UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ÉRICA DA CRUZ SANTOS

**Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de
Ansiedade: sob o olhar materno**

**São Paulo
2021**

ÉRICA DA CRUZ SANTOS

**Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de
Ansiedade: sob o olhar materno**

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Neurociências e
Comportamento

São Paulo

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca
Biblioteca Dante Moreira Leite

Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade: sob o olhar materno / Érica da Cruz Santos; orientadora, Cristiana Castanho de Almeida Rocca : IPUSP, 2021.

94 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Neurociências e Comportamento, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SANTOS, Érica da Cruz

Título: Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade: sob o olhar materno

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais, Maria José e Guilhermino, base de família, amor e dedicação que ofereceram
para minha constituição como pessoa.

Ao meu esposo, André, pelo companheirismo e as doses de otimismo.

AGRADECIMENTOS

Ao longo desse projeto foram muitos que fizeram parte do meu caminho, contribuíram de maneira técnica e afetiva, agradeço a cada um.

A Deus, Aquele a quem eu acredito a minha existência e Quem me oferta a oportunidade de estar no mundo todos os dias.

Aos meus pais, Maria José e Guilhermino, que dedicaram a vida por meio de honestidade, persistência e amor aos meus cuidados, muitas vezes deixando de olhar para si mesmos, a fim de que eu pudesse ter o suficiente.

Ao meu esposo André, por sempre me apoiar, mesmo nos dias em que eu não estava animada; com sua voz tranquila e olhar direto, focava em resoluções e não no tamanho dos percalços.

A minha orientadora, Profa. Dra. Castanho de Almeida Rocca para muitos, e Cris, para mim. Agradeço a acolhida como colega de trabalho, nos meus primeiros passos dentro da Neuropsicologia; pela generosidade em compartilhar seu conhecimento comigo e estar ao meu lado afim de ouvir minhas ideias. Seus toques de dinamismo e paixão pela Neurociências, fizeram coexistir em mim o desejo de produzir!

Aos meus colegas de trabalho, Prof. Dr. Antônio de Pádua Serafim, diretor, professor e colega de profissão, aquele que nunca perde a capacidade de utilizar o humor e me fez olhar para o outro lado de cada situação difícil. A Prof. Ms. Fabiana Saffi, agradeço pela companhia, no trabalho e nas caronas, e a praticidade, ao me ajudar voltar ao centro, naqueles dias que esqueci para aonde eu estava indo.

A minha amiga e colega de profissão, Profa. Dra. Priscila Dib Gonçalves, agradeço pelo olhar técnico ao longo do caminho na tabulação de dados, incentivo nos dias nublados e almoços ao longo de 2020, nos quais foram possíveis rir, chorar e reorganizar.

A minha amiga e colega de profissão, Profa. Dra. Juliana Emy Yokomizo, pela parceria no início da jornada na Neuropsicologia, pela gentileza nas discussões de casos, acasos e pesquisa.

As minhas colegas do Programa de Neurociências e Comportamento, Carla Carletti e Patrícia Camargo, pela parceria nas aulas e conversas sobre nossos projetos, pessoas de áreas diferentes da minha e que com suas experiências, fizeram muito sentido para mim dentro da minha pesquisa.

Aos meus pacientes com quem aprendo a cada dia.

A minha psicóloga Claudia Brito, por me oferecer um espaço suficientemente bom.

Ao Dr. Fernando Asbahr, por permitir a pesquisa com os pacientes do ambulatório de psiquiatria (PROTAIA – IPq – HCFMUSP) e equipe, Dra. Marcia Morikawa, Dr. Julio e Ms. Camila Luisi, neuropsicóloga.

Às famílias do Grupo Escoteiro Jabuti, que permitiram que eu fizesse minha coleta do grupo controle e aos meus colegas de equipe que me apoiaram emocionalmente, Eliane Pontes, Cecília Fukushima, Danilo Henriques e Lucas Rocha.

Aos secretários Cyro e Wagner, do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia (IPq – HCFMUSP) pelo auxílio nesta pesquisa; Maria Umbelina, bibliotecária, pelos artigos e toda assistência na formatação; Edna Santos, secretária, por todos os agendamentos.

As minhas amigas, Carina Camargo, Ivaíla Vidotti e Daniele Alves, e aos meus sobrinhos do coração, Isis, Bento, Martim, Rael e Elis, por me alimentar com carinho nos dias de festa e de isolamento social, por chamadas de vídeo.

À Profa. Dra. Cynthia Bedeschi, pelas aulas maravilhosas e pela conduta em reunir profissionais de distintas áreas para discutir sobre Cognição e Reabilitação neuromotora de maneira tão harmoniosa.

A neuropsicóloga Débora Lima de Oliveira, pela assistência no banco de dados inicial.

A estatística Alia Guirado, pelas análises e reuniões nas quais conseguimos estabelecer conversas sobre minha pesquisa, independente da língua de origem e das nossas formações acadêmicas.

