PSICOLOGIA,SAÚDE & DOENÇAS, 2013, 2013, *14*(3), 470-483
EISSN - **2182-8407**
Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.com

ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE PRÉ-ESCOLAR, DE S. SPENCE
ANXIETY IN PORTUGUESE PRE-SCHOOL CHILDREN – ADAPTATION OF THE SPENCE PRE-SCHOOL ANXIETY SCALE

J. Paulo Almeida[1] & Victor Viana[2]

1 Hospital Pediatrico Integrado de S. João; Instituto Superior Da Maia; 2 Hospital Pediatrico Integrado de S. João e Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto.

RESUMO- Pretendemos, com este estudo, avaliar as propriedades da Escala de Ansiedade Pré-escolar de S. Spence (Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001) numa amostra de crianças portuguesas. A escala foi respondida por 561 mães de crianças entre os 3 e os 7 anos de idade. Relativamente à estrutura dos sintomas de ansiedade, uma análise fatorial exploratória aponta para uma solução composta por 5 fatores (ansiedade geral, ansiedade social, perturbação obsessivo-compulsiva, medo de dano físico e ansiedade de separação) como sendo a mais adequada. Os índices de consistência interna, de validade externa (através da correlação com a Escala de Internalização do CBCL) e de discriminação com uma amostra de crianças referidas para consulta de psicologia clínica devido a perturbações de ansiedade são satisfatórios. Obteve-se uma correlação positiva entre o incremento da idade e a intensidade e expressão dos sintomas.

Palavras Chave- Stresse, Ansiedade, avaliação da ansiedade, criança, pré-escola

---

ABSTRACT- The aim of this study was to evaluate the psychometric properties of the Spence Preschool Anxiety Scale (Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001) in a sample of Portuguese children of preschool age. The scale was answered by 561 mothers of children between 3 and 7 years old. Concerning the structure of anxiety symptoms, an exploratory factor analysis points to a solution composed of five factors (general anxiety, social anxiety, obsessive compulsive disorder, fear of physical injury and separation anxiety) as more appropriate. Were also found satisfactory internal consistency; external validity (by correlation with the CBCL Internalizing Scale) and discrimination with a sample of children referred for outpatient clinical psychology because of anxiety disorders were also satisfactory. We obtained a positive correlation between increasing age and severity of symptoms expression but no differences due to gender.

Key-words- Stress, Anxiety, anxiety assessment, child, preschool.

Recebido em23 de Maio de 2013/ Aceite em 14 de Outubro de 2013

Prof. Doutor J. Paulo Almeida, Hospital Pediátrico Integrado S. João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro 4202-451Porto, Portugal E-mail: jpaulo.c.almeida@gmail.com

As perturbações da ansiedade representam um dos conjuntos de patologias mais frequentes na infância (Albano, Chorpita & Barlow, 2003; Cartwright-Hatton, McNicol, Doubleday, 2006) afetando entre 5,7 e 17,7% de crianças e jovens (Costello & Angold, 1995). Havendo um aparecimento precoce, têm um impacto marcado no processo de desenvolvimento da criança, na adequação aos contextos educativos, no desempenho académico e na vida e saúde mental do adulto (Shamir-Essakow, Ungerer & Rapee, 2005) pelo que se torna premente o seu despiste e diagnóstico precoce de forma a implementar estratégias de intervenção adequadas que minorem o seu impacto.

A ansiedade e o medo são um conjunto de estratégias precocemente desenvolvidas que vão desde a perceção (de ameaça) até à execução rápida de ações que têm como objetivo a proteção do indivíduo perante uma ameaça ou o perigo. Esta função geral de proteção deverá ser entendida como um componente de um sistema de alarme e defesa perante o perigo (Baptista, 2000) que desencadeará uma resposta diversa consoante o tipo de ameaça percebida.

Em termos desenvolvimentais o primeiro estudo sobre a evolução das manifestações ansiosas na criança data de 1935, realizado por Jersid e Holmes (citado por Barros, 1996), os quais procuraram inventariar os principais estímulos desencadeadores de medo na criança. Com base neste estudo e na imensa literatura entretanto produzida considera-se que as primeiras reações de medo (primeiro semestre de vida) têm características inatas (Wenar, 1990) e são desencadeadas por estímulos intensos e súbitos como ruídos, quedas ou movimentos bruscos. Posteriormente, já com interferência das experiências de vida precoces, surge a ansiedade à aproximação de estranhos e de separação das figuras de vinculação emocional e o medo das alturas (conforme experiência do abismo percetivo). A ansiedade de separação, descrita como "afeto negativo", é despoletada pela antecipação, ou subsequente ao afastamento ou perda de uma figura de vinculação (Barros, 1996) aparece como um medo generalizado a todas as crianças. Tem o seu apogeu entre os 9 e os 13 meses diminuído gradualmente a partir dos 30 meses. Com o desenvolvimento e a exposição a uma maior diversidade de estímulos, são crescentes os desencadeadores de medo e ansiedade. Surgem os medos e fobias a objetos simples (animais ferozes, como aranhas, baratas ou mesmo aos mamíferos domésticos mais corpulentos ou ativos) ou situações (trovoadas ou tempestades) potencialmente causadoras de dano à integridade física da criança. As oportunidades de socialização da criança (com adultos exteriores ao núcleo familiar ou com pares) favorecem a expressão não só de ansiedade de separação das figuras de vinculação emocional como também de angústias associadas a situações sociais que implicam a exposição da criança, surgindo igualmente medo que o seu comportamento ou atitudes sejam alvo do ridículo por parte de outros adultos ou crianças ou do insucesso do seu desempenho (Wenar, 1990). Ao longo desta faixa etária, paralelamente ao desenvolvimento simbólico e da capacidade de representação mental bem como da linguagem, vão surgindo medos fundamentados na imaginação da criança: monstros, fantasmas ou outros seres fantásticos podem povoar os locais afastados, escuros ou mesmo a noite.

