

Transtorno de ansiedade na infância e adolescência: um estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem

Genário Alves Barbosa*
Adriana de A. Gaião e Barbosa**
Valdiney Veloso Gouveia***

Existe atualmente um grande interesse em relação aos transtornos que mais acometem os infantes e adolescentes, destacando-se, em nosso meio, a ansiedade, por acarretar algumas das alterações mais agravantes no desenvolvimento infanto-juvenil. Esta desencadeia diversas reações e alterações psicopatológicas, tendo como consequência danos, que na maioria das vezes são irreparáveis ou mesmo de difícil remissão devido, também, à falta de diagnóstico de tais transtornos.

Segundo Cardoze e Rodríguez-Sacristan (1985), a ansiedade deve ser definida como uma emoção desagradável característica, induzida pela antecipação de um perigo ou frustração e que ameaça a segurança, homeostase ou vida do indivíduo ou do grupo biopsicossocial a que pertence. Para tais autores, existe, ainda, um estado de ansiedade subclínica, mais ou menos permanente, constitucional e que forma parte do temperamento e do modo de vida da criança. Por outro lado, os estados de ansiedade francamente patológicos podem se apresentar em forma de crises agudas ou de situações anormais mais duradouras e que podem se concretizar em estados de caráter fóbico, obsessivo-compulsivo ou psicossomático (Chess, 1973).

A pesquisa sobre os transtornos de ansiedade na infância e adolescência é relativamente recente, apesar de apresentar taxas de prevalência elevadas e ocupar um lugar de destaque na compreensão da psicopatologia infanto-juvenil (Mardomingo Sanz, 1994). Em termos psicopatológicos, existe uma dificuldade para distinguir a ansiedade normal da patológica, e, no caso da criança, esta dificuldade cresce devido aos aspectos evolutivos. Como exemplo, destacam-se os medos na infância, considerados normais e que tendem a desaparecer na puberdade, caso contrário, tornam-se patológicos, isto é, anormais (Barbosa e Gaião, 1999).

O *continuum* entre ansiedade infantil e a do adulto ainda não está bem delimitado, apesar de a ansiedade de separação ser considerada como um possível antecedente da agorafobia no adulto, constituindo-se, assim, em uma hipótese de que se trata da mesma entidade.

RESUMO

O uso de escalas e questionários na psicopatologia infantil para a realização de estudos epidemiológicos vem aumentando gradativamente. Não obstante, a legitimidade desta prática exige a demonstração da adequação métrica desses instrumentos. O presente estudo teve por objetivo validar a SCARED, instrumento que quantifica a sintomatologia ansiosa na população infanto-juvenil, nas suas versões para pais (n = 452) e crianças (n = 538). Para cada versão, realizou-se uma análise de componentes principais, solicitando a extração de um único fator. Na versão para pais, o fator único explicou 16,2% da variância total, tendo apresentado um alfa de 0,85; no caso da versão para crianças, tal fator explicou 14,4% da variância total, sendo seu alfa de 0,82. Foram identificados, também, fatores específicos para esse questionário. Demonstrada a validade de construto desta medida, procedeu-se à elaboração de normas diagnósticas para os fatores de cada versão.

PALAVRAS-CHAVE

Ansiedade infantil, epidemiologia, validação de instrumentos.

* Doutor em Psiquiatria Infantil pela Universidade de Sevilha, Espanha. Professor de Psiquiatria Infantil da UFPB. Coordenador do Mestrado em Desenvolvimento Humano – UFPB.

** Mestre em Desenvolvimento Humano pela Faculdade de Medicina da UFPB. Psicóloga Infanto-Juvenil. Professora Adjunta do UNIFE. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa dos Transtornos do Desenvolvimento Infanto-Juvenil do UNIFE.

*** Doutor em Psicologia Social pela Universidade Complutense de Madrid. Professor de Psicologia da UFPB. Pesquisador 2B do CNPq.

As crianças sofrem com frequência de medo, de ansiedade e de angústia, porém, descobrir os mecanismos pelos quais estas respostas normais se convertem em autênticos transtornos é uma das principais metas da psiquiatria da infância e adolescência e do próximo milênio.

Diante da problemática acima exposta e pela ausência em nosso meio de estudos epidemiológicos sobre ansiedade na infância e adolescência, propomos, com o presente estudo, introduzir o uso de instrumentos padronizados nessa área da psicopatologia infantil, como também detectar as taxas de prevalência na população infanto-juvenil, despertando, assim, interesse para futuras pesquisas na área da epidemiologia mental infantil, tão carente no Brasil. A imprensa leiga brasileira tem, nos últimos tempos, descrito muitos quadros de crianças ansiosas e/ou depressivas, merecendo por parte dos pesquisadores estudos mais acurados que possam elencar esses sintomas como também sua frequência na população geral para que se possa estabelecer meios preventivos e de diagnósticos.

Metodologia

Amostra

Participaram do estudo 538 escolares do sexo feminino, com idades compreendidas entre 7 e 11 anos ($M = 8,73$; $DP = 1,14$), de uma escola da rede privada de João Pessoa. Estas foram selecionadas aleatoriamente, nenhuma se recusou a tomar parte no estudo. Também participaram 452 pais dessas crianças. Nesse caso, foram necessárias duas remessas dos questionários, e ainda assim 86 deixaram de responder.

Instrumento

Birmaher e cols. (1997) elaboraram, no serviço de Psiquiatria Infantil da Universidade de Pittsburgh, uma escala para avaliar os transtornos de ansiedade na infância e adolescência. Denominaram-na de SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*). Este instrumento, traduzido para o português como QTAI (*Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil*), apresenta duas versões, uma para pais (QTAI-P) e outra para crianças (QTAI-C), ambas com 38 itens, destinadas a avaliar a ansiedade na população de 7 a 17 anos de idade. Esta busca sintomas dos transtornos de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, pânico, fobia social e fobia escolar, utilizando como base a sintomatologia descrita nos critérios diagnósticos do DSM-IV (Barbosa e Gaião e Barbosa, 2001). Esta medida possui quatro opções de respostas, tendo a seguinte

classificação para o entendimento da presença ou não dos sintomas ansiosos: 0 = nunca; 1 = às vezes; 2 = freqüentemente; e 3 = sempre. Para cada item o respondente precisa marcar um **x** naquela alternativa de resposta que acredita ser a situação atual na qual a criança se encontra.