SANTOS, E.C. **Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade: sob o olhar materno**. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

RESUMO

A literatura sugere que as características de personalidade são formadas a partir de variáveis que se destacam ao longo do desenvolvimento da criança, podendo envolver temperamento, identidade, manifestações afetivas e formas de contato social. Este trabalho propôs comparar as características no desenvolvimento da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (TA) e um grupo controle, composto por crianças e adolescentes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico. A amostra foi compreendida por 92 sujeitos, sendo eles 47 do grupo clínico (GCLIN – 24 crianças e adolescentes, e 23 mães) e 45 do grupo controle (GCON - 24 crianças e adolescentes, e 21 mães), jovens com idade entre 8 a 17 anos e 11 meses. Para a caracterização dos sujeitos, os indivíduos passaram por investigação psiquiátrica (MASC-2; CBCL e SRQ-20), avaliação de nível intelectual das crianças e adolescentes (WASI) e quanto a personalidade (PIC-2 e EPQ-J). Foi realizada a análise dos aspectos de personalidade com as variáveis sociodemográficas, quais sejam: condições de saúde e nível socioeconômico das mães; sintomas de ansiedade da criança e quociente intelectual. Os resultados apontaram para características de personalidade das crianças e adolescentes do GCLIN, um perfil retraído e reservado, no qual desconfiam dos impulsos do momento e procuram ambientes mais calmos, com evitação das interações com pares. Enquanto os jovens do GCON mantiveram presença de sintomas internalizantes e externalizantes dentro da média, com perfil mais falante, sociáveis e disponibilidade para fazer amigos e manter relações sociais. Ademais, verificou-se que problemas psicoemocionais das mães geram impactos na percepção que elas possuem sobre seus filhos, quanto a ansiedade e características de ajustamento; a partir disso, pensou-se em processos interventivos com as mães do GCLIN.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade, Personalidade, Saúde Emocional, Experiência Familiar.

SANTOS, E.C. **Personality profile of children and adolescents diagnosed with Anxiety Disorder: under the maternal eye.** 95f. Thesis (Master) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

ABSTRACT

The literature suggests that personality characteristics are formed from variables that stand out throughout the child's development, which may involve temperament, identity, affective manifestations and forms of social contact. This work proposed to compare the personality development characteristics of children and adolescents diagnosed with Anxiety Disorder (ED) and a control group, composed of children and adolescents without any psychiatric diagnosis. The sample was comprised of 92 subjects, 47 from the clinical group (GCLIN - 24 children and adolescents, and 23 mothers) and 45 from the control group (GCON - 24 children and adolescents, and 21 mothers), young people aged 8 to 17 years and 11 months. For the characterization of the subjects, the individuals underwent psychiatric investigation, intellectual level assessment and regarding the personality, in which the mothers responded to the Personality Inventory for Children, second edition (PIC-2), which comprehensively contemplates the mapping of the children. dimensions of behavioral, emotional, cognitive and interpersonal adjustment. Personality aspects were analyzed using sociodemographic variables, namely: health conditions and socioeconomic status of the mothers; child anxiety symptoms and intellectual coefficient. The results pointed to personality characteristics of children and adolescents at GCLIN, a withdrawn and reserved profile, in which they are suspicious of the impulses of the moment and seek calmer environments, avoiding interactions with peers. While the GCLIN youngsters, they maintained the presence of internalizing and externalizing symptoms within the average, with a more talkative, sociable profile and availability to make friends and maintain social relationships. In addition, it was found that mothers' psycho-emotional problems have an impact on their perception of their children, regarding anxiety and adjustment characteristics.

Keywords: Anxiety Disorder, Personality, Emotional Health, Family Experience.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas sociodemográficas e clínicas, grupo clínico e grupo controle.....	41
Tabela 2 - Medidas do Personality Inventory for Children, Second Edition (PIC-2) do grupo clínico versus grupo controle, covariando efeito do QI.....	42
Tabela 3 - Relação entre nível socioeconômico, SRQ das mães do GCLIN, o QI e a avaliação de ansiedade dos filhos vista pelas mães, quanto ao impacto nas escalas de ajustamento da personalidade (PIC-2).....	46
Gráfico 1 – MASC-2 sob mãe com PIC-2	43
Gráfico 2 - SRQ-20 das mães com PIC-2.....	44
Gráfico 3 - Nível Socioeconômico com PIC-2.....	45
Gráfico 4 - QI das crianças e adolescentes com PIC-2.....	46
Gráfico 5 – Curva ROC	48

LISTA DE SIGLAS

EPQ-J	Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes
GCLIN	Grupo clínico
GCON	Grupo controle
MASC-2	Multidimensional Anxiety Scale for Children Second Edition
QI	Quociente Intelectual
PIC-2	Personality Inventory for Children, Second Edition
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire
TA	Transtorno de Ansiedade