Nesta faixa etária a maioria das crianças ainda não possuem competências metacognitivas que permitam analisar e relatar os seus pensamentos e emoções, capacidade que se vai desenvolvendo entre os 5 e os 7 anos de idade, com o acesso ao pensamento concreto (Piaget, 1971) e o treino de competências escolares de tipo cognitivo (Flavell, Green & Flavell, 2000).

Avaliação do Medo na Idade Pré-Escolar

Analisando as manifestações mais precoces do medo e ansiedade na criança, apesar da informação ser escassa, considera-se que um conjunto de sintomas está presente desde cedo com uma frequência e intensidade que lhe conferem relevância clínica. Apesar de se considerar que na idade pré-escolar se possam encontrar padrões comportamentais compatíveis com os critérios de diagnóstico de perturbações de ansiedade tais como ansiedade de separação, ansiedade social (e a sua manifestação extrema, o mutismo seletivo), ou as fobias específicas, não existem muitas evidências empíricas em populações de idade pré-escolar, as quais demonstrem conclusivamente que essas manifestações poderão preencher os critérios de diagnóstico tal como são formulados na DSM-IV (2000).

Um obstáculo significativo na ação dos clínicos que trabalham com crianças em idade pré-escolar ou dos investigadores da saúde mental infantil reside na ausência de instrumentos de avaliação fidedignos e adaptados à população portuguesa em idade pré-escolar. Esta dificuldade tem sido contornada com o recurso a escalas de avaliação global das perturbações internalizadoras (CBCL 1,5-5, Achenbach, 1992) que integram na mesma subescala (inespecificamente) padrões comportamentais relacionados com a ansiedade, o isolamento social e a depressão, fornecendo pouca informação específica sobre sintomatologia específica da ansiedade. Desta constatação decorre a necessidade dos clínicos possuírem um instrumento de diagnóstico desenvolvimentalmente adequado, fiável e específico para a população pré-escolar portuguesa pelo que se tornou premente a concretização do nosso objetivo de adaptação de um instrumento.

A Escala de Ansiedade Pré-Escolar de Spence (P.A.S.) o único instrumento encontrado na literatura internacional sobre a avaliação de ansiedade pré-escolar. Desenvolvida a partir da classificação da DSM-IV visto ser o sistema dominante quer na clínica quer na investigação das perturbações de ansiedade na infância. O P.A.S. apresenta um conjunto de sintomas bem especificados que devem ser respondidos pelos progenitores de acordo com a frequência da sua presença numa escala de 4 pontos que varia entre “nunca” e “sempre”. Os itens, consistentes com as categorias da DSM-IV, foram selecionados por peritos no tema tendo em conta a literatura, medidas de diagnóstico internacional e entrevistas clínicas (Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010). A validação original do instrumento (Spence at al, 2001) foi administrada a crianças entre os 3 e os 5 anos de idade e está organizada em cinco categorias de diagnóstico: Perturbação de ansiedade generalizada (PAG), perturbação de ansiedade social (PAS), ansiedade de separação (AS), perturbação obsessivo-compulsiva (POC) e medo de dano físico (MDF) as quais estão associadas num fator “ansiedade” superordenado responsável pelo covariância entre os fatores sugerindo que, em idades precoces, a ansiedade poderá ser um constructo unitário. As dimensões responsáveis por uma variância considerada suficiente para serem clusters independentes foram a PAS, POC E MDF. A ansiedade geral e a ansiedade de separação estavam altamente correlacionadas e relacionadas com o fator geral “ansiedade”. Os autores hipotetizam que, no seu conjunto, estes resultados poderão indicar que existirá alguma diferenciação precoce de subtipos de perturbações de ansiedade os quais se tornarão gradualmente mais específicos ao longo do desenvolvimento. Outro aspeto relevante quanto às propriedades psicométricas do P.A.S. é a validade de constructo, afirmada por uma correlação significativa com a Escala de Internalização do Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991). Não se encontraram diferenças significativas entre sexos e, por fim, encontraram-se

ligeiras diferenças entre níveis etários com as crianças mais novas a obterem níveis de ansiedade ligeiramente mais elevados.

Evidência de validade transcultural das escalas de ansiedade de Spence existe para as versões para populações em idade escolar (Spence Child Anxiety Scale –SCAS-, Spence, 1997) sendo apenas disponível para a P.A.S. um estudo de adaptação para crianças romenas (Benga, Tincas & Visu-Petra, 2010). Os resultados deste estudo globalmente confirmam os dados recolhidos na construção da escala original.

O objetivo do estudo é analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do P.A.S.pt. Em segundo lugar, explorar e avaliar as perturbações de ansiedade numa população em idade pré-escolar. Mais especificamente conhecer os principais medos e problemas de ansiedade presentes na população pré-escolar (prevalência de sintomas e potenciais diferenças ao longo da idade e devido ao género).

