

ARTIGOS**Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades****Anxiety Disorders in Children: A look at the communities****Monique Cabral Caíres¹; Helene Shinohara²**

1- Psicóloga Clínica

2- Mestre em Psicologia Clínica, Especialista em Psicologia Clínica, Professora e Supervisora do Departamento de Psicologia da PUC-Rio

Correspondência: Rua Jardim Botânico n 674 sala 108 cep 22461-000 - Rio de Janeiro. Telefone: (21) 8892-3959 - e-mail: nique-cabral@bol.com.br

RESUMO

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie. No ser humano, as causas mais comuns da ansiedade não são de natureza biológica, mas sim psicológicas, surgindo em função de comunicações simbólicas, verbais ou não, interpretadas à luz de conceitos, crenças e valores formulados por uma comunidade sócio-cultural. Os transtornos de ansiedade próprios da infância e mais comuns são: transtornos de ansiedade fóbica, transtorno de ansiedade social e transtornos de ansiedade de separação. O presente trabalho pretendeu verificar a presença de sintomas de ansiedade infantil em ambientes sociais mais violentos. Participaram da presente pesquisa 90 crianças de três escolas públicas do Rio de Janeiro, localizadas nas comunidades da Rocinha, da Dona Marta e da Barrinha. Assim, foi aplicada a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) em 30 crianças de cada escola, sendo 15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, entre o 6º e 9º ano escolar. Foi observado que o nível médio geral de ansiedade na comunidade da Rocinha é superior comparado ao das duas outras comunidades analisadas, sendo quase o dobro em relação ao da comunidade da Barrinha. A partir dos resultados fornecidos pelo teste MASC, concluímos que as crianças que vivem na Rocinha têm maior predisposição a desenvolver transtornos de ansiedade, devido principalmente ao ambiente social violento em que vivem. As comunidades do Dona Marta e da Barrinha, que já foram ocupadas pela Polícia Militar do Rio de Janeiro, usufruem de maior segurança e tranquilidade para os moradores, e isto pode ter refletido nos menores índices de ansiedade apresentados.

Palavras chave: ansiedade infantil, terapia cognitiva, MASC, segurança pública

ABSTRACT

Anxiety is a natural emotional state with psychological and physiological components that becomes pathological depending on the intensity and frequency of the feeling, or the type of the situation that triggers it. In humans, the most common causes of anxiety are not biological, but psychological, due to symbolic communications, verbal or otherwise, interpreted in the light of concepts, beliefs and values expressed by a socio-cultural community. The most common anxiety disorders in childhood are phobic disorder, social anxiety disorder and separation anxiety. This study aimed to verify the presence of symptoms of anxiety in more violent social settings. Ninety children from 3 different public schools in Rio de Janeiro, located in the communities of Rocinha, Dona Marta and Barrinha, participated in this study. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) was applied to 30 children from each school, 15 male and 15 female, from 6th to 9th grade. It was observed that the overall average level of anxiety in the community of Rocinha is higher compared to the other two communities evaluated, and nearly double compared to the community of Barrinha. These data show that children who live in Rocinha are more predisposed to develop anxiety disorders, mainly due to the violent social environment in which they live. The communities of Dona Marta and Barrinha, which have been occupied by the Military Police of Rio de Janeiro, present greater security and tranquility for the population, and this might have been influenced the lower levels of anxiety of those children.

Keywords: child anxiety, cognitive therapy, MASC, public security

Ansiedade: Definição, Sintomatologia e Epidemiologia

A ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável. A ansiedade inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispnéia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese,

tontura, etc.) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental etc.) (Dalgarrondo, 2000).

Do ponto de vista psíquico, a principal manifestação de ansiedade é descrita como uma sensação inespecífica, vaga, da existência de algum tipo de ameaça ao bem estar. A inquietante sensação de que "algo está para acontecer" tanto pode estar ligada a situações a serem enfrentadas no dia-a-dia, como à véspera de uma prova, um novo emprego, uma mudança de casa, uma viagem, quanto pode ocorrer sem nenhuma causa objetiva aparente (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada. A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (Manfro & Asbahr, 2002).

O transtorno é acompanhado de uma série de sensações físicas, tais como: palidez, palpitações, falta de ar, boca seca, tremores, sudorese nas mãos e pés, etc, manifestando-se numa resposta generalizada, ampla, que mobiliza todo o nosso organismo pelos mais variados estímulos.