A amostra para a validação da SCARED foi constituída de crianças de ambos os sexos, com um total de 341 crianças-respondentes e 300 pais-respondentes, com um índice de perda para estes na ordem de 11%. Encontraram um alfa de Cronbach de 0,93 para o conjunto total de itens. Em termos dos seus cinco fatores específicos, identificados através de uma análise de componentes principais (PC), com rotação *varimax*, os seguintes índices de consistência interna (alfa de Cronbach) foram observados: *pânico/somatizações*, alfa de 0,92; *ansiedade geral*, alfa de 0,91; *ansiedade de separação*, alfa de 0,85; *fobia social*, alfa de 0,88; e *fobia escolar*, alfa de 0,88.

O ponto de corte (*cut-off*) da SCARED foi estabelecido através de um índice geral de ansiedade, incluindo as comorbidades separadamente para cada fator. Para o índice geral de ansiedade, o ponto de corte foi de 15; para o fator *pânico/somatizações*, 9; *ansiedade geral*, 8; *ansiedade de separação*, 4; *fobia social*, 4; e, finalmente, para o fator *fobia escolar*, 3.

Para a sua adaptação ao português, as versões para crianças e pais foram traduzidas por um psiquiatra infantil bilíngüe, sendo depois checada sua adequação por um professor da UFPB, de nacionalidade norte-americana, mas residindo no Brasil há pelo menos 10 anos. Após esse processo de tradução, aplicou-se este instrumento a 20 pais e 20 crianças para verificar se havia alguma dúvida ou dificuldade de interpretação dos itens. Com este estudo de validação semântica, verificou-se que ambas as versões poderiam ser adequadamente aplicadas na população geral.

Procedimentos

As crianças responderam ao QTAI-C em sala de aula, enquanto seus respectivos pais responderam ao QTAI-P em suas próprias residências. No tocante a estes últimos, percebemos alguns problemas, sendo necessário uma segunda remessa dos questionários faltosos, como se detalha na amostra.

Resultados e comentários

O presente estudo procurou adaptar para o contexto brasileiro o Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil, originalmente SCARED (Birmaher e cols., 1997), em suas versões para pais (QTAI-P) e crianças (QTAI-C),

comprovando sua validade de construto (estrutura fatorial) e propondo as normas diagnósticas correspondentes. Pretendeu-se, basicamente, avaliar o modelo multifatorial proposto por seus autores, porém, antes se especulou a possibilidade de trabalhar com um índice geral, uma medida unifatorial da ansiedade infantil, o que poderia ser útil no contexto do ambulatório e/ou clínica da psiquiatria infantil. Os resultados observados são descritos a seguir, sendo apresentados em função da versão aplicada.

Questionário de triagem de ansiedade infantil – versão pais

Análise fatorial exploratória – estrutura unifatorial

Inicialmente se comprovou a adequação de utilizar a técnica de análise fatorial com o conjunto de dados,

tendo sido observados indicadores satisfatórios: KMO = 0,82; teste de esfericidade de Bartlett, χ^2 (703) = 3797,25, $p < 0,001$. Desta feita, procedeu-se a tal análise fixando o método de componentes principais e solicitando a extração de um único componente. Os resultados correspondentes são apresentados na tabela 1.

A análise da solução inicial revelou a presença de até 12 componentes com *eigenvalues* (valores próprios) iguais ou superiores a 1,00, permitindo explicar 58,4% da variabilidade total das respostas. Apesar dessa multidimensionalidade teoricamente esperada, decidiu-se, aqui, estabelecer o critério de extração de um fator geral. Como é possível observar na tabela 1, do conjunto total de 38 itens, 32 apresentaram saturações satisfatórias, isto é, iguais ou maiores que 0,30. Este fator geral, denominado de índice geral de ansiedade – P, apresentou um *eigenvalue* de 6,16, sendo responsável pela explicação de 16,2% da variância total; o seu índice de consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,85.

TABELA 1

Estrutura fatorial do Questionário para Triagem de Ansiedade Infantil (pais)

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|--|-----------|
| 19 | Treme de medo | 0,55* |
| 22 | Quando tem medo, transpira muito | 0,52* |
| 20 | Sonha que algo de ruim vai lhe acontecer | 0,50* |
| 37 | Preocupa-se com o passado | 0,50* |
| 30 | Dá-lhe medo ficar com pânico | 0,48* |
| 07 | É uma criança nervosa | 0,48* |
| 15 | Quando tem muito medo, sente como se as coisas não fossem reais | 0,47* |
| 10 | Fica nervoso(a) com as pessoas que não conhece bem | 0,46* |
| 33 | Preocupa-se com o futuro | 0,46* |
| 13 | Preocupa-se se tem que dormir sozinho(a) | 0,46* |
| 23 | Preocupa-se demais | 0,45* |
| 24 | Sente medo sem nenhum motivo | 0,45* |
| 09 | As pessoas dizem que meu (minha) filho(a) é nervoso(a) | 0,44* |
| 18 | Quando tem medo, seu coração bate mais rápido | 0,44* |
| 27 | Quando tem medo, sente que não pode engolir | 0,43* |
| 21 | Preocupa-lhe como vão sair as coisas que faz | 0,43* |
| 28 | As pessoas dizem que meu (minha) filho(a) se preocupa em demasia | 0,41* |
| 16 | Sonha que algo de ruim vai acontecer com seus pais | 0,40* |
| 25 | Dá-lhe medo estar sozinho(a) em casa | 0,40* |
| 32 | Fica envergonhado(a) quando está com pessoas que não conhece | 0,39* |
| 35 | Preocupa-lhe saber se faz bem as coisas | 0,39* |
| 26 | Custa-lhe falar com as pessoas que não conhece | 0,39* |
| 38 | Quando tem medo, sente-se enjoado(a), mareado(a) | 0,38* |
| 31 | Preocupa-lhe que algo de ruim possa acontecer a seus pais | 0,37* |
| 11 | Quando está na escola, sente dores de estômago (barriga) | 0,37* |
| 05 | Preocupa-se com o que pensam dele(a) | 0,36* |
| 08 | Acompanha-me a toda parte aonde vou (“é como minha sombra”) | 0,36* |
| 04 | Dá-lhe medo dormir em outras casas | 0,35* |