MÉTODO

Participantes

Participaram 562 indivíduos: crianças que frequentam Jardins de Infância e o 1º ano de escolaridade da área metropolitana das duas principais cidades de Portugal (Lisboa e Porto). Optamos por alargar a nossa amostra às crianças do 1º ano de escolaridade) 6 e 7 anos visto que em Portugal os instrumentos disponíveis para a avaliação da ansiedade em crianças apenas estarem validados para crianças com idade de 8 anos ou superior. Com este procedimento evitamos a existência de uma lacuna na avaliação das perturbações de ansiedade nesta faixa etária.

As famílias foram contactadas com a colaboração das Educadoras e Professoras para participar num estudo sobre o desenvolvimento emocional e avaliação da ansiedade em crianças de idade pré-escolar e início de escolaridade. Os questionários foram preenchidos pelas mães, no domicílio, e devolvidos posteriormente. A amostra clínica foi recolhida numa população de crianças referidas para uma consulta de psicologia pediátrica por apresentarem sintomas de ansiedade.

Foram recolhidos 562 protocolos com respostas ao P.A.S.-pt (53% do sexo masculino e 47% do sexo feminino - não foi possível identificar o sexo em 4 protocolos) de crianças com idades compreendidas entre os 28 e os 84 meses de idade (*m* = 51,19 meses; *dp*=13,39), dos quais 98 responderam à Escala de Internalização do CBCL 1,5-5 (Achenbach, 1992). A amostra clínica é composta por 49 crianças (8,7%).

Material

O P.A.S.-pt é um questionário aos pais composto por 28 itens que avaliam problemas relacionados com 5 tipos de perturbações de ansiedade presentes na idade pré-escolar: Ansiedade generalizada, ansiedade social, ansiedade de separação, medo de dano físico e perturbação obsessivo-compulsiva. Seis itens adicionais avaliam a presença de sintomas de perturbação de stresse pós-traumático. A resposta a cada item era dada numa escala tipo Likert de 04 pontos (em que 0= nunca e 4= sempre). Os resultados parciais e o resultado global calculam-se pelo somatório das respostas aos itens.

Como forma de obter uma medida de validade de constructo uma sub-amostra de 98 mães respondeu aos itens da subescala de Internalização do Child Behavior Questionnaire (CBCL, Achenbach, 1992) na tradução para o português de Almeida e colaboradores (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). O CBCL foi inserido no procedimento, tal como no estudo original (Spence, Rapee, McDonald & Ingram, 2001) enquanto indicador de validade concorrente através da previsão de correlação significativa entre o resultado global do P.A.S.-pt e a Escala de Internalização do CBCL. Este questionário de rastreio de perturbações comportamentais é bastante utilizado na clínica e bem conhecido na investigação em crianças com idades compreendidas entre os 1,5 anos e 18 anos. Inclui 113 itens descritores de comportamentos da criança (agrupados em duas subescalas: Internalização e Externalização) em que os progenitores assinalam numa escala de três pontos (não é verdadeiro=0; algumas vezes verdadeiro=1; e muito verdadeiro=2) se o comportamento ocorre no presente ou se manifestou ao longo dos últimos 6 meses. A subescala de Internalização é composta por 31 itens que avaliam a ocorrência de comportamentos associadas à ansiedade, depressão, queixas somáticas e isolamento social.

Procedimento

O processo teve início com o pedido de autorização aos autores para utilização do instrumento supracitado. Procedeu-se à tradução da escala e à sua aplicação aos participantes a fim de validar a escala à população portuguesa. No desenvolvimento da versão Portuguesa seguiram-se os seguintes passos para a validação: Tradução para Português dos itens originais; Discussão com especialistas, no sentido de escolher uma versão em língua portuguesa que refletisse o conteúdo dos itens em Inglês; Inspeção da análise de conteúdo de cada item (algumas modificações pontuais foram necessárias); Identificação da população alvo do inventário;

Obteve-se a autorização dos Conselhos Diretivos das Escolas em que a Escala foi aplicada e elaborou-se o formulário de consentimento informado para os pais; obteve-se a autorização da Comissão de Ética para a amostra clínica;

Aplicou-se a Escala à população de estudo, solicitado às mães para responder à tradução portuguesa da Spence Preschool Anxiety Scale (P.A.S.-Pt) realizada pelo primeiro autor, de acordo com as orientações do International Test Commission (van der Vijver & Hambleton, 1996).

RESULTADOS

Efeitos de idade e sexo

A análise da relação entre a idade e os resultados do P.A.S.pt foi realizada inicialmente através de um teste de correlação (Pearson) o qual revelou um aumento do número total de problemas de ansiedade com o avançar da idade (r=0,16; p<0,001). Esta constatação verificava-se igualmente nas subescalas Perturbação de Ansiedade Geral (r=0,15;p<0,001), de Ansiedade Social (r=0,12; p<0,005), de Medo de Dano Físico (r=0,11; p<0,01) e de Ansiedade de Separação (r=0,16; p<0,007). Podemos verificar que, apesar de positivas e de apontarem no sentido previsto pelos autores da escala original, bem como da teoria atrás revista, estes valores são pouco elevados.

O quadro 1 apresenta os valores obtidos na amostra para o resultado global do P.A.S-pt e subescalas.

Quadro1 - Resultados médios (e desvio padrão) da P.A.S.pt e subescalas para a amostra total, por idade e por sexo. Nas linhas abaixo apresentam-se, como referência, os valores da aferição romena e do estudo original.

