The Research Units on Pediatric Psychopharmacologic Anxiety Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 12; 175-188, 2002.
- Rijavec, M., & Brdar, I. (1997). *Coping* with school failure and self-regulated learning. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 177-197.
- Rijavec, M., & Brdar, I. (2002). *Coping* with school: Development of the school failure coping. *European Journal of Psychology of Education*, 12, 37-49.
- Rosen, J. B., & Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105, 325-350.

- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, *coping* style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675-691.
- Skinner, E., & Wellborn, J. (1997). Children's coping in the academic domain. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping. Linking Theory and Intervention* (pp. 387-422). New York: Plenum Press.
- Schneier, F.R. et al. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry* 49:282-288, 1992.
- Seidel, L.; Walkup, J.T. Selective serotonin reuptake inhibitor use in the treatment of the pediatric non-obsessive compulsive disorder anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 16:171-179, 2006.
- Shortt, A.L.; Barret, P.M.; Fox, T.L. Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *J Clin Child Psychol* 30:525-535, 2001.
- Silverman, W.K. et al. Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 67:993-1003, 1999.
- Simeon, J.G.; Ferguson, H.B. Alprazolam effects in children with anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 32:570-574, 1987.
- Simeon, J.G. et al. Clinical cognitive, and neuropsychological effects of alprazolam in children and adolescents with overanxious disorder and avoidant disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31: 29-33, 1992.
- Simonoff, E. et al. The Virginia twin study of adolescent behavioral development: influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54:801-808, 1997.
- Spence, S.H.; Donovan, C.; Brechman-Toussaint, M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of social skills training-based, cognitive-behavioral

- intervention with and without parental involvement. *J Child Psychol Psychiatry* 41:713-726, 2000.
- Stein, D.J.; Ipser, J.C.; Balkom, A.J. Pharmacotherapy for social phobia. *Cochrane Database Syst Rev* 8(4):CD001206, 2004.
- Stein, M.B. et al. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 58:251-256, 2001.
- Strauss, C.C.; Last, C.G. Social and simple phobias in children. *J Anxiety Disord* 1:141-152, 1993.
- Turner, S.M. et al. Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol* 95:389-394, 1986.
- Verhulst, F.C. et al. The prevalence of DSM-III-R disorders in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 54:329-336, 1997.
- Wagner, K.D. et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 61:1153-1162, 2004.
- Wittchen, H-U.; Stein, M.B.; Kessler, R.C. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 29:309-323, 1999.
- Wood, J.J. et al. Family-cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:314-321, 2006.
- Wenger, N., Sharrer, V., & Wynd, C. (2000). Stress, *coping*, and health in children. In Rice, V. (Eds.), *Handbook of stress, coping, and health implications for nursing research, theory, and practice* (pp. 265-289). California: Sage Publications, Inc.

Wilson, G. S., Pritchard, M. E., & Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: The effect of gender and *coping*. *Journal of Adolescence*, 28, 369-379.

ANEXOS

ANEXO-1

Escala de Ansiedade Manifesta para Crianças e Adolescentes

Idade_____ Sexo_____ Habitação_____

Data____/____/____

Instruções

Tens uma lista de frases que mostram como às vezes as pessoas se sentem. Marca com um círculo à volta do SIM ou do NÃO que se encontra à frente de cada frase, conforme achares que é verdade (SIM) ou que não é verdade (NÃO) o que se diz em cada frase em relação a ti.

1. Tenho problema em tomar minhas decisões
 SIM NÃO
2. Fico nervoso(a) quando as coisas não me correm bem
SIM NÃO
3. Parece que as outras pessoas fazem as coisas mais fácil do que eu
SIM NÃO
4. Gosto de todas as pessoas que conheço
SIM NÃO
5. Tenho muitas vezes problemas em respirar
SIM NÃO
6. Fico preocupado(a) à toa
SIM NÃO
7. Tenho medo de muitas coisas
SIM NÃO
8. Sou sempre simpático(a)
SIM NÃO
9. Fico rapidamente magoado(a) e furioso(a)
SIM NÃO

10. Tenho medo com o que os meus pais irão dizer-me
SIM NÃO
11. Sinto que os outros não gostam das coisas como eu as faço
SIM NÃO
12. Tenho sempre boas maneiras
SIM NÃO
13. Tenho problema em adormecer à noite
SIM NÃO
14. Tenho medo com o que as outras pessoas pensam de mim
SIM NÃO
15. Sinto-me sozinho(a) mesmo quando há pessoas comigo
SIM NÃO
16. Me comporto sempre bem
SIM NÃO
17. Fico enjoado(a) à toa
SIM NÃO
18. Fico facilmente magoado(a)
SIM NÃO
19. Sinto as minhas mãos molhadas
SIM NÃO
20. Sou sempre bem educado(a) com toda gente
SIM NÃO
21. Fico cansado(a) à toa
SIM NÃO
22. Tenho medo com o que vai acontecer
SIM NÃO
23. As outras pessoas são mais felizes do que eu
SIM NÃO
24. Falo sempre a verdade
SIM NÃO
25. Tenho sonhos maus
SIM NÃO

26. Quando estou chateado(a), fico rapidamente magoado(a)
SIM NÃO
27. Sinto que alguém vai me dizer que ando a fazer mal as coisas
SIM NÃO
28. Nunca fico nervoso(a)
SIM NÃO
29. Às vezes acordo assustado(a)
SIM NÃO
30. Fico com medo quando á noite vou dormir
SIM NÃO
31. Não consigo estar atento nos meus trabalhos da escola
SIM NÃO
32. Não falo à toa
SIM NÃO
33. Mexo-me muito na minha cadeira
SIM NÃO
34. Sou nervoso(a)
SIM NÃO
35. Há muita gente que não me gosta
SIM NÃO
36. Não sou aldrabão(na)
SIM NÃO
37. Penso muitas vezes que me vai acontecer alguma coisa má
SIM NÃO

ANEXO-2

• A Declaração de Consentimento Informado:

_____, encarregado de educação de _____, declaro que consinto que o meu filho participe no projecto de investigação a ser levado a cabo por _____, no âmbito da sua candidatura ao grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte (ISCS-N) - Portugal, sob a orientação do Prof. Doutor _____ do Departamento de Psicologia do ISCS-N - Portugal.

A investigação tem como objectivos gerais avaliar _____.

A participação implicará _____. Confirmando que me foram explicadas o tipo de tarefas que serão pedidas ao longo dos diferentes momentos da investigação; que fui informado da minha liberdade de autorizar ou não a participação e/ou desistir a qualquer momento; me foram facultadas respostas a dúvidas; me foi assegurada a confidencialidade da informação recolhida; me foi assegurado que, no final do projecto, caso o pretenda, me serão facultadas informações sobre as conclusões do mesmo.

Benguela, _____ / _____ / _____

O Investigador

O Encarregado de Educação

ANEXO- 3

CARTA DE SOLICITAÇÃO

Eu _____, portadora do B.I . Nº _____,

emitido em ___/___/___/, estudante do 2º ano do curso de Mestrado em Psicologia

Clínica e da Saúde , no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte de Portugal.

Estou a trabalhar no projecto de investigação , no âmbito da candidatura ao grau de

Mestre em Portugal sob orientação do Prof.Doutor _____do departamento de Psicologia do ISCS-N Portugal .Necessito de seleccionar a amostra para levar acabo a investigação do tema_____.

Venho por meio deste solicitar a direcção da escola_____, a autorização da realização da recolha de dados dos questionários , junto dos alunos da escola com idades compreendidas dos 8 aos 17 anos.

Benguela____/____/____/

O Investigador

A Direcção da Escola