SUMÁRIO

1	Introdução	13
1.1	Personalidade - definição e aspectos gerais:.....	13
1.1.1	A Teoria dos Cinco Fatores:	15
1.2	Desenvolvimento - da Terceira Infância à Adolescência:	19
1.2.1	Aspectos do desenvolvimento físico e cognitivo:.....	21
1.2.2	Aspectos psicossocial:	22
1.3	A Experiência Familiar:.....	24
1.3.1	A construção das relações familiares:.....	25
1.4	Transtorno de Ansiedade:.....	26
2	Objetivos:	30
2.1	Justificativa para o estudo.....	30
2.2	Objetivo principal	30
2.3	Objetivos específicos	30
2.4	Hipóteses	30
3	Método.....	32
3.1	Tipo de estudo:	32
3.2	Casuística:.....	32
3.2.1	Grupo clínico (GCLIN)	32
3.2.2	Grupo controle (GCON)	33
3.3	Cálculo do tamanho amostral	34
3.4	Seleção da amostra	34
3.5	Coleta de Dados	34
4	Instrumentos	36
4.1	Instrumentos de Investigação Psiquiátrica:	36
4.2	Avaliação de nível intelectual:	37
4.3	Instrumento de Investigação de Personalidade:.....	37
5	Resultados.....	39
5.1	Análise dos dados:	39
5.2	Características Sociodemográficas:.....	39
5.3	Covariação de indicadores:.....	42
5.4	Análise Discriminante	47
6	Discussão.....	49
7	Considerações finais	56
7.1	Perspectivas Futuras	57
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
	ANEXOS.....	68

**“Ao olhar sou visto, então existo.
Agora tenho como olhar e ver.
Agora olho com criatividade, e o que apercebo também percebo”.**

Donald Winnicott

1 Introdução

Craske et al. (2009) definiram ansiedade como sendo “um estado de humor orientado para o futuro associado à preparação para possíveis eventos negativos futuros.” Sabe-se que a ansiedade é um dos problemas psicológicos mais comuns entre as pessoas de todas as idades, afetando a saúde física e mental das pessoas. Na sociedade moderna, uma grande quantidade de pessoas está experimentando diferentes níveis de ansiedade, inclusive considerando a pandemia que ocorreu no final de 2019 e continuou em 2021 (Barros et al., 2020). Existem diversos fatores que podem influenciar o nível de ansiedade das pessoas, como ambiente, trabalho e tarefas e relacionamento com outras pessoas, etc. Além de razões externas, traços internos também podem levar à diferença nas pessoas no nível de ansiedade. Um dos traços mais importantes é a personalidade.

No presente trabalho objetiva-se comparar as características no desenvolvimento da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade, e para isso serão discutidas características clínicas e diagnósticas destes transtornos; as características emocionais de crianças e adolescentes; a diferença entre ansiedade “normal x patológica”, bem como estabelecer correlações entre estes aspectos e variáveis clínicas.

1.1 Personalidade - definição e aspectos gerais:

Várias teorias foram desenvolvidas ao longo da história a fim de entender o modo de ser e agir dos indivíduos, sendo propostas descrições e organizações de traços e de características socioemocionais dos indivíduos.

O termo personalidade é usado para descrever padrões de comportamento e atitudes que são particulares de um determinado indivíduo, de forma que os traços de personalidade se distinguem de um indivíduo para outro, mesmo que, todavia, haja processos relativamente estáveis durante a vida do indivíduo, entendidos como fazendo parte da estrutura da personalidade; e outros mais dinâmicos, os quais se referem a mudanças existenciais (Dalgarrondo, 2008; Rebollo e Harris, 2006).

Mira y López (1943) relacionam a personalidade a três aspectos: constituição corporal, temperamento e caráter. O primeiro relaciona-se com características físicas, delineamento que envolve gestos, voz e estilo de movimentos, e estes estão sob a ação de experiências que o

indivíduo pode ser submetido ao longo da vida. O segundo é marcado por fatores genéticos, combinados também, por aspectos inatos e aprendidos na interação social, na família e na sociedade de modo geral. O terceiro envolve um conjunto de reações apresentadas pelo indivíduo, envolvidas por expectativas e exigências, conscientes ou inconscientes criadas por cada um.

De acordo com Kernberg (2003), existem seis variáveis que irão compor a personalidade, podendo-se destacar:

1. Temperamento: entende-se que são os comportamentos que surgem no princípio da vida e tem suas origens em aspectos biológicos e genéticos, mas também, sofrem a interferência dos aspectos emocionais, observados no posicionamento nas interações sociais.
2. Identidade: processo pelo qual o adolescente condensa e guarda identificações e introjeções de maneira integrada.
3. Gênero: corresponde à construção e organização do comportamento de acordo com as características com que as crianças se identificam.
4. Transtornos neuropsicológicos do desenvolvimento: as dificuldades temperamentais correlacionadas com disfunções cerebrais.
5. Mecanismo de defesa: funções elaboradas pela mente para justificar comportamentos defensivos, por exemplo, como comportamentos de esQUIVA.
6. Afeto: maneiras com que o indivíduo pode se expressar e verbalizar sobre a relação que estabelece com o outro, podendo ser adequada, limitada e até mesmo, primitiva.