	Ansiedade Geral	Ansiedade Social	P.O.C.	Medo dano fisico	Ansiedade Separação	P.A.S. Total
3 Anos	4,9 (3,2)	6,1 (3,2)	3,8 (3,0)	7,5 (4,5)	6,1 (3,9)	28,1 (12,8)
4 Anos	4,7 (3,0)	6,5 (3,8)	4,6 (3,2)	8,8 (5,2)	6,2 (3,9)	29,3 (14,0)
5 Anos	5,7 (3,5)	7,8 (4,3)	4,5 (2,9)	10,7 (6,1)	7,3 (4,4)	34,8 (15,9)
6 Anos	7,2 (4,3)	7,7 (5,5)	4.4 (3,8)	8.6 (6,2)	7.3 (5,1)	37.0 (25,1)
7 Anos	5,6 (3,6)	6,7 (3,6)	4,5 (3,3)	7,7 (6,1)	7,4 (4,2)	34,1 (17,8
P,A,S, Total	5,3 (3,4)	6,8 (4,0)	4,4 (3,1)	8,9 (5,5)	6,7 (4,2)	31,2 (15,2)
Masculino (*n*=295)	5,2 (3,4)	6,8 (3,9)	4,3 (3,1)	8,6 (5,6)	6,2 (4,2)	30,0(15,6)
Feminino (*n*=263)	5,3 (3,3)	6,8 (4,0)	4,4 (3,1)	9,2 (5,4)	7,0 (4,1)	32,4 (14,7)
P,A,S, Ro Total	4,4 (3,4)	6,3 (4,6)	5,0 (3,2)	9,9 (5,7)	5,8 (3,8)	31,4 (15,4)
Masculino	4,2 (3,3)	6,2 (4,4)	4,9 (3,2)	9,4 (5,4)	5,6 (3,7)	30,3 (14,7)
Feminino	4,5 (3,4)	6,4 (4,8)	5,0 (3,2)	10,3 (5,9)	6,0 (3,9)	32,4 (15,9)
P,A,S, Spence	2,2 (2,6)	4,7 (3,7)	1,2 (2,0)	6,5 (4,3)	2,7 (2,8)	17,3 (11,8)
Masculino	2,2 (2,9)	4,7 (3,7)	1,3 (2,2)	6,5 (4,3)	2,7 (2,9)	17,4 (11,8)
Feminino	2,1 (2,2)	4,6 (3,8)	1,2 (2,0)	6,6 (4,3)	2,7 (2,8)	17,2 (11,0)

Ro- Romena

Num segundo momento, analisamos a prevalência dos problemas de ansiedade ao longo das diversas idades. A comparação do nível de significância dos resultados referidos foi efetuada através de uma ANOVA com testes post-hoc e correção de Bonferroni. Constatamos uma progressão dos resultados entre os 3 e os 6 anos de idade, sendo que a progressão dos problemas de ansiedade é estatisticamente significativa ($F(4, 426)=4,60$; $p=0,001$) do 3º e do 4º para o 6º ano de idade e um declínio aos 7 anos para a P.A.S.pt Total; para a subescala Perturbação de Ansiedade Geral a evolução dos resultados é semelhante com um incremento significativo do 4º para o 6º ano de idade ($F(4,488)=4,93$; $p=0,001$); Na subescala Ansiedade Social encontramos um perfil evolutivo semelhante mas com uma evolução estatisticamente significativa ($F(4,500)= 4,02$; $p=0,003$) entre os 3 e os 5 anos; Na subescala Medo de Dano Físico constatamos uma progressão da frequência dos sintomas até aos 5 anos, sendo a progressão significativa do 3º ano e do 4º ano ($F(4, 497)= 6,41$; $p=0,001$) para o 5º ano de idade e um declínio nas idades seguintes; Para a subescala Ansiedade de Separação, após um ligeiro aumento entre os 3 e 4 anos de idade, ocorre um incremento acentuado mas não significativo (F (4,493)=2,17; $p=0,07$) para os 5 anos com estabilização posterior; Finalmente na POC encontramos uma subida dos comportamentos compulsivos e das obsessões entre os 3 e os 4 anos (estatisticamente não significativo – F (4, 506)=1,35; $p=0,25$) e uma estabilização nas idades subsequentes.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, analisadas através de um teste t, entre os resultados da escala total (t=1,58; p=0,39) ou subescalas entre rapazes e raparigas.

Prevalência de sintomas de ansiedade

Uma estimativa da prevalência de cada sintoma de ansiedade foi determinada a partir da percentagem de mães que assinalaram o item como ocorrendo "*Quase Sempre*" (nota 3) ou "*Sempre*" (nota 4). Os problemas mais comuns (respostas com frequência superior a 10%) para a população estudada são apresentados no quadro 2.

Constatamos que os problemas mais frequentes ao longo da fase pré-escolar são relativos à separação dos pais e o medo de dano físico associado a algo específico (cães, insectos ou trovoadas).

Os 12 problemas mais comuns anotados para a população em estudo referem-se a ansiedade de separação dos pais (dormir fora de casa) ou que algo negativo lhes aconteça ou ainda que algo impossibilite a contacto com os progenitores, medo de dano físico (medo de alturas, do escuro, de insetos ou cães), ansiedade social (ter comportamentos desajustados, que envergonhem a criança frente a outras pessoas), dois itens referentes a ansiedade geral (dificuldade em controlar-se/acalmar-se e em dormir quando preocupado) e um item que reflete um comportamento repetitivo (verificar se fechou a porta ou a torneira).