Sintomas ansiosos, e não os transtornos propriamente, são freqüentes em outros transtornos psiquiátricos. Estes sintomas caracterizam-se por uma ansiedade que se explica pelos sintomas do transtorno primário (exemplos: a ansiedade do início do surto esquizofrênico; o medo da separação dos pais numa criança com depressão maior) e não constitui um conjunto de sintomas que determina um transtorno ansioso típico. Mas podem ocorrer casos em que vários

transtornos estão presentes ao mesmo tempo e não se consegue identificar o que é primário e o que não é, ou seja, sintomas primários não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressões, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtorno hiper-cinético, etc.), sendo mais correto referir que esse paciente apresenta mais de um diagnóstico coexistente (comorbidades).

No Brasil, existem poucos estudos referentes aos Transtornos de Ansiedade, indicando a prevalência do diagnóstico de ansiedade na sociedade. Dentre os poucos estudos epidemiológicos que indicam a predominância dos quadros psiquiátricos na nossa população, o realizado por Almeida Filho (1997) se destaca. Este estudo foi realizado nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre com base nos critérios da DSM III. Os parâmetros utilizados nesta pesquisa buscavam identificar através de entrevistas estruturadas dois aspectos primordiais. O primeiro aspecto seria se os entrevistados preenchiam critério para algum transtorno mental em qualquer fase de sua vida. O segundo aspecto observado foi a necessidade de algum tipo de ajuda profissional durante o período da doença. Os resultados indicam que os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes na população entrevistada em Brasília e em São Paulo. Em Porto Alegre estes resultados foram um pouco diferentes. Os transtornos ansiosos ficaram em terceiro lugar, atrás da dependência ou abuso de álcool e dos transtornos depressivos. Mesmo com esta diferença encontrada no sul do país, os dados apontam que de 9 a 18% dos brasileiros apresentaram em algum momento de sua vida um transtorno ansioso. O que significa dizer que analisando a população brasileira como um todo, os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes de todos os transtornos mentais. Para se ter uma idéia da grande diferença encontrada entre os casos de transtornos ansiosos e os demais, os transtornos depressivos, que neste estudo ocuparam o segundo lugar geral, apareceram com uma prevalência de 2 a 10% (Dalgalarrodo, 2000).

Nos últimos 20 anos, o diagnóstico, classificação e tratamento dos quadros ansiosos têm sido profundamente revisados, principalmente depois da publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico, na sua terceira versão em 1980. Desde então novos conhecimentos sobre aspectos biológicos e neuropsicológicos da ansiedade trouxeram uma nova perspectiva para este tipo de problema. Os avanços mais significativos foram em relação ao tratamento. Cada vez mais, os atendimentos realizados dentro da abordagem cognitivo-comportamental ganham força e novos medicamentos são indicados para tratar estes casos. Segundo dados do maior estudo epidemiológico já realizado nos EUA, pelo Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) realizado na década de 80, 23% da população estudada apresentava um distúrbio ansioso. Já de acordo com dados do Instituto Nacional de Saúde Mental americano (INSM), aproximadamente 15% da população do país vai apresentar em algum momento de sua vida um transtorno de ansiedade. Estas pesquisas evidenciam que a ansiedade patológica, na década de 80, era o problema de saúde mental mais importante do país (Ross, 1995).

Estes dados são alarmantes não somente pelo fato de ser um número bastante significativo da população sendo acometido por este mal, mas principalmente porque menos de um quarto das pessoas que sofriam algum transtorno ansioso procuravam tratamento adequado. Já nesta época, uma dificuldade dentro do espectro da ansiedade era evidenciada pelos estudos realizados como os distúrbios psiquiátricos mais tratáveis. Mais assustador ainda são os dados de que não só a pessoa sofre com o distúrbio ansioso, seja ele qual for, tem prejuízos, mas também a sociedade paga um preço altíssimo. Um terço dos gastos do governo norte-americano em saúde mental na década de 80 foi destinado aos distúrbios de ansiedade e suas conseqüências, sendo a principal delas a queda na produtividade do indivíduo. Para complicar ainda mais a situação, um outro estudo do INSM deste mesmo período revelou que com o passar do tempo e sem o tratamento adequado, cerca de 70% das pessoas portadoras de

algum transtorno ansioso têm pelo menos um outro problema de ordem psiquiátrica, podendo este ser inclusive dependência ou abuso de substância (Ross, 1995).

Em pesquisas mais recentes estes dados se mantêm. Os transtornos ansiosos continuam sendo os mais prevalentes na população norte-americana e um dos problemas mais importantes do mundo, podendo chegar a atingir um quarto da população mundial (Vianna, 2008).

Os transtornos de ansiedade mais comuns são: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobias Específicas, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Pânico e Agorafobia, Transtorno de Estresse Pós Traumático e Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Esses quadros psiquiátricos são igualmente encontrados tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano (Andrade, 1998).