A união destes componentes irá compor a personalidade do indivíduo, contudo, deve-se considerar as interações estabelecidas entre estes aspectos e as possíveis variáveis que podem surgir ao longo da vida de cada um deles, para desta forma, as crianças e adolescentes constituírem sua personalidade.

Tendo isto em vista, ao longo da história da medicina e da psicologia foram desenvolvidas concepções que procuram explicar diferentes tipos de personalidade. Um dos primeiros seria Freud¹ (Freud [1905] 1958 apud Dalgalarrodo, 2008), que propunha a constituição da

¹ FREUD, S. [1905]. Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt:Fischer, 1958.

personalidade relacionada a estrutura do desejo inconsciente do indivíduo e as formas que o “Eu” reage diante dos conflitos e as frustrações.

Já o modelo proposto por Eysenck (Eysenck e Eysenck, 1985) desenvolve uma teoria da personalidade por meio de uma perspectiva que envolve aspectos genéticos e comportamentais, levando assim 3 dimensões em consideração, sendo elas (1) o ‘neuroticismo’, que incluiria traços ansiosos e de tensão -, (2) ‘extroversão/introversão’, o qual aponta para atividade e interação com o outro -, (3) ‘psicoticismo’, que faz referência a expressão cindida com a realidade.

Outro modelo descrito é o de Cloninger (1994), o qual também identificou 3 dimensões para personalidade e abrangia fundamentos neuroestruturais, neuroquímicos e genéticos, sendo eles:

- 1) Procura por novidade: característica presente em pessoas que buscam pelo novo, pela recompensa imediata e pelo alívio da monotomia, havendo correlação com a ativação do sistema dopaminérgico de recompensa. Estes sujeitos tendem a intolerância, risco para abuso e dependência de substâncias.
- 2) Evitação de danos: característica presente em pessoas com inclinação para responder com intensidade a estímulos aversivos, assim apresentam-se temerosos no ambiente e nas relações, evitam danos e buscam ambientes previsíveis. Nestes casos a ativação serotoninérgica seria preponderante.
- 3) Dependência de recompensa: característica presente em sujeitos com extrema dependência emocional e sensibilidade diante da pressão social e da possível rejeição. Esta forma de agir no ambiente estaria relacionada com envolvimento de vias noradrenérgicas.

A teoria dos Cinco Grandes Fatores oferece um modelo para avaliação de personalidade que tem ocupado um lugar de destaque na literatura científica e por ser de relevância neste trabalho, será descrita com maior detalhamento.

1.1.1 A Teoria dos Cinco Fatores:

Diante dos modelos apresentados sobre personalidade, será exibido o modelo fatorial, o qual é baseado nos cinco fatores, denominado como: Teoria dos Cinco Fatores. A importância desse modelo se embasa principalmente no fato de, segundo os autores, ter sido aplicado em

distintas amostras, culturas e por meio de diversas fontes de informação tendo sido confirmada sua adequação nos diferentes usos.

O modelo que surgiu com McDougall na década de 30 e inspirou pesquisas subsequentes sobre o modelo, como os estudos de Fiske (1949) e Borgatta (1964). Os traços de personalidade podem ser usados para sintetizar, prever e esclarecer a conduta de um indivíduo, desta maneira indicar que a explicação para determinado comportamento da pessoa será encontrada nela, e não na situação, sugestionando, assim, algum tipo de processo ou funcionamento interno que motive o comportamento.

Costa e McCrae (1988), por exemplo, afirmaram que os traços podem sofrer interferência de aspectos motivacionais, afetivos, comportamentais e atitudinais.

No Brasil, os cinco fatores básicos desse modelo têm sido chamados de Extroversão, Neuroticismo, Socialização, Realização e Abertura à experiência. Nunes et. al, (2009) definiram como sendo:

- a) Extroversão - quantidade e intensidade das interações interpessoais preferidas, nível de atividade, necessidade de estimulação e interações entusiasmadas.
- b) Neuroticismo e c) Abertura - ajustamento emocional, instabilidade, presença de comportamentos exploratórios e reconhecimento da importância de ter novas experiências.
- d) Socialização - dimensão interpessoal que se refere aos tipos de interações que uma pessoa apresenta.
- e) Realização - grau de organização, persistência, controle e motivação para alcançar objetivos.