Nas idades mais precoces são mais prevalecentes os problemas especificamente associados à separação (o item 6 – ter receio de dormir sem a companhia do pai ou mãe fora de casa o item 12 - ter medo que alguma coisa má aconteça aos pais) são mais prevalentes em crianças de ambos os sexos aos 3 e 4 anos de idade seguidos pelo medo de dano físico (medo do escuro – que está igualmente associado às separação dos pais para dormir no quarto próprio); os problemas de ansiedade social emergem pelos 6 anos de idade (item 2 e item 19 – preocupação relativa à realização de comportamentos que deixem a criança embaraçada em situações publicas) em ambos os sexos. A constância de respostas assinaladas no item 3 (constante verificação da realização de ações de modo correto) poderá estar associado à disponibilidade desenvolvimentalmente benéfica da criança para realizar aprendizagens instrumentais das quais poderá decorrer algum benefício social.

Quadro 2- Medos mais frequentes por idade e por sexo.

Item	Subescala	Amostra Total %		3 Anos %	4 Anos %	5 Anos %	6 Anos %	7 Anos %
6.	Ansiedade	32,3	**Total**	**31,8**	**31,5**	**35,3**	**36,4**	**22,4**
	Separação		Masc.	30,7	30,3	27,0	31,3	25,1
			Fem.	32,9	33,3	42,3	41,1	14,2
12	Ansiedade	30,0	**Total**	**25,1**	**24,3**	**26,2**	**42,4**	**33,3**
	Separação		Masc.	23,3	26,6	33,4	35,3	31,3
			Fem.	26,9	20,5	22,4	43,8	35,7
3.	POC	29,9	**Total**	**27,5**	**28,9**	**31,4**	**35,3**	**35,7**
			Masc.	23,3	27,9	31,1	29,4	18,8
			Fem.	31,3	30,2	32,1	41,1	58,3
26.	M. Dano	25,6	**Total**	**20,9**	**21,3**	**36,4**	**25,0**	**23.4**
	Físico		Masc.	21,0	16,8	36,2	25,0	25,1
			Fem.	20,8	28,6	37,0	25,0	21,4
16.	Ansiedade	24,8	**Total**	**19,5**	**21,3**	**30,3**	**32,4**	**36,6**
	Separação		Masc.	17,6	25,9	28,0	11,8	31,3

			Fem.	21,3	15,1	33,0	29,4	42,9
20.	M. Dano	20,8	**Total**	**9,1**	**18,8**	**21,7**	**34,4**	**20,0**
	Físico		Masc.	1,6	18,4	17,2	25,0	18,8
			Fem.	15,4	20,0	24,3	37,5	21,4
13.	M. Dano	19,1	**Total**	**17,0**	**16,6**	**23,0**	**26,5**	**16,6**
	Físico		Masc.	17,6	17,1	26,0	29,4	18,8
			Fem.	16,5	16,4	20,5	23,6	14,3
24.	M. Dano	18,2	**Total**	**12,5**	**16,0**	**23,6**	**31,6**	**26.6**
	Físico		Masc.	9,5	15,1	23,1	25,1	25,1
			Fem.	15,6	16,2	23,0	31,3	28,5
7.	M. Dano	17,3	**Total**	**10,5**	**14,2**	**29,0**	**18,2**	**15,7**
	Físico		Masc.	10,9	16,4	20,3	23,6	22,5
			Fem.	10,2	12,2	36,4	12,6	8,3
17.	M. Dano	16.2	**Total**	**15,7**	**16,4**	**20,2**	**9,1**	**6,6**
	Físico		Masc.	20,3	19,1	15,0	11,8	6,3
			Fem.	11,4	11,4	24,0	6,3	7.1
2.	Ansiedade	16,1	**Total**	**15,7**	**16,4**	**20,2**	**18,8**	**16,6**
	Social		Masc.	20,9	11,6	20,3	19,4	15,0
			Fem.	13,9	12,3	21,6	18,8	18,4
11	Ansiedade	14,8	**Total**	**10,3**	**12,7**	**22,1**	**16,2**	**16,7**
	Social		Masc.	10,6	11,6	17,3	15,9	18,8
			Fem.	10,2	13,7	25,6	17,6	14,3
19.	Ansiedade	14,7	**Total**	**10,0**	**10,0**	**20,6**	**34,4**	**10,0**
	Social		Masc.	14,3	11,0	15,7	31,3	6.3
			Fem.	6,5	9,8	24,0	37,6	7,1
4.	Ansiedade	11,8	**Total**	**11,7**	**7,5**	**13,0**	**17,7**	**13,3**
	Geral		Masc.	10,8	5,4	17,4	17,7	12,5
			Fem.	12,7	9,5	9,0	17,6	14,3
8.	Ansiedade	11,2	**Total**	**11,1**	**9,7**	**12,4**	**11,3**	**11,2**
	Geral		Masc.	9,3	8,3	13,3	5,9	6,3
			Fem.	12,8	12,3	10,4	17,6	15,8
1	Ansiedade	9,3	**Total**	**14,4**	**14,8**	**10,6**	**15,6**	**18,2**
	Geral		Masc.	13,6	16,3	13,7	11,8	7,1
			Fem.	17,0	12,5	6,4	19,4	26,7

Estrutura Fatorial

Spence et al. (2001) testaram, inicialmente através da análise fatorial exploratória e, posteriormente, pela análise confirmatória, vários modelos de análise e explicação dos resultados, destacando-se as variantes com quatro fatores inter-relacionados (em que não se diferenciava entre ansiedade geral e ansiedade de separação), uma variante com cinco fatores e ainda um modelo de cinco fatores com um fator sobre-ordenado, tendo concluído que o modelo de cinco fatores era o que melhor se adequava aos resultados (validado pela análise fatorial confirmatória). Tal resultado foi confirmado no estudo de Benga, et al. (2010) para a população Romena. Pelo que decidimos seguir os mesmos passos para o nosso estudo.