| Item | Conteúdo | Saturação |
|-----------------------|---|-----------|
| 12 | Quando tem medo, sente-se como se fosse enlouquecer | 0,35* |
| 14 | Preocupa-se em ser tão bom (boa) quanto os demais colegas | 0,34* |
| 02 | Quando está na escola, queixa-se de dores de cabeça | 0,32* |
| 06 | Quando tem medo, sente que vai desmaiar | 0,32* |
| 01 | Quando sente medo, não pode respirar bem | 0,29 |
| 17 | Preocupa-se quando tem que ir à escola | 0,28 |
| 03 | Não gosta de estar com pessoas que não conhece bem | 0,28 |
| 34 | Quando tem medo, sente vontade de vomitar | 0,28 |
| 36 | Tem medo de ir à escola | 0,22 |
| 29 | Não gosta de estar separado(a) de sua família | 0,21 |
| Número de itens | | 32 |
| <i>Eigenvalue</i> | | 6,16 |
| Alfa de Cronbach | | 0,85 |
| % variância explicada | | 16,2 |

Nota: * Saturação considerada satisfatória.

Em resumo, o conjunto de itens resultantes permite pensar em uma medida unidimensional para avaliar e/ou realizar triagem sobre ansiedade na população geral e clínica de psiquiatria infantil. Os parâmetros métricos desse fator geral suportam sua adequação no contexto brasileiro, embora seja necessário levar a cabo estudos futuros que visem

comprovar a estrutura observada e elaborar normas diagnósticas definitivas, considerando a possibilidade de diferenciar entre alguma variável antecedente que possa ser relevante determinante das pontuações dos pais (por exemplo, idade, sexo). Não obstante, apresentam-se na tabela 2 normas preliminares que poderão ser úteis na prática ambulatorial.

TABELA 2

| Normas Diagnósticas para o fator geral de ansiedade na amostra de pais | | | | | | | | |
|--|-------|----|-------|-------|----|-------|------|----|
| Pontuações | | | | | | | | |
| Bruta | z | T | Bruta | z | T | Bruta | z | T |
| 00 | -2,21 | 27 | 16 | -0,38 | 46 | 32 | 1,44 | 64 |
| 01 | -2,09 | 29 | 17 | -0,26 | 47 | 33 | 1,55 | 65 |
| 02 | -1,98 | 30 | 18 | -0,15 | 48 | 34 | 1,67 | 66 |
| 03 | -1,86 | 31 | 19 | -0,04 | 49 | 35 | 1,78 | 67 |
| 04 | -1,75 | 32 | 20 | 0,07 | 50 | 36 | 1,90 | 69 |
| 05 | -1,64 | 33 | 21 | 0,18 | 51 | 37 | 2,01 | 70 |
| 06 | -1,52 | 34 | 22 | 0,30 | 53 | 38 | 2,13 | 71 |
| 07 | -1,41 | 35 | 23 | 0,41 | 54 | 39 | 2,24 | 72 |
| 08 | -1,29 | 37 | 24 | 0,53 | 55 | 40 | 2,35 | 73 |
| 09 | -1,18 | 38 | 25 | 0,64 | 56 | 41 | 2,47 | 74 |
| 10 | -1,06 | 39 | 26 | 0,75 | 57 | 42 | 2,58 | 75 |
| 11 | -0,95 | 40 | 27 | 0,87 | 58 | 43 | 2,70 | 77 |
| 12 | -0,84 | 41 | 28 | 0,98 | 59 | 49 | 3,38 | 83 |
| 13 | -0,72 | 42 | 29 | 1,10 | 61 | 51 | 3,61 | 86 |
| 14 | -0,61 | 43 | 30 | 1,21 | 62 | | | |
| 15 | -0,49 | 45 | 31 | 1,33 | 63 | | | |

} Ponto de corte

Considerando como ponto de corte um valor correspondente de aproximadamente +2 DP (desvios-padrão), aquelas crianças que obtiverem 37 pontos ou mais neste *índice geral de ansiedade - P* deverão merecer atenção clínica. Não obstante, é preciso ponderar que, dado o caráter da avaliação em psiquiatria infantil, deve-se considerar outros indicadores dos transtornos, devendo essa medida ser pensada como uma ferramenta de auxílio, com o que sua extensão poderia ser abreviada sem perder sua qualidade métrica. Nesse sentido, considerando os 20 itens com maiores saturações, observou-se que o alfa de Cronbach desta medida se situou em 0,80, valor, também, considerado satisfatório.

Análise fatorial confirmatória – estrutura multifatorial

De acordo com o DSM-IV, a ansiedade está subdividida em cinco categorias que, de acordo com a psicopatologia infantil, caracterizam bem a ansiedade na infância. Essas categorias, que chamaremos de fatores, foram detectadas através de análise fatorial no estudo realizado por Birmaher e cols. (1997).

Considerando o propósito de comprovar a estrutura multifatorial proposta para essa medida, decidiu-se realizar uma análise fatorial confirmatória através do programa estatístico Lisrel 8. Tratou-se diretamente com a matriz de correlações de Pearson, como entrada,

tendo sido utilizado o estimado *quadrados mínimos não-ponderados*. O número de fatores ou variáveis latentes foi fixado de acordo com o modelo teórico, sendo a saturação de cada item comprovada em relação ao seu fator. Os índices de ajuste do modelo aos dados foram os seguintes: razão χ^2 /graus de liberdade = 4,59; GFI = 0,89 e AGFI = 0,88, o que está dentro do que pode ser considerado como aceitável (Byrne, 1989). Em lugar de mostrar uma única tabela, decidiu-se apresentar tabelas específicas para cada um dos fatores, como descrito a seguir. O primeiro fator, descrito na tabela 3, denomina-se *pânico*.