QUADRO – Cinco fatores da teoria do Big Five

Neuroticismo	<p>Refere-se a instabilidade emocional. Pontuações altas nessa escala referem-se a pessoas que tendem para características: ansiosas, inibidas, melancólicas e dotadas de baixa autoestima.</p> <p>No outro limiar da escala, indivíduos com baixo neuroticismo, as quais são mais difíceis de serem perturbados e são menos reativos emocionalmente. São pessoas que inclinam-se a ser calmos, emocionalmente estáveis e livres de sentimentos negativos persistentes.</p>
Extroversão	<p>Mede a sensação de bem-estar, o nível de energia e a habilidade nas relações interpessoais. Pontuações elevadas expressam afabilidade, sociabilidade e capacidade de se impor. Enquanto as baixas indicam introversão, reserva e submissão.</p> <p>Os introvertidos tendem a parecer calmos, ponderados e menos envolvidos com ambientes sociais, ressalva quanto a baixa interação não deve ser interpretada como timidez ou depressão. Os introvertidos necessitam de menos estimulação e de mais tempo sozinhos do que os extrovertidos. Eles podem ser ativos, mas não socialmente.</p>
Abertura a novas experiências	<p>Indivíduos com pontuações elevadas apreciam novidades e tendem a ser criativos. Na outra ponta da escala, caracterizam-se os convencionais e ordeiros, os que preferem rotina e têm senso afiado de certo e errado. Os indivíduos com baixo grau de abertura tendem a ter interesses mais convencionais e tradicionais. Eles optam o simples, claro e óbvio ao complexo, ambíguo e sutil; podendo ver as artes e as ciências com suspeita ou achá-las desinteressantes.</p>
Simpatia	<p>Reporta-se ao modo como nos relacionamos com os outros. Taxas elevadas indicam uma pessoa compassiva, amistosa e calorosa. Enquanto os de lado opostos estão os retraídos, críticos e egocêntricos.</p> <p>Indivíduos “não-simpáticos” põem o interesse próprio acima da boa relação com os outros. Eles comumente não se preocupam com o bem-estar dos outros, e por vezes, o ceticismo acerca dos motivos dos outros os tornam desconfiados e pouco cooperativos.</p>
Conscienciosidade	<p>Analisa o grau de concentração. Os indivíduos com altas pontuações apresentam grande motivação, são disciplinados, comprometidos e confiáveis. Contudo, os que apresentam resultados baixos são indisciplinados e se distraem facilmente.</p>

Fonte: adaptado Silva e Nakano (2011).

Tratando-se da ansiedade, estudos em população adulta têm mostrado que o traço conscienciosidade, o qual faz referências a características pessoais de ser alguém cuidadoso e íntegro, está possivelmente relacionado ao nível de ansiedade; enquanto o traço extroversão aparece rebaixado em pessoas mais ansiosas. Além disto, há estudos que também associam o traço neuroticismo aos transtornos de ansiedade e depressão, sendo que na depressão e na

ansiedade social o traço extroversão não seria o mais evidente, caracterizando assim indivíduos mais introvertidos (Clark, 1994; Kotov et al., 2007; 2010).

Um estudo conduzido por Vreeke e Muris (2012) examinou as relações entre a inibição comportamental, os cinco grandes traços de personalidade e os sintomas de transtorno de ansiedade em crianças não clínicas (n = 147) e crianças clinicamente ansiosas (n = 45) com idades entre 6–13 anos. Os pais preencheram os seguintes instrumentos: Behavioral Inhibition Questionnaire-Short Form, o Big Five Questionnaire for Children, e o Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised. Os resultados indicaram que, em comparação com os pais de crianças não clínicas, os pais de crianças clinicamente ansiosas classificaram seus filhos com níveis mais altos de neuroticismo e inibição comportamental, mas mais baixos em extroversão, consciência e intelecto / abertura. Ademais, a baixa extroversão surgiu como o correlato significativo de um temperamento inibido, e isso apresenta-se efetivo tanto para as crianças clinicamente ansiosas quanto para as não clínicas. Em ambas as amostras, níveis mais elevados de inibição comportamental e neuroticismo foram preditores únicos e significativos dos sintomas de transtornos de ansiedade.

O modelo dos cinco fatores é também utilizado em estudos com crianças e adolescentes, mas em sua forma abreviada, na qual se considera os fatores: Extroversão, Neuroticismo, Psicoticismo e Sinceridade (Eysenck, 2013).

Em um estudo sobre características de personalidade em crianças e adolescentes, 93 adolescentes de 14 a 16 anos que tiveram experiência com bullying e eram provenientes de três centros de ensino localizados na província de Sevilha (Espanha) foram avaliados pelo Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes (EPQ-J), sendo verificado que os agressores foram em sua maioria do sexo masculino com pontuação elevada em neuroticismo e comportamento antissocial, com tendência à dissimulação social, enquanto que as vítimas tinham menor pontuação em neuroticismo (Pabón-Carrasco et. al, 2020).