Análise em componentes principais

A medida de adequação da amostra fornecida pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin (0,86) e o teste de esfericidade de Bartlett (x^2 = 3702,52; p< 0,001) indicam a adequação de realizar a análise fatorial com os dados presentes. Realizamos uma análise de componentes principais com rotação obliminal (tal como na versão original) para extração dos fatores tendo entrado todos os itens na solução final.

O scree-test mostra uma solução com cinco fatores que explicavam 49,53% da variância dos resultados, sendo que os itens que os integram coincidem com os descritos na versão original. A

análise dos valores de alfa para as diferentes subescalas permitiu obter valores indicadores de consistência interna satisfatória para todas as subescalas. Verificamos que para a subescala de ansiedade generalizada obtivemos um valor de alfa=0,74; Na subescala medo de dano físico o valor de alfa foi de 0,73; Para a subescala de ansiedade social registamos um valor de alfa=0,70; na subescala de ansiedade de separação encontramos um valor de alfa=0,69, por fim, na subescala POC o valor determinado foi alfa=0,63.

Análise de fidedignidade

A análise da consistência interna foi determinada pela computação do Alfa de Cronbach. O valor obtido para a escala total foi de alfa=0,88 (0,87 no PAS-ro, versão romena) e, indicador de boa consistência, enquanto para as subescalas a consistência variou entre 0,63 e 0,73 Ansiedade Generalizada =0,69, Ansiedade Social =0,70, Perturbação Obsessiva =0,63, Medo de dano Físico =0,73 e Ansiedade de Separação =0,69. todos estes valores são indicadores de uma consistência interna satisfatória.

Validade convergente

Como anteriormente referimos, com o objetivo de fornecer suporte para a proposição que afirmava que os itens selecionados para o P.A.S.-pt avaliavam o constructo ansiedade na população pré-escolar, a validade concorrente foi determinada com recurso à Escala de Internalização do CBCL, sendo que uma correlação positiva entre ambos indicaria a capacidade do P.A.S.-pt para alcançar o seu propósito. Apesar de a escala de Internalização fornecer uma avaliação mais ampla dos problemas internalizadores, dos quais a ansiedade é um dos componentes, esperava-se uma correlação moderada a alta.

Calculamos o Coeficiente de correlação produto-momento de Pearson entre o resultado total da referida escala e o resultado global do P.A.S.-pt e encontramos uma correlação significativa entre os valores (r=0,61; n=349; p<0,01) o que confirma a nossa hipótese (Quadro 3). Também se verifica a existência de correlações significativas entre a Escala de Internalização do CBCL com a subescala de Ansiedade Generalizada (r=0,50; p=0,0001), de Ansiedade Social (r=0,33; p=0,0001), Perturbação Obsessiva (r=0,42; p=0,0001), Medo de dano Físico (r=0,39, p=0,0001) e Ansiedade de Separação (r=0,46; p=0,0001).

Validade Discriminante

Procuramos conhecer a capacidade de o P.A.S.-pt discriminar entre a população normativa de crianças inseridas em Jardim de Infância e uma amostra de crianças referidas para uma consulta de psicologia pediátrica por apresentarem sintomas de ansiedade.

Relativamente aos resultados do grupo clínico, constata-se que esta amostra obtém valores significativamente mais elevados quer no resultado global do P.A.S.pt quer nas subescalas Ansiedade Geral, Ansiedade Social, Medo de Dano Físico (Quadro 3). Não se encontrou diferença significativa nas subescalas POC (o grupo referenciado não incluía nenhuma criança com este tipo de sintomatologia) nem na subescala de Ansiedade de Separação, apesar do grupo clínico apresentar valores mais elevados.

Quadro 3- Validade discriminante entre grupo normativo e grupo de crianças referenciadas a consulta de psicologia clínica por apresentarem perturbações de ansiedade

Escala	*M* (*DP*)	*F*	*p*
Ansiedade Geral			
Gr. Normal	4,94 (3,08)	18,20	0,0001
Gr. Clínico	8,14 (4,35)		
Ansiedade Social			
Gr. Normal	6,52 (3,72)	10,75	0,001
Gr. Clínico	9,57 (5,03)		
POC			
Gr. Normal	4,17 (3,02)	0,00	0,98
Gr. Clínico	5,98 (3,17)		
Medo Dano Físico			
Gr. Normal	8,37 (5,20)	3,84	0,05
Gr. Clínico	13,40 (6,16)		
Ansiedade Separação			
Gr. Normal	6,25 (3,93)	1,77	0,18
Gr. Clínico	10,12 (4,50)		
P.A.S.pt Total			
Gr. Normal	29,16 (13,64)	9,57	0,002
Gr. Clínico	47,23 (17,46)		

DISCUSSÃO

O presente estudo examinou as propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Ansiedade para o Período pré-escolar (P.A.S.-pt)[1] numa amostra de crianças de Jardim de Infância e do 1º ano de escolaridade. Em termos gerais os resultados confirmam o agrupamento de sintomas apresentado no DSM-IV e as investigações realizadas em contextos culturais diversos (Austrália e Roménia) com algumas especificações. Desde já teremos que ter algum cuidado na análise dos resultados pois, à semelhança do estudo de Benga et al. (2010), a nossa amostra era constituída por crianças mais velhas (entre os 3 e os 7 anos de idade, com os mais crescidos já a frequentar o 1º ano de escolaridade) e um grupo de controlo com sintomatologia clínica, referido para uma consulta de especialidade por apresentar perturbações de ansiedade.