Do conjunto de 38 itens, que compõem o QTAI-P, 13 se reuniram neste fator. O item 30 “dá-lhe medo ficar com pânico” alcançou a maior carga fatorial (0,74), seguido do item 19 “treme de medo” e 27 “quando tem medo, sente que não pode engolir” com cargas fatoriais 0,70 e 0,68, respectivamente. No estudo de Birmaher e cols. (1997), os três itens de maior carga fatorial para este fator foram: 38 (0,74), 06 (0,73) e 01 (0,65). Isso provavelmente explica as diferenças culturais; porém, a sintomatologia para o fator *pânico* é a mesma, variando somente, em intensidade, a maneira como os sintomas se superpõem.

O fator II é denominado de *ansiedade geral*. É importante não confundir-lo com o fator geral de ansiedade, que compreende um índice com os melhores itens que definem o QTAI-P. Um resumo é apresentado na tabela 4.

TABELA 3

Fator de pânico na amostra de pais

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|---|-----------|
| 19 | Treme de medo | 0,55* |
| 30 | Dá-lhe medo ficar com pânico | 0,74* |
| 19 | Treme de medo | 0,70* |
| 27 | Quando tem medo, sente que não pode engolir | 0,68* |
| 22 | Quando tem medo, transpira muito | 0,65* |
| 24 | Sente medo sem nenhum motivo | 0,63* |
| 06 | Quando tem medo, sente que vai desmaiar | 0,61* |
| 15 | Quando tem muito medo, sente como se as coisas não fossem reais | 0,60* |
| 12 | Quando tem medo, sente-se como se fosse enlouquecer | 0,59* |
| 38 | Quando tem medo, sente-se enjoado(a), mareado(a) | 0,59* |
| 09 | As pessoas dizem que meu (minha) filho(a) é nervoso(a) | 0,58* |
| 18 | Quando tem medo, seu coração bate mais rápido | 0,48* |
| 34 | Quando tem medo, sente vontade de vomitar | 0,48* |
| 01 | Quando sente medo, não pode respirar bem | 0,43* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

TABELA 4

| Fator de ansiedade geral na amostra de pais | | |
|---|--|-----------|
| Item | Conteúdo | Saturação |
| 37 | Preocupa-se com o passado | 0,67* |
| 07 | É uma criança nervosa | 0,61* |
| 23 | Preocupa-se demais | 0,59* |
| 33 | Preocupa-se com o futuro | 0,57* |
| 28 | As pessoas dizem que meu (minha) filho(a) se preocupa em demasia | 0,56* |
| 21 | Preocupa-lhe como vão sair as coisas que faz | 0,54* |
| 35 | Preocupa-lhe saber se faz bem as coisas | 0,48* |
| 05 | Preocupa-se com o que pensam dele(a) | 0,44* |
| 14 | Preocupa-se em ser tão bom (boa) como os demais colegas | 0,40* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

De acordo com a tabela 4, os itens 37, 07 e 23 apresentaram as maiores cargas fatoriais, diferentemente do estudo realizado nos Estados Unidos, onde foram encontrados os itens 21, 35 e 14 com as maiores cargas fatoriais, constando em ambos os estudos com nove itens. Essas preocupações merecem destaque, pois caracterizam a ansiedade de forma geral nas crianças. Por outro lado, em uma ótica psicopatológica infantil podemos verificar que os itens 05, 14 e 21 também são características de crianças com depressão, embora estejam presentes também na *ansiedade infantil*.

O próximo fator, III, foi nomeado como *ansiedade de separação*, conforme identificado na tabela 5.

A *ansiedade de separação* é um dos transtornos muito frequentes nas crianças, podendo inclusive

acarretar problemas no seu desenvolvimento psicossocial, perdurando até idades mais avançadas.

Nesse fator os pais vêem que a criança "sonha que algo de ruim vai lhe acontecer" (item 20, carga fatorial 0,71). O terceiro item em peso fatorial é o 16, "sonha que algo de ruim vai acontecer com seus pais" (carga 0,55). Analisando todos os itens verificamos a presença de preocupações e de medo pela separação. A presença dos pais é um elemento indispensável para essas crianças. Já no estudo de Birmaher e cols. (1997), os itens 29, 32 e 25 apresentaram maiores cargas fatoriais, definindo claramente esse componente da ansiedade que está tão presente no dia-a-dia das crianças, sendo, em alguns casos, um pouco mais intenso.

O Fator IV é descrito na tabela 6, e foi denominado de *fobia social*.

TABELA 5

| Fator de ansiedade de separação na amostra de pais | | |
|--|---|-----------|
| Item | Conteúdo | Saturação |
| 20 | Sonha que algo de ruim vai lhe acontecer | 0,71* |
| 13 | Preocupa-se se tem que dormir sozinho(a) | 0,61* |
| 16 | Sonha que algo de ruim vai acontecer com seus pais | 0,55* |
| 25 | Dá-lhe medo estar sozinho(a) em casa | 0,52* |
| 04 | Dá-lhe medo dormir em outras casas | 0,49* |
| 31 | Preocupa-lhe que algo de ruim possa acontecer a seus pais | 0,46* |
| 08 | Acompanha-me a toda parte aonde vou ("é como minha sombra") | 0,44* |
| 29 | Não gosta de estar separado(a) de sua família | 0,24* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

TABELA 6

Fator de fobia social na amostra de pais

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|--|-----------|
| 10 | Fica nervoso(a) com as pessoas que não conhece bem | 0,76* |
| 26 | Custa-lhe falar com pessoas que não conhece | 0,65* |
| 32 | Fica envergonhado(a) quando está com pessoas que não conhece | 0,65* |
| 03 | Não gosta de estar com pessoas que não conhece bem | 0,45* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

Do conjunto de 38 itens, que compõem o QTAI-P, apenas quatro fizeram parte deste fator. No que pese todos os itens se correlacionaram diretamente com o diagnóstico da *fobia social*, o que, a nosso ver, não tem valor psicopatológico significativo. O mesmo ocorreu com o estudo americano, porém, o item que naquele estudo que obteve maior carga fatorial foi o 26, "custa-lhe falar com pessoas que não conhece" (carga 0,84). Em resumo, esses itens indicam a dificuldade de se relacionar com outras pessoas, acarretando, assim uma ansiedade.

O quinto e último fator do QTAI-P foi definido como *fobia escolar*, sendo sua descrição apresentada na tabela 7 a seguir.