Transtornos de Ansiedade na Criança

Os transtornos ansiosos encontram-se entre as doenças psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes, perdendo para os transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e de conduta. Até 10% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso (excluindo-se o transtorno obsessivo - compulsivo (TOC), que afeta até 2 % das crianças e adolescentes). Os transtornos ansiosos mais freqüentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva (TAG) de 2,7% a 4,6%; fobias específicas de 2,4% a 3,3%. A prevalência de fobia social fica em torno de 1% e do transtorno de pânico, 0,6%. Mais de 50 % das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa (Asbahr, 2004).

A distribuição entre os sexos é, de modo geral, equivalente, exceto para as fobias específicas, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno de pânico apresentam predominância no sexo feminino.

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores (Asbahr, 2004).

Tanto a ansiedade quanto o medo são considerados patológicos quando exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo ou qualitativamente diverso do que se observa como normal naquela faixa etária, e também quando interferem na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário da criança.

Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é fundamental obter uma história detalhada sobre o início dos sintomas, possíveis fatores desencadeantes (ex.: crise conjugal, perda por morte ou separação, doença na família e nascimento de irmãos) e o desenvolvimento da criança. Sugere-se, também, valorizar o temperamento da criança (ex.: presença de comportamento inibido), o tipo de apego o qual possui com seus pais (ex.: seguro ou não) e o estilo de cuidados paternos destes (ex.: presença de superproteção), além dos fatores implicados na etiologia dessas patologias. Também deve ser avaliada a presença de comorbidades (Castillo et al ., 2000).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada tem como característica essencial uma ansiedade ou excessiva preocupação (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, acerca de diversos eventos ou atividades. A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fadigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Em crianças apenas um sintoma adicional é exigido.

Em crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade Generalizada, a ansiedade e a preocupação frequentemente envolvem a qualidade de seu desempenho na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado por outros. Pode haver preocupação excessiva com a pontualidade. Eles também podem preocupar-se com eventos catastróficos tais como terremotos ou guerra nuclear. As crianças com transtornos podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando uma tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito. Elas demonstram excessivo zelo na busca por aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho e outras preocupações (DSM-IV-TR).

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao nível de desenvolvimento, que persiste por, no mínimo, quatro semanas, causando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente.

As crianças ou adolescentes, quando estão sozinhas, temem que algo possa acontecer a si mesmo ou aos seus cuidadores, tais como acidentes, seqüestro, assaltos ou doenças que os afastem definitivamente destes. Em casa, para dormir necessitam de companhia e resistem ao sono, que vivenciam como separação ou perda de controle. Com freqüência referem pesadelos que versam sobre seus temores de separação. Recusa escolar secundária também é comum nesses pacientes. A criança deseja freqüentar a escola, demonstra boa adaptação prévia, mas apresenta intenso sofrimento quando necessita afastar-se de casa. Quando a criança percebe que seus pais vão se ausentar ou o afastamento realmente ocorre, manifestações somáticas de ansiedade, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos são comuns. Crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas

prejudicam a autonomia da criança, restringem a sua vida de relação e seus interesses, ocasionando um grande estresse pessoal e familiar. Sentem-se humilhadas e medrosas, resultando em baixa auto estima e podendo evoluir para um transtorno do humor (Castillo, et al., 2000).

A particularidade essencial do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um estressor traumático extremo, envolvendo a experiência pessoal direta de um evento tão ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentados por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo. A resposta ao evento deve envolver intenso medo, impotência ou horror. O quadro sintomático completo deve estar presente por mais de 1 mês e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM-IV-TR).

Em crianças mais jovens, os sonhos aflitivos com o evento podem, em algumas semanas, mudar para pesadelos generalizados com monstros, com o salvamento de outros ou com ameaças a si mesmas ou a outros. As crianças pequenas em geral não têm o sentimento de estarem revivendo o passado; em vez disso, a revivência do trauma pode ocorrer por meio de jogos repetitivos. Em vista da dificuldade de uma criança em relatar diminuição no interesse por atividades significativas e limitação do afeto, esses sintomas devem ser atentamente avaliados mediante relatos feitos pelos pais, professores e outros observadores (DSM-IV-TR).

As características essenciais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes suficientemente graves a ponto de

consumirem tempo ou causarem sofrimento acentuado ou prejuízo significativo (DSM-IV-TR).