Nos estudos realizados no Brasil, foram encontradas investigações com crianças e adolescentes vítimas de algum tipo de violência ou abuso. Dentre eles, Pinto Junior (2019), mapeou os traços de personalidade (Psicoticismo, Neuroticismo e Extroversão) em 200 adolescentes brasileiros vítimas de abuso intrafamiliar (física e/ou sexual), de ambos os sexos na faixa etária entre 12 a 16 anos, divididos em três grupos: a) 50 adolescentes infratores, b) 50 adolescentes vítimas de abuso intrafamiliar físico e/ou sexual, c) 100 adolescentes sem

suspeitas de sofrerem violência doméstica ou terem praticado ato infracional. Os resultados indicaram, principalmente nos grupos clínicos, tendência a reagir de forma desajustada, impulsiva e agressiva. Além de serem ainda introvertidos e não sociáveis, com tendência a hipersensibilidade emocional, excitabilidade e traços de ansiedade, que podem desencadear transtornos de humor, principalmente a depressão.

Outro instrumento utilizado em crianças de 5 a 10 anos é a Escala de Traços de Personalidade para crianças (ETPC). Um estudo usou esta escala para avaliar a relação entre os traços de personalidade e os níveis de estresse em crianças. As dimensões de estresse referem-se aos níveis de resistência ao estresse, alerta, quase exaustão e exaustão e os tipos de reação ao estresse em relação ao componente psicológico, psicológico com depressão, tipos psicofisiológicos e físicos. A amostra foi composta por 50 crianças de ambos os sexos; estudantes da primeira a quarta série de uma escola pública de ensino fundamental. Os dados mostraram correlações moderadas e positivas entre os traços de neuroticismo e níveis de estresse, sendo evidenciados principalmente em reações psicológicas. Por outro lado, os traços psicoticismo, extroversão e sociabilidade não apresentaram correlações significativas com os níveis de estresse da amostra (Bedin et. al, 2015).

Para o presente estudo a escala escolhida para a auto avaliação das crianças e adolescentes foi o EPQ-J, por ser um questionário que compreende a idade amostral e investiga três grandes dimensões (Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo), relacionadas a Teoria dos Cinco Fatores. Não foram encontrados estudos com crianças ou adolescentes com transtorno de ansiedade.

1.2 Desenvolvimento - da Terceira Infância à Adolescência:

Ao longo dos séculos, antes mesmo de pesquisadores iniciarem a utilização de métodos científicos para estudar mudanças relacionadas à idade, os filósofos propuseram explicações do desenvolvimento baseadas em observações da vida diária. Essas questões acerca do desenvolvimento humano procuram discutir variáveis internas e externas que influenciam neste processo, como maturação, momento da experiência, tendências inatas e restrições, genética do comportamento e interação gene-ambiente, aspectos estes que serão discutidos sequencialmente.

O desenvolvimentista Arnold Gesell (1880-1961) usou o termo **maturação** para descrever padrões de mudança sequencial geneticamente programados, e esse termo ainda é usado hoje

uniformemente como por Gesell; Thelen e Adolph (Bee e Boyd, 2011). O padrão maturacional envolve três qualidades: (1) universal, aparece habitualmente em todas as crianças por meio de fronteiras culturais; (2) sequencial, abarca algum padrão de habilidade ou características em ampliação e (3) relativamente impermeável à influência ambiental. Em suma, essa variável tende a ocorrer independente de prática ou treinamento, salvo apenas a condições extremas, como subnutrição grave.

No que se trata **do momento da experiência**, os autores destacam sobre períodos sensíveis e períodos críticos genuínos, fazendo uma diferenciação entre os dois. O período sensível é o momento em que uma experiência em particular pode ser melhor incorporada ao processo maturacional, enquanto um período crítico é aquele em que se espera que uma experiência aconteça ou, ao contrário disto, um determinado marco do desenvolvimento nunca ocorrerá, como por exemplo: a interação social é uma competência socioemocional sensível para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Uma criança que é isolada de outros seres humanos por sintomas ansiosos, como medo excessivo, durante esses anos não desenvolverá relacionamentos sociais normalmente, mas desenvolverá alguma função de socialização uma vez que os sintomas possam ser tratados.

Outro tipo de influência interna é descrita pelos conceitos de “**tendências inatas**” ou “**restrições**” no desenvolvimento. Teóricos não preconizam que os padrões de resposta absorvidos por estas tendências fixem até o final da história do indivíduo; a priori, eles os veem como o ponto de partida. O desenvolvimento é o resultado da experiência selecionada através dessas tendências iniciais, contudo aquelas tendências reduzem as oportunidades de vias evolutivas possíveis (Campbell e Bickhard, 1992; Cole, 2005).