Como é possível observar, quatro itens definem este fator, sendo dois deles de caráter psicossomático, o 11 e o 02, e os outros dois ligados diretamente ao medo escolar. No nosso estudo o item de maior carga fatorial foi o 11, "quando está na escola, sente dores de estômago (barriga)" (carga 0,70), enquanto no estudo norte-

americano o de maior peso foi o item 36 (0,80) que fala do medo de ir à escola.

Pode-se concluir, analisando esses cinco fatores, que todos os itens se correlacionam com a sintomatologia ansiosa, mas os dois últimos, no que pese a distribuição correta para a classificação desses fatores, reúnem poucos itens, o que dificulta que clínicos pensem seguramente em um diagnóstico. A escala como um todo é muito boa para a ansiedade como transtorno, no sentido de suas subclassificações servirem apenas como orientação para um diagnóstico definitivo, buscando, assim, a sintomatologia clínica. A propósito do caráter de diagnóstico que sugere essa medida, os autores deste estudo poderão disponibilizar, sob petição, o conjunto de tabelas de normatização para cada um dos fatores específicos do QTAI-P.

Finalmente, decidiu-se conhecer em que medida os fatores de ansiedade estariam correlacionados entre si. Tomou-se como referência a matriz Phi (ϕ), resultante da análise fatorial confirmatória. Os resultados a respeito podem ser vistos na tabela 8.

TABELA 7

Fator de fobia escolar na amostra de pais

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|--|-----------|
| 11 | Quando está na escola, sente dores de estômago (barriga) | 0,70* |
| 36 | Tem medo de ir à escola | 0,57* |
| 02 | Quando está na escola, queixa-se de dores de cabeça | 0,53* |
| 17 | Preocupa-se quando tem que ir à escola | 0,50* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

TABELA 8

Matriz de correlação entre os fatores da medida de ansiedade - pais

| Fatores | I | II | III | IV | V |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| I - Pânico | 0,75 | | | | |
| II - Ansiedade geral | 0,64* | 0,73 | | | |
| III - Ansiedade de separação | 0,60* | 0,61* | 0,65 | | |
| IV - Fobia social | 0,39* | 0,51* | 0,56* | 0,66 | |
| V - Fobia escolar | 0,60* | 0,38* | 0,41* | 0,42* | 0,48 |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$). Os valores em negrito na diagonal da matriz são índices de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala correspondente.

Observa-se que, sem exceção, todos os fatores desta medida estão direta e significativamente correlacionados entre si, isto é, apresentam correlações estatisticamente diferentes de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$). Este resultado reforça a idéia de que é viável, como indicado no começo, tratar como um *índice geral de ansiedade - P*.

Dando por concluídas as análises referentes aos dados sobre a ansiedade infantil, tendo os pais das crianças como respondentes, é momento de tratar aqueles que estas produziram. Basicamente serão seguidos os mesmos passos até aqui descritos, como se comprovará a seguir.

Questionário de triagem de ansiedade infantil - versão crianças

Análise fatorial exploratória - estrutura unifatorial

A possibilidade de realizar esta análise estatística com a amostra de crianças foi também, comprovada, tendo sido observados índices igualmente satisfatórios: $KMO = 0,82$; teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2(703) = 2585,98$, $p < 0,001$. Procedeu-se, portanto, a efetuar esta análise, escolhendo o método de *componentes principais* e fixando a extração de um único componente. Os resultados a respeito podem ser vistos na tabela 9.

TABELA 9

Estrutura fatorial do questionário de triagem para ansiedade infantil (crianças)

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|--|-----------|
| 27 | Quando tenho medo, sinto como se não pudesse engolir | 0,55* |
| 38 | Quando tenho medo, sinto-me enjoado(a), tonto(a) | 0,52* |
| 22 | Transpiro muito quando tenho medo | 0,50* |
| 30 | Tenho medo de ter pânico | 0,50* |
| 12 | Quando tenho muito medo, sinto-me como se fosse enlouquecer | 0,49* |
| 23 | Preocupo-me em demasia | 0,49* |
| 19 | Tremo | 0,48* |
| 16 | À noite sonho que coisas ruins vão acontecer aos meus pais | 0,48* |
| 20 | À noite tenho pesadelos em que me vão acontecer coisas ruins | 0,47* |
| 15 | Quando tenho medo, sinto como se as coisas fossem diferentes | 0,47* |
| 33 | Preocupa-me o futuro | 0,45* |
| 37 | Preocupam-me os fatos que já passaram | 0,44* |
| 24 | Preocupo-me sem motivos | 0,43* |
| 18 | Quando tenho medo, meu coração bate muito rápido | 0,42* |

| Item | Conteúdo | Saturação |
|-----------------------|---|-----------|
| 07 | Sou uma pessoa nervosa | 0,41* |
| 25 | Dá-me medo estar sozinho(a) em casa | 0,41* |
| 28 | As pessoas me dizem que eu me preocupo demais | 0,40* |
| 21 | Preocupa-me pensar em como vou resolver meus problemas | 0,39* |
| 04 | Quando durmo em uma casa que não a minha, fico com medo | 0,39* |
| 31 | Preocupa-me pensar que algo de ruim vai acontecer aos meus pais | 0,38* |
| 06 | Quando tenho medo, sinto que vou desmaiar | 0,38* |
| 13 | Preocupo-me quando tenho que dormir sozinho(a) | 0,36* |
| 34 | Quando tenho medo, sinto vontade de vomitar | 0,35* |
| 11 | Quando estou na escola, sinto dores de barriga | 0,35* |
| 01 | Quando tenho medo, não posso respirar bem | 0,34* |
| 02 | Quando estou na escola, sinto dores de cabeça | 0,34* |
| 35 | Preocupa-me saber se faço bem as coisas | 0,29 |
| 10 | Fico nervoso(a) quando estou com pessoas que não conheço | 0,27 |
| 14 | Preocupa-me ser tão bom (boa) como os demais colegas | 0,26 |
| 05 | Preocupa-me saber se agrado bem às pessoas | 0,22 |
| 03 | Não gosto de estar com pessoas que não conheço bem | 0,22 |
| 32 | Dá-me vergonha estar com pessoas que não conheço | 0,22 |
| 26 | Custa-me falar com pessoas que não conheço | 0,21 |
| 36 | Tenho medo de ir à escola | 0,21 |
| 17 | Preocupa-me ter que ir à escola | 0,19 |
| 29 | Não gosto de estar longe de minha família | 0,17 |
| 09 | As pessoas me dizem que sou nervoso(a) | 0,08 |
| 08 | Acompanho meus pais aonde eles vão | 0,03 |
| Número de itens | | 26 |
| <i>Eigenvalue</i> | | 5,46 |
| Alfa de Cronbach | | 0,82 |
| % variância explicada | | 14,4 |

Nota: * Saturação considerada satisfatória.