Os quadros em crianças geralmente são similares aos da idade adulta, porém elas não solicitam ajuda, e os sintomas podem não ser ego-distônicos. Com maior frequência, o problema é identificado pelos pais, os quais levam a criança a tratamento. Declínios graduais no rendimento escolar, secundários ao prejuízo da capacidade de concentração, têm sido relatados. Assim como os adultos, as crianças tendem mais a envolver-se em rituais em casa do que na frente de seus pares, de professores ou estranhos (DSM-IV-TR).

No Transtorno de Ansiedade Social, um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho na qual o indivíduo poderia sentir vergonha é a particularidade deste transtorno. A exposição à situação social ou de desempenho provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, podendo assumir a forma de um Ataque de Pânico (DSM-IV-TR).

Embora adolescentes e adultos com este transtorno reconheçam que seu medo é excessivo ou irracional, isto pode não ocorrer com crianças; sendo mais comum a situação social ou de desempenho evitada ou suportada com pavor (DSM-IV-TR).

Quando criança pode haver choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento aderente ou permanência junto a uma pessoa da família, podendo a inibição das interações chegar ao ponto do mutismo. Crianças pequenas podem mostrar-se excessivamente tímidas em contextos sociais estranhos, retraindo-se do contato, recusando-se a participar em brincadeiras de grupo, permanecendo tipicamente na periferia das atividades sociais e tentando permanecer próximas a adultos conhecidos. Para este diagnóstico em crianças, deve haver evidências de que são capazes de relacionar-se socialmente com pessoas da família, e a ansiedade social deve ocorrer em contextos envolvendo seus pares, não apenas em interações com adultos (DSM-IV-TR).

Fobia Específica é qualquer medo acentuado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritos. A exposição ao estímulo fóbico provoca uma resposta imediata de ansiedade (DSM-IV-TR).

Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento aderente. As crianças com frequência não reconhecem que os temores são excessivos ou irracionais e raramente relatam sofrimento por terem fobias. O medo de animais e outros objetos do ambiente natural é particularmente comum e em geral é transitório na infância. Um diagnóstico de Fobia Específica não é indicado, a menos que os temores acarretem prejuízo clinicamente significativo (DSM-IV-TR).

Agorafobia é uma ansiedade acerca de estar em locais ou situações das quais escapar poderia ser difícil ou nas quais o auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, evitando assim uma variedade de lugares como ônibus, estar sozinho em casa, lugares com multidão e outros (DSM-IV-TR).

A ansiedade ou esquiva agorafóbica não pode ser melhor explicada por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., a esquiva se limita a situações sociais pelo medo do embaraço), Fobia Específica (por ex., a esquiva se limita a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., esquiva à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquiva de estímulos associados com um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquiva a afastar-se do lar ou de parentes).

Segundo os critérios do DSM-IV, para concluir o diagnóstico do transtorno do pânico deve haver a ocorrência de ataques de pânico recorrentes e inesperados, em que estejam presentes, no mínimo, quatro dos seguintes sintomas: sudorese ou calafrios; palpitações ou ritmo cardíaco acelerado; aperto, dor ou desconforto no peito; náuseas ou mal-estar abdominal; parestesias (sensações de dormência ou

formigamento); sensação de fraqueza, de falta de ar ou asfixia, de sufocamento; ondas de frio ou de calor; tremer ou sacudir-se; desrealização (sentimentos de irrealidade); despersonalização (sentir-se destacado de si mesmo); medo de perder o controle, de morrer ou de ficar louco. Também pode-se fechar o diagnóstico na ocorrência de um único episódio se, além dos quatro critérios mínimos mencionados acima, o episódio for seguido de uma antecipação ansiosa e incapacitante em relação a futuros ataques. Outros critérios que devem estar presentes: preocupação quanto às conseqüências ou implicações do ataque, presença de significativas alterações comportamentais relacionadas aos ataques e a persistente expectativa de passar novamente pela experiência. Quando trata-se do transtorno de pânico com agorafobia, acrescenta-se a evitação de lugares e situações públicas em que o paciente acredita haver dificuldades para obter ajuda, caso ocorram sintomas de pânico. Em outras palavras, os critérios diagnósticos para transtorno do pânico sem agorafobia são idênticos aos critérios para transtorno do pânico com agorafobia, com exceção das referências a medos e evitações agorafóbicas (APA, 2000).

Como fatores do ambiente físico e social da criança podem estar presentes tanto no desenvolvimento quanto na manutenção dos transtornos, aspectos como níveis de ameaça ou de segurança, cuidados exagerados ou negligência por parte dos pais, sistema punitivo nas escolas e na comunidade, entre outros, devem ser levados em conta.

Especificamente, este trabalho tem por objetivo avaliar se a exposição a ambientes que apresentam riscos reais à integridade física e/ou perigo real podem estar relacionados a diferentes estados de ansiedade.