O conceito de maturação e a ideia de tendências inatas procuram explicar padrões e sequências do desenvolvimento que são similares para todas as crianças. Concomitantemente, o ambiente contribui para variações de um indivíduo para outro. Dentre uma das principais contribuições que podemos encontrar está a **genética do comportamento**. Para exemplificá-la, Bee e Boyd (2011) destacaram duas técnicas de pesquisa principais – o estudo de gêmeos idênticos e fraternos separados ao nascimento e o estudo de crianças adotadas. Sendo que no primeiro caso, são observadas características ao longo do desenvolvimento em ambientes diferentes; e no caso de crianças adotadas, comparar o grau de semelhança entre a criança adotada e seus pais biológicos (com os quais ela compartilha genes, mas não ambiente) ao grau de semelhança entre a criança adotada e seus pais adotivos (com os quais ela compartilha

ambiente, mas não genes). Os resultados encontrados por geneticistas do comportamento demonstraram que a hereditariedade afeta uma variedade eminentemente ampla de comportamentos (Posthuma, De Geus e Boomsma, 2003); que incluem funcionamento intelectual, social e emocional.

A herança genética de uma criança também pode afetar seu ambiente, um fenômeno que poderia ocorrer por meio de qualquer um ou de ambos os caminhos. No primeiro, a criança herda os genes de seus pais, que criam o ambiente no qual ela está crescendo; todavia, uma herança genética pode antecipar alguma coisa sobre seu ambiente. Na pesquisa realizada por Caspi e Moffitt (2006), foi possível observar que quando as mães apresentavam maior índice de sintomas psicoemocionais, as crianças herdavam uma tendência de características psicoemocionais semelhantes. O padrão único de qualidades herdadas de cada criança afetaria a forma como ela se comportaria com outras pessoas, em virtude disso, afetaria ainda a forma como adultos e os pares responderiam a elas. Foi possível perceber diante das escalas respondidas pelas crianças e adolescentes que as interpretações de suas experiências eram afetadas por todas as suas tendências herdadas, incluindo temperamento ou patologia, como estavam também relacionadas a disfunção familiar e preocupações somáticas.

Desta forma, fica claro que o desenvolvimento ao longo da vida depende de uma variedade de aspectos, os quais vão desde a genética, perpassam a condição ambiental e culminam com a formação dos aspectos cognitivos, emocionais e psicossociais, que modulam o comportamento de forma global. Todos estes fatores são determinantes para a saúde mental.

1.2.1 Aspectos do desenvolvimento físico e cognitivo:

O desenvolvimento cognitivo pode ser mensurado por meio de testes de quociente intelectual (QI) e são prognosticadores significativos de desempenho escolar e anos de educação. Entretanto, variáveis relacionadas à condição emocional podem interferir no funcionamento intelectual, levando a discrepâncias entre o potencial cognitivo e a eficiência na vida prática.

Segundo Bee e Boyd (2011), crianças de famílias de classe média tendem a ter mais oportunidades de acesso a materiais de jogo adequados e são encorajadas quanto ao desenvolvimento intelectual, obtendo escores mais altos em testes de QI. Crianças de famílias grandes podem estar sujeitas a uma diluição de recursos familiares que produz escores de QI sucessivamente mais baixos em cada filho. Assim como, a influência ambiental é

demonstrada por aumentos em testes de desempenho ou no sucesso escolar entre crianças que estiveram em programas enriquecidos de pré-escola ou creche. As crianças que participam desses programas também têm menos probabilidade de necessitar de serviços de educação especial e mais probabilidade de se formar no ensino médio. No entanto, além de discussões a respeito das diferenças de classe econômica e social, pesquisas têm apontado o impacto do estado de saúde mental das mães no desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças. Soma-se a isso, fatores relacionados com baixa educação materna, ou de ambos os pais, comportamento antissocial, tabagismo, sofrimento psicológico, depressão grave ou problemas com álcool e uso indevido de substâncias, traços de personalidade antissocial ou envolvimento em atividades criminosas, conflito conjugal, ruptura ou violência no meio familiar. Todos estes aspectos podem impactar no desenvolvimento cognitivo e emocional trazendo problemas na vida acadêmica e social (Plant et al., 2013; Wu et al., 2019; Schiavo e Perosa, 2020).

Considerando que a influência ambiental é um fator que impacta o desenvolvimento cognitivo e emocional, é importante que se entenda o que teorias a este respeito preconizam como sendo um ambiente ou experiência favorável em termos relacionais.

1.2.2 Aspectos psicossociais:

Dentre os aspectos psicossociais de relevante importância está o desenvolvimento das habilidades sociais. O entendimento da criança e do adolescente sobre si mesmo e dos outros, dos relacionamentos sociais, reflete ou é baseado em seu nível global de desenvolvimento cognitivo, tal como seu nível de habilidades de tomada de decisão (Rubin et al., 2005; Selman (1981)² apud Papalia, 2009).