A solução inicial permitiu comprovar a existência de até 13 componentes com *eigenvalues* iguais ou superiores a 1,00, explicando conjuntamente 55,7% da variância total. Essa multidimensionalidade, que era teoricamente esperada, foi contrastada com a solicitação de um fator geral. Os dados desta análise permitiram identificar, com saturação satisfatória (igual ou superior a 0,30), 26 dos 38 itens que compõem o instrumento total. Este fator único, denominado de *índice geral de ansiedade - C*, apresentou um *eigenvalue* de 6,46, explicando 14,4% da variância total das

pontuações das crianças; o seu índice de consistência interna (alfa de Cronbach) foi de 0,82. A seguir, na tabela 10, são apresentadas as normas diagnósticas para esse fator geral.

O ponto de corte ou critério de diagnóstico de transtornos de ansiedade ficou em 34 pontos; a criança que, ao responder essa medida de ansiedade, obtiver tal pontuação ou mais no fator geral, deverá merecer atenção do seu psiquiatra. Insiste-se aqui, porém, que esse não deve ser o único critério de diagnóstico.

TABELA 10
Normas diagnósticas para o índice geral de ansiedade na amostra de crianças

| Pontuações | | | | | | | | |
|------------|-------|----|-------|-------|----|-------|------|----|
| Bruta | z | T | Bruta | z | T | Bruta | z | T |
| 00 | -2,24 | 27 | 14 | -0,47 | 45 | 28 | 1,30 | 63 |
| 01 | -2,11 | 28 | 15 | -0,34 | 46 | 29 | 1,43 | 64 |
| 02 | -1,99 | 30 | 16 | -0,21 | 47 | 30 | 1,56 | 65 |
| 03 | -1,86 | 31 | 17 | -0,08 | 49 | 31 | 1,68 | 66 |
| 04 | -1,73 | 32 | 18 | -0,03 | 50 | 33 | 1,94 | 69 |
| 05 | -1,61 | 33 | 19 | 0,15 | 51 | 34 | 2,06 | 70 |
| 06 | -1,48 | 35 | 20 | 0,29 | 52 | 35 | 2,19 | 71 |
| 07 | -1,35 | 36 | 21 | 0,41 | 54 | 36 | 2,32 | 73 |
| 08 | -1,23 | 37 | 22 | 0,54 | 55 | 37 | 2,44 | 74 |
| 09 | -1,10 | 38 | 23 | 0,67 | 56 | 38 | 2,57 | 75 |
| 10 | -0,97 | 40 | 24 | 0,79 | 57 | 39 | 2,70 | 77 |
| 11 | -0,85 | 41 | 25 | 0,95 | 59 | 40 | 2,82 | 78 |
| 12 | -0,72 | 42 | 26 | 1,05 | 60 | 45 | 3,46 | 84 |
| 13 | -0,59 | 44 | 27 | 1,17 | 61 | | | |

Ponto de corte

Análise fatorial confirmatória – estrutura multifatorial

Passamos agora a comentar o QTAI-C (versão para crianças). O primeiro fator a ser analisado é o de *pânico*, como se pode ver na tabela 11 a seguir.

Esse fator I reuniu 13 dos 38 itens do QTAI-C. Os três itens com maiores cargas fatoriais foram o 27, “quando tenho medo, sinto como se não pudesse engolir” (carga 0,64), o 38, “quanto tenho medo, sinto-me enjoado, tonto(a)” (carga 0,64) e o 12 “quando tenho muito medo, sinto-me como se fosse enlouquecer” (carga 0,62). Todos esses itens

TABELA 11
Fator de pânico na amostra de crianças

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|--|-----------|
| 27 | Quando tenho medo, sinto como se não pudesse engolir | 0,64* |
| 38 | Quando tenho medo, sinto-me enjoado(a), tonto(a) | 0,64* |
| 12 | Quando tenho muito medo, sinto-me como se fosse enlouquecer | 0,62* |
| 22 | Transpiro quando tenho medo | 0,58* |
| 30 | Tenho medo de ter pânico | 0,58* |
| 19 | Tremo | 0,54* |
| 15 | Quando tenho medo, sinto como se as coisas fossem diferentes | 0,53* |
| 06 | Quando tenho medo, sinto que vou desmaiar | 0,51* |
| 34 | Quando tenho medo, sinto vontade de vomitar | 0,50* |
| 24 | Preocupo-me sem motivos | 0,49* |
| 18 | Quando tenho medo, meu coração bate muito rápido | 0,47* |
| 01 | Quando tenho medo, não posso respirar bem | 0,42* |
| 09 | As pessoas me dizem que sou nervoso(a) | 0,32* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

indicam o medo em maior ou menor intensidade. Diferentemente da versão para os pais (Tabela 3), aqui os nossos dados coincidem com os resultados do estudo norte-americano, dando a impressão de que nas crianças, a sintomatologia ansiosa para pânico segue a mesma

trilha psicopatológica. A nosso ver, os pais têm uma visão diferente do processo ansioso de seus filhos, visão esta muito mais próxima de seus interesses e interpretações.

Na tabela 12 a seguir é apresentado o fator II do QTAI-C, denominado de *ansiedade geral*.