Para tanto, serão avaliadas crianças de três comunidades carentes do Rio de Janeiro, com características próprias quanto aos níveis de violência: a da Rocinha, a da Barrinha e a da Dona Marta, através da aplicação da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), desenvolvida por March (1997).

Estas considerações foram baseadas em pesquisas da Fundação VIVA Rio e dados da internet. Os diferentes níveis de violência foram estabelecidos pela Unidade de Policiamento Pacificadora, UPP, que é o novo modelo de segurança pública e de policiamento que promove a aproximação entre a população e a polícia, aliada ao fortalecimento de políticas sociais nas comunidades.

METODOLOGIA

Sujeitos

Participaram da presente pesquisa 90 crianças de três escolas públicas em comunidades do Rio de Janeiro. Foram escolhidas crianças de comunidades distintas para se avaliar a influência de ambientes mais ou menos violentos no nível de ansiedade apresentado por elas.

Assim, foi aplicado o teste MASC em 30 crianças de cada escola, sendo 15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, entre o 6º e 9º ano escolar. As comunidades escolhidas para a aplicação do teste foram: Morro Dona Marta, comunidade localizada no bairro de Botafogo que encontra-se ocupada pela Polícia Militar (UPP) desde 2008 (considerada com menor índice de violência) ; Comunidade da Rocinha, localizada em São Conrado e que atualmente é ocupada e comandada por traficantes de drogas (considerada com maior índice de violência) ; e Comunidade da Barrinha, localizada na Barra da Tijuca junto a condomínios de classe média alta e segurança reforçada (considerada com baixo índice de violência).

Todas as escolas nas quais o teste foi aplicado são estaduais e localizadas dentro das comunidades.

Instrumento

A Escala Multidimensional de Ansiedade para Criança (MASC) é um instrumento utilizado na avaliação de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes. Pode ser aplicada e pontuada em menos de 25 minutos e é

considerada uma ferramenta útil para avaliação rápida e rotineira de problemas relacionados à ansiedade em crianças e adolescentes.

A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), desenvolvida por March (1997), é um instrumento utilizado na avaliação de sintomas ansiosos em crianças e adolescentes.

A construção do questionário foi baseada em estudos dos autores March & Sullivan, (1999), e foi validado por Nunes (2004) para a população brasileira.

Procedimento

Para aplicação dos testes foi necessária a autorização da escola pública e dos pais de alunos entrevistados. Assim, após cada diretoria ter aceitado o procedimento de testagem, foi enviado um termo de consentimento para cada responsável legal das crianças, a serem entrevistadas.

O documento encaminhado para os pais solicitando sua autorização explicava se tratar de um estudo sobre ansiedade infanto-juvenil, desenvolvido a partir de um teste psicológico que seria preenchido pela própria criança na escola, sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo. Pelo contrário, poderia ajudar a construir um conhecimento benéfico para psicólogos, professores, pais e crianças.

Na testagem, uma das autoras aplicou individualmente o teste, durante aproximadamente 20 minutos, dentro do horário escolar.

Os testes foram então avaliados e os resultados tabulados em planilhas e gráficos, permitindo melhor análise e discussão dos dados.

RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados obtidos nos processos de testagem que revelaram os níveis de ansiedade em crianças das diferentes comunidades no Rio de Janeiro.

A Tabela 1 apresenta os resultados obtidos na média e desvio – padrão em relação ao sexo nas comunidades estudadas.

Tabela 1 – Resultados obtidos na média e desvio-padrão em relação ao sexo nas Comunidades

Categorias	X	s
Masculino (Rocinha)	70,8	17,48
Feminino (Rocinha)	74	16,24
Masculino (Barrinha)	40,73	14,06
Feminino (Barrinha)	40,20	11,95
Masculino (Dona Marta)	51,67	12,93
Feminino (Dona Marta)	50	16,07

De acordo com dados da Tabela 1, não houve diferença significativa entre os sexos nas três comunidades estudadas; mas a análise da variância fatorial revelou uma diferença significativa em relação ao fator principal, isto é, entre as comunidades, confirmando a hipótese de que as variâncias são diferentes e significativas ($F > 1$, nos dois níveis de significância). Em relação ao fator sexo corroborou-se os resultados já obtidos quanto a não-diferença significativa entre os sexos, e também entre a interação comunidade e sexo ($F < 0,01$ e $0,05$) (Tabela 2).