Devido ao reduzido número de respostas aos itens da escala de stress pós-traumático, estes não foram analisados no presente estudo (tal como ocorreu nos estudos de Benga, et al., 2010, e de Edwards, et al., 2010).

Começando por efetuar a análise da prevalência e intensidade dos diversos sintomas de ansiedade, destaca-se, desde logo a discrepância entre a expressão de sintomas de ansiedade encontrados na nossa população e os registados pelos autores da escala. Os registos de

[1] Disponível em: http://www.scaswebsite.com/docs/preschool-portuguese.doc

prevalência são significativamente mais elevados na nossa população (semelhantes aos encontrados para a população romena).

Uma análise das diferenças entre sexos revelou que não foram encontradas diferenças significativas entre rapazes e raparigas quer para a escala total quer para as diversas subescalas, o que vai de encontro ao registado na adaptação da escala original mas contraria a literatura que refere serem as raparigas mais propensas às manifestações de ansiedade ou de comportamentos fóbicos (Bouldin & Pratt, 1998). Podemos concluir que, na nossa população, não existirão diferenças significativas na expressão de medo ou ansiedade em crianças de idade pré-escolar, segundo o registo das mães. Estudos complementares poderão ser importantes para esclarecer este resultado bem como sobre as considerações teóricas sobre a sua etiologia (inata ou adquirida ao longo do processo de socialização) e a evolução dos medos pois é sabido que existe uma diferenciação na sua expressão ao longo da infância e adolescência. Relativamente à idade das crianças, apesar de estatisticamente significativos, a magnitude dos valores de correlação é incipiente, mas constatamos um incremento das manifestações de ansiedade entre os 3 e os 6 anos de idade com declínio para os 7 anos. No geral, as crianças de 3 anos expressam um menor número de medos, tal como se pode constatar pela análise do resultado da P.A.S.pt Total; para a subescala Perturbação de Ansiedade Geral a evolução dos resultados é semelhante com um incremento significativo do 4º para o 6º ano de idade; Na subescala Ansiedade Social encontramos um perfil evolutivo semelhante mas com uma evolução estatisticamente significativa entre os 3 e os 5 anos; Na subescala Medo de Dano Físico constatamos uma progressão da frequência dos sintomas até aos 5 anos, sendo a progressão significativa do 3º ano e do 4º ano para o 5º ano de idade e um declínio nas idades seguintes; Para a subescala Ansiedade de Separação, após um ligeiro aumento entre os 3 e 4 anos de idade, ocorre um incremento acentuado mas não significativo para os 5 anos com estabilização posterior. Estes resultados contrariam o estudo original mas, mais uma vez, vão de encontro ao constatado por Benga, et al., (2010) na população romena. Estes resultados parecem apontar para algum tipo de influência cultural com as portuguesas e romenas a revelarem uma maior expressão emocional, provavelmente associada a maior sensibilidade e menor desenvolvimento do controlo emocional ao longo da idade pré-escolar, mais uma vez seriam necessários estudos complementares para confirmar esta hipótese. Constata-se que o incremento de medos durante a idade pré-escolar parece corresponder a uma crescente tomada de consciência do lugar da criança no mundo e das potenciais ameaças que enfrenta sem que corresponda ainda o desenvolvimento de estratégias de confronto para lidar com esses medos (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

Os itens com prevalência mais elevada (registo materno de "quase sempre" ou "sempre") revelam que os sintomas de ansiedade de separação e de medo de dano físico como sendo os mais frequentes, seguidos dos problemas de ansiedade social. Dos 15 medos mais frequentes entre as crianças portuguesas, 10 são coincidentes com os encontrados pelos autores do estudo original e com 13 registados na população romena. Relativamente aos medos de separação, constata-se um incremento na sua expressão ao longo de toda a faixa etária estudada (medo que alguma coisa má aconteça aos pais ou à própria criança) com exceção do médio de dormir fora de casa que, aumentando até aos 6 anos de idade, começa a diminuir a partir deste ponto. Uma justificação possível será a experiência de socialização representada pelo ingresso, aos 5 anos, na pré-escola e aos 6 na escolaridade obrigatória que trará maior conforto junto das crianças para

lidar com as experiências de afastamento. Quanto ao medo de dano físico, constata-se um incremento na expressão de ansiedade (até aos 6 anos de idade) associada ao confronto com cães, insetos ou trovoadas e diminuição posterior; o medo do escuro cresce na sua expressão até aos 5 anos diminuindo posteriormente. Os indicadores de ansiedade social aumentam a sua expressão até aos 5 anos (medo de fazer algo estúpido ou de falar com estranhos) ou 6 anos (fazer algo que envergonhe a criança) diminuindo posteriormente. Aqui, parece ser evidente uma tomada de consciência de si próprio ao longo da idade pré-escolar com, mais uma vez, as experiências normativas de socialização (ingresso no sistema educativo) a serem determinantes de uma dessensibilização e de maior regulação emocional e menor expressão de ansiedade em situações ou contextos sociais (Buss, 1984).