TABELA 12

Fator de ansiedade geral na amostra de crianças

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|--|-----------|
| 23 | Preocupo-me em demasia | 0,56* |
| 37 | Preocupam-me fatos que já passaram | 0,54* |
| 28 | As pessoas me dizem que eu me preocupo demais | 0,52* |
| 33 | Preocupa-me o futuro | 0,50* |
| 07 | Sou uma pessoa nervosa | 0,47* |
| 21 | Preocupa-me pensar em como vou resolver meus problemas | 0,43* |
| 14 | Preocupa-me ser tão bom (boa) como os demais colegas | 0,30* |
| 35 | Preocupa-me saber se faço bem as coisas | 0,30* |
| 05 | Preocupa-me saber se agrado bem às pessoas | 0,21 |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

Na versão norte-americana os nove itens apresentaram cargas fatoriais satisfatórias. No presente estudo isso somente ocorreu para oito itens, pois o de número 05, "preocupa-me saber se agrado bem às pessoas", apresentou carga fatorial estatisticamente não diferente de zero ($t < 1,96$). Podemos verificar que os itens com maiores cargas fatoriais falam de preocupações constantes, enquanto no estudo norte-americano a maior carga fatorial foi para o item 21, que descreve a preocupação em resolver problemas. Comparando esses

dados das crianças com os dos pais, encontramos coincidências nos dois primeiros itens de maior carga fatorial em ambas as versões. Será que as preocupações passadas, presentes e futuras dos pais estão impregnando os filhos, tornando-os ansiosos? Esta é uma indagação que merece um estudo mais aprofundado, já que, se analisarmos os fatores desencadeantes da ansiedade infantil, eles estão presentes.

O fator III, *ansiedade de separação*, é descrito na tabela 13.

TABELA 13

Fator de ansiedade de separação na amostra de crianças

| Item | Conteúdo | Saturação |
|------|---|-----------|
| 16 | À noite sonho que coisas ruins vão acontecer aos meus pais | 0,60* |
| 20 | À noite tenho pesadelos em que me vão acontecer coisas ruins | 0,58* |
| 04 | Quando durmo em uma casa que não é a minha, fico com medo | 0,48* |
| 25 | Dá-me medo estar sozinho(a) em casa | 0,48* |
| 31 | Preocupa-me pensar que algo de ruim vai acontecer aos meus pais | 0,47* |
| 13 | Preocupo-me quando tenho que dormir sozinho(a) | 0,41* |
| 29 | Não gosto de estar longe de minha família | 0,20 |
| 08 | Acompanho meus pais aonde eles vão | 0,02 |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

O fator que trata da *ansiedade de separação* na versão norte-americana consta de oito itens. Não obstante, no presente estudo, este fator ficou constituído de seis itens, já que os de número 29 “não gosto de estar longe de minha família” e 08 “acompanho meus pais aonde eles vão” apresentaram cargas fatoriais estatisticamente não diferentes de zero ($t < 1,96$). Os três itens que apresentaram maiores cargas fatoriais se referem ao ato de dormir, sonhar com ruínas e ter pesadelos (números 16 e 20), mas o 04 põe ênfase no medo de dormir fora de casa. Tais resultados divergem dos encontrados por Birmaher e cols. (1997), os quais observaram que o item de máxima carga fatorial correspondeu ao de número 29, que aqui foi excluído. A nosso ver, tanto esse item como o de

número 08 estão bastante correlacionados, indicando, na criança, o desejo de estar sempre junto da sua família.

A maneira de viver do brasileiro está mudando. A necessidade de trabalho dos pais e a sua pouca presença no lar podem ser a explicação pela exclusão destes dois itens no fator *ansiedade de separação*, deixando, assim, a sintomatologia direcionada totalmente para a criança, como se pode verificar olhando a tabela 13. Por outro lado, os dados dos pais também coincidem com os das crianças em termos de maiores cargas fatoriais. Nesse sentido, tal fator demanda mais atenção em estudos futuros.

Na tabela 14, a seguir, são identificados os itens do fator IV, definido como *fobia social*.

TABELA 14

| Fator de fobia social na amostra de crianças | | |
|--|--|-----------|
| Item | Conteúdo | Saturação |
| 10 | Fico nervoso(a) quando estou com pessoas que não conheço | 0,48* |
| 32 | Dá-me vergonha estar com pessoas que não conheço | 0,47* |
| 26 | Custa-me falar com pessoas que não conheço | 0,38* |
| 03 | Não gosto de estar com pessoas que não conheço bem | 0,32* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

Os quatro itens originais figuram na versão brasileira do QTAI-C. Os nossos dados são geralmente similares aos norte-americanos, apenas com uma diferença. Naquele estudo os itens apresentaram cargas fatoriais mais altas que o nosso, como, por exemplo, o item 10 que aqui ficou em 0,48 contra 0,77 do estudo de Birmaher e cols. Contrastando os dados das crianças

com os dos seus pais, verificamos que em ambas as versões o item 10 figura como o de máxima carga fatorial. Assim, o transtorno de ansiedade aparece claro em todos os estudos, merecendo obviamente mais atenção para firmar o seu diagnóstico.

O quinto e último fator é denominado de *fobia escolar*, sendo descrito a seguir na tabela 15.

TABELA 15

| Fator de fobia escolar na amostra de crianças | | |
|---|--|-----------|
| Item | Conteúdo | Saturação |
| 11 | Quando estou na escola, sinto dores de barriga | 0,56* |
| 02 | Quando estou na escola, sinto dores de cabeça | 0,51* |
| 36 | Tenho medo de ir à escola | 0,41* |
| 17 | Preocupo-me ter que ir à escola | 0,33* |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$).

Como é possível observar, foram reunidos quatro itens nesse fator, no qual os dois primeiros fazem referência à sintomatologia de ordem psicossomática. Estes dados são divergentes dos resultados do estudo norte-americano, pois neste, o item de maior carga fatorial foi o 36, "tenho medo de ir à escola" (carga 0,80). Neste estudo, o medo de ir à escola, sem sombra de dúvida, é o primeiro sintoma da *fobia escolar*. Desse modo, apesar de estarem presentes nos dados as dores abdominais, referidas pelas crianças como sendo o sintoma mais importante, não podem, de *per si*, caracterizarem tal fobia. Além do mais, a presença desses quatro itens serve somente como indício da mesma, devendo o clínico buscar outras informações e sintomas que confirmem o diagnóstico.