Tabela 02 - Comparação Entre Amostras do Estudo na Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças – MASC - em Escolas Públicas em Comunidades do Rio de Janeiro

COMUNIDADE	Masculino		Feminino		t	p*	F***
	X	s	X	s			
Rocinha	70,8	17,48	74	16,24	0,50	n.s. **	F A. < 1
Barrinha	40,73	14,06	40,02	11,95	0,11	n.s.	FB < 1
Dona Marta	51,67	12,93	50	16,07	0,30	n.s.	FA.B < 1

*p > 0,01 e 0,05; **n.s. → não significativo; ***FA → Fator A (Comunidades); FB → Fator B (Sexo); FA. B → Fator interação A. B

Ao consultar a tabela que resultou na matriz de diferenças entre médias, construída a partir do DHS de Tukey, verificamos que a diferença 33,8 entre X1 (sexo feminino – Rocinha) e X6 (sexo feminino- Barrinha); a diferença 33,27 entre X1 (feminino – Rocinha) e X5 (masculino- Barrinha); a diferença 24 entre X1 (feminino – Rocinha) e X4 (feminino – Dona Marta); a diferença 22,33 entre X1 (sexo feminino – Rocinha) e X3 (masculino- Dona Marta); a diferença 30,6 entre X2 (masculino- Rocinha) e X6 (feminino – Barrinha); a diferença 30,07 entre X2 (masculino - Rocinha) e X5 (masculino - Barrinha); a diferença 20,8 entre X2 (masculino – Rocinha) e X4 (feminino- Dona Marta); a diferença 19,13 entre X2 (masculino - Rocinha) e X3 (masculino- Dona Marta) são maiores que DHS= 16,58 . Concluimos que essas diferenças entre médias são estatisticamente significantes ao nível 0,05.

As demais diferenças 11,47 entre X3 (masculina- Dona Marta) e X6 (feminina- Barrinha); a diferença 10,94 entre X3 (masculina- Dona Marta) e X5

(masculina- Barrinha); a diferença 1,67 entre X3 (masculina - Dona Marta) e X4 (feminina - Dona Marta); a diferença 9,8 entre X4 e X6 ; a diferença 9,27 entre X4 (feminina - Dona Marta) e X5 (masculina - Barrinha); e a diferença 0,53 entre X5 (masculina - Barrinha e X6 (feminina- Barrinha) não são estatisticamente significantes do ponto de vista estatístico.

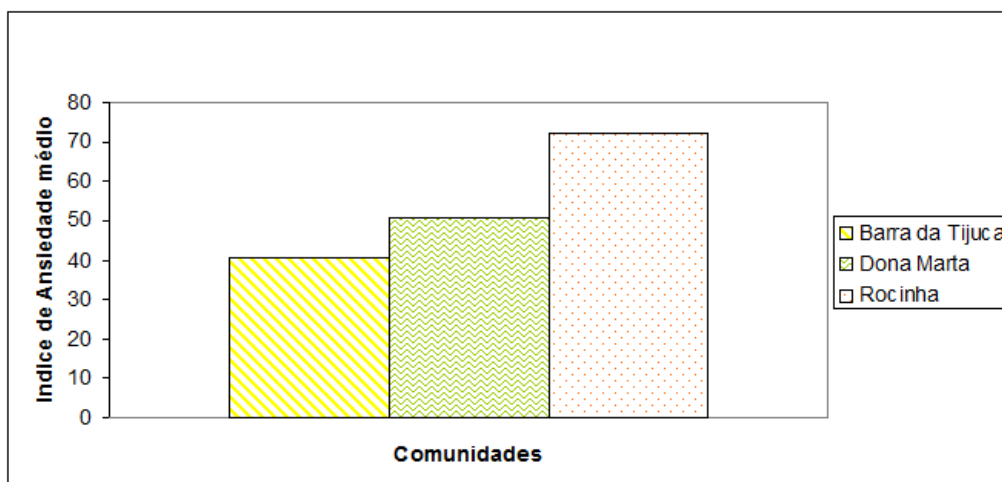
Tabela 3- Diferenças entre médias ordenadas de meninos e meninas das Comunidades da Rocinha, Barrinha e Dona Marta

Médias dos Grupos	X6 F-B	X5 M-B	X4 F-D.M	X3 M-D.M	X2 M-R	X1
X6 F-B	—	0,53	9,8	11,47	30,6	33,8
X5 M-B	33,27	—	9,27	10,94	30,07	
X4 F-D.M	24,00	—	—	1,67	20,8	
X3 M-D.M	22,33	—	—	—	19,13	
X2 M-R	—	—	—	—	—	3,2
X1 F-R	—	—	—	—	—	—

O gráfico de barras G1 representa a média aritmética dos índices de ansiedade, de todas as crianças analisadas, meninos e meninas, nas respectivas