Quanto à analise da estrutura dos sintomas de ansiedade na idade pré-escolar, realizada através de uma análise exploratória, a qual se justifica pela influencia que o contexto sócio-educativo diverso pode exercer sobre o processo de desenvolvimento da criança, gerando significações diversas e estilos de resposta distintos. Ao contrário do estudo original (Spence et al. 2001) e da adaptação para a população romena (Benga, et al., 2010) encontramos uma associação dos itens em cinco factores. Como referimos, alcançamos valores aceitáveis para a consistência interna da escala total (α=0,88). Nas diferentes subescalas o valor de alfa variou entre α=0,63 na subescala Perturbação obsessivo-compulsiva e α=0,74 para a subescala de ansiedade generalizada.

Quanto à validade de constructo, a análise das correlações entre os resultados da escala total, bem como das subescalas, com a escala de internalização do CBCL permitiu verificar que estes valores são bastante satisfatórios o que nos fornece evidência da validade do constructo da P.A.S.pt.

Relativamente à validade discriminante, determinada pala capacidade de diferenciar crianças normais com um grupo de crianças referenciadas a uma consulta de psicologia clínica devido a perturbações de ansiedade ou fobias, registamos uma diferença significativa quer para a escala total quer para as subescalas com exceção das perturbações obsessivas. Estes resultados indicam que a escala em estudo apresenta uma boa capacidade para diferenciar as crianças com sintomatologia ansiosa.

Existem várias limitações na presente investigação que tinha como objetivo a adaptação à população portuguesa do P.A.S.. Desde logo, a representatividade da amostra que, apesar do numero de sujeitos que a compõe, foca apenas duas áreas geográficas do país (grande Porto e Lisboa) de características urbanas. Em segundo lugar, os dados baseiam-se na perspetiva da mãe, não havendo registo paterno (e do acordo entre estes observadores) ou da educadora de infância nem tão pouco de observação direta do comportamento ansioso da criança. Não podemos descartar algum enviesamento na apreciação do comportamento da criança realizado pela mãe, podendo esta estar ansiosa ou deprimida. Seria desejável o recurso a um estudo mais amplo que registasse a opinião de diversos observadores (mãe, pai e educadora) e a observação direta da criança ou o próprio registo desta. Em terceiro lugar, o conteúdo da escala deverá ser considerado pois, apesar dos itens terem sido selecionados com uma perspetiva desenvolvimental, a partir várias fontes (literatura prévia, opinião de especialistas ou relato parental), existe a possibilidade de existência de outros sintomas que não integram a escala. À medida que novas evidências surjam, será necessário proceder a uma atualização do instrumento,

podendo desde já acrescentar-se uma questão em aberto questionando os pais sobre outros desencadeadores possíveis de ansiedade.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T.M. (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist 1,5-5*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile.* Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2nd ed., pp. 279-329). New York: The Guilford Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I.Soares,(Ed.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*, (pp. 89-141).Coimbra: Quarteto.

Barros, L. (1996). Distúrbios ansiogéneos em crianças: modelos explicativos comportamentais e cognitivos e sugestões clínicas desenvolvimentistas. *Psiquiatria Clínica, 17,* 319-335.

Benga, O., Tincas, I., & Visu-Petra, L. (2010). Investigating the structure of anxiety symptoms among romanian preschoolers using the Spence preschool anxiety scales. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal, 14*, 159-182.

Bouldin, P., & Pratt, C. (1998). Utilizing Parent Report to Investigate Young Children's Fears: A Modification of the Fear Survey Schedule for Children–II: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 271-277. doi: 10.1177/0907568203010001005.

Buss, A., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*, 817-33. doi :org/10.1016/j.cpr.2005.12.002.

Coelho, C. Silva, C., Santos, J., & Silvério, J. (2003). Etiologia das fobias específicas. *Psiquiatria Clínica, 24*, 125-140.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and Adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, *127*, 87-127. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87.

Agradecimentos- Os autores agradecem a colaboração de Linda Candeias, Ana Soares e Ana Paixão na recolha dos questionários

Costello, E.J., & Angold, A. (1995). The epidemiology of childhood anxiety disorders. In J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp.199-124). New York, NY: The Guilford Press.

Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo e S. Caires (Orgs.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI, p 553-564). Braga: APPORT.

Edwards, S. L., Rapee, R. M., Kennedy, S., & Spence, S. H. (2010). The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: The Revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*, 400-409. doi:10.1080/15374411003691701

Flavell, J. H., Green, F. L., & Flavell, E. L. (2000). Development of children's awareness of their own thoughts. *Journal of Cognition and Development*, *1*, 97-112. doi: 10.1207/S15327647JCD0101N_10

Fonseca, A.C., Simões, A., Rebelo, J.A., Ferreira, J.A.G. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica, 12*, 55-78.

Piaget, J. (1971). *A Formação do Símbolo na Criança. Imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: Zahar.

Shamir-Essakow, G., Ungerer, J.A., & Rapee, R.M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. Journal of Abnormal Child Psychology,*33*, 131-43.

Spence, S. H. (1997). The structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*, 280–297. doi: 10.1037/0021-843X.106.2.280

Spence´s, S., Rapee, R.B., MacDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1293–1316. doi:10.1016/S0005-7967(00)00098-X.

van de Vijver, F. J. R., & Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist, 1*, 89-99. doi: 10.1027/1016-9040.1.2.89

Wenar, C. (1990). *Developmental psychopathology from infancy through adolescence.* New York, NY: McGraw-Hill ().