Na análise das informações dos pais, referentes ao fator V, encontra-se, também, como item de carga fatorial preponderante o de número 11, seguido pelo 36. Poder-se-ia pensar que, na avaliação dos pais, o medo da escola também está presente nessas crianças, e que, na escola, refere-se à sintomatologia caracterizada por dores abdominais. Nesse aspecto, a visão dos pais brasileiros estaria próxima da apresentada pelos norte-americanos.

Ao final, decidiu-se uma vez mais conhecer em que medida os diversos fatores de ansiedade estariam correlacionados entre si. Também, foi considerada, nesse caso, a matriz Phi, providenciada pela análise fatorial confirmatória. Os resultados podem ser vistos na tabela 16.

TABELA 16

Matriz de correlação entre os fatores da medida de ansiedade - crianças

| Fatores | I | II | III | IV | V |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| I - Pânico | 0,75 | | | | |
| II - Ansiedade geral | 0,73* | 0,61 | | | |
| III - Ansiedade de separação | 0,65* | 0,80* | 0,55 | | |
| IV - Fobia social | 0,43* | 0,54* | 0,67* | 0,38 | |
| V - Fobia escolar | 0,67* | 0,59* | 0,48* | 0,16* | 0,38 |

Nota: * Saturação estatisticamente diferente de zero ($t > 1,96$, $p < 0,05$). Os valores em negrito na diagonal da matriz são índices de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala correspondente.

Corroborando os resultados obtidos para a amostra de pais, na de crianças todos os fatores de ansiedade estiveram direta e significativamente correlacionados entre si ($t > 1,96$, $p < 0,05$). Reforça-se, portanto, a possibilidade de se trabalhar com o *índice geral de ansiedade - C*, cuja estrutura fatorial foi apresentada no começo desta seção. Neste sentido, decidiu-se incluir aqui unicamente as normas diagnósticas de fator, insistindo que os interessados poderão solicitar diretamente aos autores as tabelas correspondentes às normas dos fatores específicos do QTAL-C.

Conclusão

Considerando os resultados aqui apresentados, parece evidente que o *Questionário de Triagem de Ansiedade Infantil*, em sua versão para pais e crianças, apresenta-se como uma medida adequada da

ansiedade, apresentando validade de construto. Ele pode ser respondido tanto pelas próprias crianças como pelos seus pais, porém, a versão para estes últimos providenciou melhores indicadores métricos (por exemplo, alfa de Cronbach). No geral, pode-se dizer que se confirma a estrutura multidimensional proposta por seu autor, embora o conjunto dos resultados aponte uma solução mais parcimoniosa, que concentra a maioria dos itens em um fator geral de ansiedade. Estudos futuros deveriam considerar essa possibilidade.

Se considerar os resultados apresentados por Birmaher e cols. (1997), pode-se concluir que, no geral, a sintomatologia ansiosa é a mesma em ambos os estudos. Esta difere unicamente em termos de magnitude com que se revelam alguns dos seus fatores específicos ou na sua caracterização, isto é, na relevância dos itens na definição de cada fator. Mais ainda, foi possível comprovar que as informações apresentadas

pelos pais se assemelharam às obtidas com os filhos. Por fim, esse questionário tem seu valor clínico para o estudo da ansiedade como um todo e não para a sua classificação, já que alguns fatores apresentam poucos itens (sintomas) que por si só não a caracteriza como um transtorno. Conclui-se, ainda, que o mesmo é muito útil para estudos epidemiológicos nos quais se faça necessário rastrear essas informações na população infantil em geral.

No tocante à prevalência encontrada na população-alvo, observou-se que pelo QTAI-C (versão crianças) foi de 2,2%, enquanto para o QTAI-P (versão pais) foi da ordem de 3,5%. Por outro lado, deve-se levar em consideração que essa prevalência foi detectada através de um instrumento de *screening*, que, obviamente, mediante critérios nosográficos poderá ser confirmada. A experiência nos tem mostrado que um bom instrumento de *screening* geralmente tem seus resultados confirmados quando do momento do diagnóstico. Mais uma vez os pais foram melhores informantes que as crianças, talvez pela própria ansiedade dos mesmos.

ABSTRACT

The use of scales and questionnaires in infantile psychopathology for the accomplishment of epidemiological studies come gradually increasing. Nevertheless, the legitimacy of this practice demands the demonstration of the metric appropriateness of these instruments. The present study aimed at to validate the SCARED, instrument that quantifies the anxious symptom in the middle-childhood population, in its versions for parents (N = 452) and children (N = 538). To each version, we performed a Principal Components analysis, requesting the extraction of an only factor. In the version for parents, the unique factor explained 16.2% of the total variance, having presented an Alpha of 0,85; in the

case of the version for children, such factor explained 14.4% of the total variance, being its alpha of 0,82. Specific factors were also identified. Demonstrated the construct validity of this questionnaire, the elaboration of diagnostic norms was provided for the factors of each version.

KEYWORDS

Infantile Anxiety, Epidemiology, Validation of Instruments.

Bibliografia

1. BARBOSA, G.A.; GAIÃO E BARBOSA, A.A. – **Apontamentos em psicopatologia infantil**. João Pessoa, Idéia, 2001.
2. BARBOSA, G.A.; GAIÃO, A.A. – Ansiedade e depressão infanto-juvenil: um só transtorno? *Revista Pediatria Moderna* 35(1/2): 46-58, 1999.
3. BIRMAHER, B.; KHETARPAI, S.; NREMT, D. e cols. – The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Acad Child Adoles Psychiatry* 36(4), 545-53, 1997.
4. BYRNE, B.M. A primer of LISREL: basic applications and programming for confirmatory factor analytic models. New York, Springer-Verlag, 1989.
5. CARDOZE, D.; RODRÍGUEZ-SACRISTAN, J. – **Temas de psiquiatria y psicología del niño**. Tema de seguridad social. Panamá, 1985, p. 123-62.
6. CHESS, S. – **Introducción a la psiquiatria infantil**. Buenos Ayres, Paidós, 1973.
7. DSM-IV. – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
8. MARDOMINGO SANZ, M.J. – **Psiquiatria del niño y del adolescente**. Madrid, Días de Santos, p. 281-314, 1994.

Endereço eletrônico: adrianaagaiao@uol.com.br