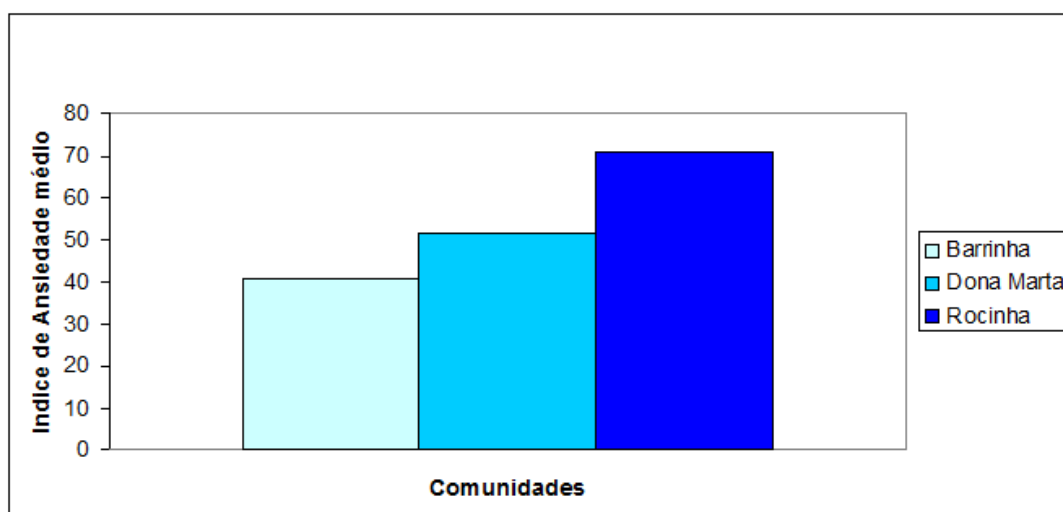
comunidades. Observa-se que o nível médio geral de ansiedade na comunidade da Rocinha é superior em relação ao das duas outras comunidades, sendo quase o dobro ao apresentado pelas crianças da comunidade da Barrinha.

Gráfico 1- Média geral do nível de ansiedade infantil nas comunidades analisadas



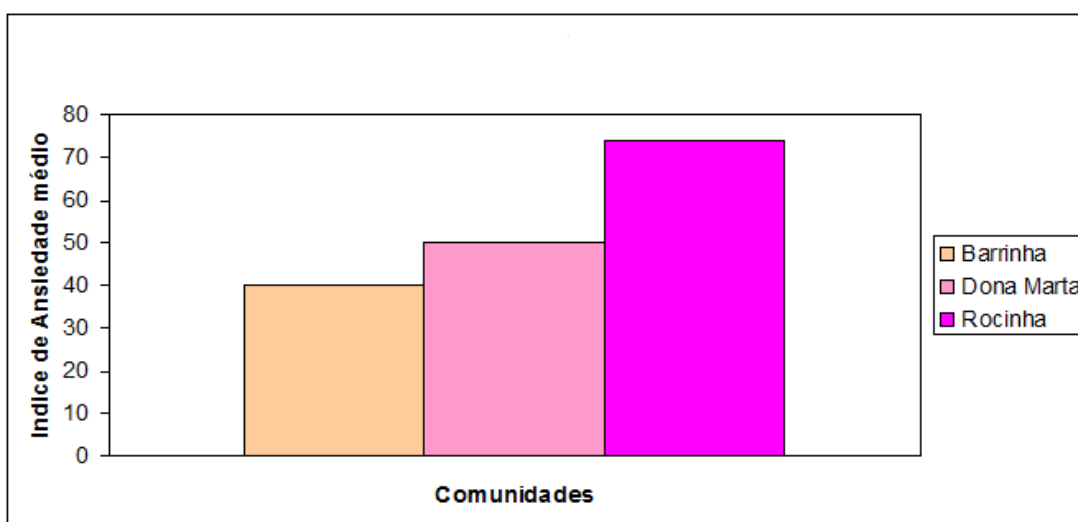
O próximo gráfico G2 apresenta a média dos índices masculinos para as diferentes comunidades avaliadas. Novamente é notado que o nível de ansiedade para os meninos na comunidade da Rocinha é superior aos das outras comunidades analisadas.

Gráfico 2 - Média geral masculina do nível de ansiedade infantil nas comunidades analisadas



O último gráfico G3 representa as médias de ansiedade para as meninas nas três comunidades analisadas. Nota-se um maior valor para o índice de ansiedade na comunidade da Rocinha, comparado às duas outras.

Gráfico 3 - Média geral feminina do nível de ansiedade infantil nas comunidades analisadas



DISCUSSÃO

Analisando a tabela T1 (Nível de Ansiedade infantil na Rocinha) é notado que o nível de ansiedade infantil feminino é maior que o nível de ansiedade masculino, sendo a média de ansiedade feminina de 74 e a masculina de 70,8. Como o teste aplicado para avaliar foi o MASC, concluímos a partir do ponto de corte do teste que as meninas apresentam sintomas moderados de ansiedade e os meninos apresentam sintomas leves.

Na tabela T2 (Nível de Ansiedade infantil na comunidade da Barrinha) analisamos os índices médios de ansiedade feminina e masculina, os quais foram de 40,2 e 40,73 respectivamente. Através do teste utilizado notamos que não há significativa diferença entre ambos os sexos, concluindo a partir do ponto de corte que ambos não apontam para a presença de sintomas importantes de ansiedade.

A partir da tabela T3 (Nível de Ansiedade infantil no Dona Marta) onde os níveis médios de ansiedade feminina e masculina foram de 50 e 51,67 concluímos

que tanto as meninas quanto os meninos não apresentam sintomas relevantes de ansiedade.

O gráfico que representa as médias gerais nas comunidades avaliadas (G1) indica um maior nível de ansiedade nas crianças da Rocinha. Este resultado representa, segundo o teste MASC, a presença de sintomas leves de ansiedade. Porém vale ressaltar que a linha de corte do teste é justamente 72 e, portanto, as crianças podem estar em processo de apresentar sintomas de ansiedade mais significativos.

Analisando agora os índices de ansiedade entre os distintos locais avaliados, notamos que nas comunidades da Barrinha e Dona Marta, diferente do esperado, os meninos apresentam maior nível médio de ansiedade do que as meninas, porém ambos os sexos não apresentam sintomas consideráveis. Todavia, na comunidade da Rocinha, onde os níveis de ansiedade infantil foram os mais altos, é notável a diferença entre os valores masculinos e femininos, comprovando assim a maior tendência das mulheres em sofrer de transtornos de ansiedade.

Finalmente, com os resultados fornecidos pelo teste MASC, concluímos que as crianças que vivem na Rocinha têm maior predisposição a desenvolver transtornos de ansiedade, devido principalmente ao ambiente social violento em que vivem. As comunidades do Dona Marta e da Barrinha, que já foram ocupadas pela Polícia Militar do Rio de Janeiro, usufruem de maior segurança e tranquilidade para os moradores, e isto pode ter refletido nos menores índices de ansiedade apresentados.

A avaliação prévia da ansiedade torna-se de grande importância, uma vez que a identificação precoce dos sintomas pode prevenir sofrimentos através da intervenção clínica adequada.

Pesquisando dados sobre os atendimentos com crianças realizados no SPA da PUC -Rio no ano de 2008, foi verificado que dentre 110 sujeitos no total, 53 eram moradores da comunidade da Rocinha. Não foi possível determinar o tipo de

queixas apresentadas. Seria interessante que este dado pudesse ser obtido nos próximos atendimentos para que fossem comparados à prevalência de níveis de ansiedade encontrados no presente trabalho.

Os dados relevantes refletem que, de uma forma geral, deveria ser de interesse das políticas públicas estabelecerem parceria entre as Secretarias de Saúde e da Segurança, uma vez que o nível de ansiedade nas crianças que residem em comunidades onde há presença mais efetiva de segurança pública foi menor, demonstrando que altos níveis de violência podem predispor a maior prevalência de sintomas de ansiedade.

REFERÊNCIAS

Almeida Filho, N. (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *The British Journal of Psychiatry*. vol. 171(12, supl), pp 524-529.

Andrade, L. (1998). Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. vol. 25, pp 257-263.

Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J. Pediatr. (R J.)*. vol. 80 (2, supl).

Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. vol. 22 (2, supl), pp 20-23.

Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artes Médicas, Porto Alegre.

DSM-IV-TR™. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Manfro, G. & Asbahr, F. R. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Bras. Psiquiatria*; no. 1

March, J. S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children: Technical Manual*. MHS, New York

March, J. S. & Sullivan, K. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *J Anxiety Disorders*. Jul-Aug; vol. 13 (4, supl), pp 349-58.

Nunes, M. M. (2004). *Validade e confiabilidade da escala multidimensional de ansiedade para crianças (MASC)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ross, J. (1995). *Vencendo o medo: um livro para pessoas com distúrbios de ansiedade, pânico e fobias*. Ágora, São Paulo.

Vianna, R. (2008). *Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC- VB)* [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.