Partindo desse pressuposto a cognição social das crianças poderá desenvolver-se em algumas direções (Bee e Boyd, 2000):

- a. De características externas para internas. Crianças menores prestam atenção à superfície das coisas, observam como elas se parecem; enquanto que crianças mais velhas procuram princípios e causas (pensamento concreto x abstrato).
- b. De observação para inferência. Crianças menores inicialmente baseiam suas conclusões apenas no que elas podem ver e sentir. Quando crescem, fazem inferências sobre o que deveria ser ou o que poderia ser (sensorial x hipotético).

² SELMAN, R. L. The development of interpersonal competence: The role of understanding in conduct. *Developmental Review*, v. 1, n. 4, p. 401–422, 1981.

c. De definitivo para qualificado. As “regras” das crianças pequenas são muito definitivas e fixas (tal como regras de papel sexual). Na adolescência, as regras começam a ser qualificadas (combinados e diálogo).

d. De visão do observador para visão geral. Com o tempo, as crianças se tornam menos egocêntricas – menos ligadas a suas visões individuais, mais capazes de construir um modelo de alguma experiência ou algum processo que seja verdadeiro para todos (empatia, controle emocional).

Com base nestes possíveis direcionamentos, é possível considerar que as crianças que quando são ainda pequenas e temperamentalmente inibidas, mas que formaram um apego seguro com suas mães, conseguem observar as inferências externas e internalizam as regras e combinados, tendendo a apresentar pouco ou nenhum sinal de temor em um ambiente novo.

Um dos estudos realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e publicado em 2015, aponta que uma criança que frequenta nos Estados Unidos a pré-escola com ensino das CSE com ênfase no autocontrole tem 12% menos risco de sofrer bullying até o final do Ensino Fundamental. O relatório ressalva que diferentes contextos socioeconômicos podem afetar a comparação de análises. Associando ainda mais à vida escolar, o relatório do Pisa 2015 recomenda que autoconfiança e motivação levam a um melhor domínio da língua materna.

Em Ferraz et al (2017), verificou-se a interação de múltiplos fatores de risco em jovens brasileiros de 7 a 14 anos, dentre eles, pobreza, doença psiquiátrica materna e violência familiar, dando ênfase à fatores de risco familiares, como estresse nos pais, má disciplina familiar, uso de castigo físico, desarmonia parental e violência conjugal.

Ao que se trata do desenvolvimento psicossocial, esta é a fase na qual o indivíduo busca por sua identidade em grupos, em geral formados pelos colegas da escola. Os amigos passam a exercer influência que pode ser positiva ou negativa. A compreensão das crianças torna-se mais complexa, tendo em conta até mesmo a estabelecer referência de autoestima. Somado a isso, o controle dos próprios atos e das atividades, passa a não ser mais responsabilidade exclusiva dos pais e são propagados, também para as crianças. Os colegas assumem grande importância nesta fase havendo uma valorização das relações afetivas. Somado a isso,

Erikson³ (1982, apud Papalia et al, 2009) destaca nos adolescentes a preocupação com aparência, humor instável e reatividade mais aparente frente às situações.

1.3 A Experiência Familiar:

No percurso do desenvolvimento humano, é esperado logo após o nascimento de um bebê que a mãe permaneça voltada às necessidades dele e ela possa representar para ele uma parte do próprio bebê. Essa experiência que envolve intimidade e sentimentos de afeição, entre outros, é chamada de preocupação materna.

A **função materna**, segundo conceito desenvolvido por Winnicott (1956), desempenha algumas tarefas consideradas naturais como identificação mãe e bebê; o toque pelo qual a criança vivencia o ambiente por meio da experiência de ser e a capacidade de se relacionar com os objetos no ambiente no qual está inserido através do olhar e do contato com o outro.

Para Winnicott (1945), a mãe pode exercer um elemento feminino ou masculino na relação com o filho; o primeiro refere-se à mãe que exhibe sintonia e conexão com o bebê, já no segundo, a mãe ocupa um papel de executora de tarefas apenas, aquela que cumpre com as obrigações.

Para que o amadurecimento possa acontecer é necessário a inserção de um terceiro nesta relação: o pai, que assume a função de ambiente por meio de uma intervenção concreta, de manutenção e proteção na relação mãe/bebê. Ele também propicia a interferência na preocupação materna e este pai que oferecia suporte para a relação mãe e bebê, começa a mover-se no sentido de promover uma separação saudável entre eles.

Outro movimento promovido pela **função paterna**, salientado por Winnicott (1962), é a atuação ativa do pai na vida da criança, a fim de contribuir no processo de desenvolvimento. A intervenção paterna atua como lei na relação, uma combinação que mistura as qualidades maternas, com a inserção das normas e regulamentos, permissões e proibições.

Todavia, há discussões sobre a influência dos estilos parentais na relação com a criança quando há um superenvolvimento do controle materno, o qual pode decorrer da ansiedade da mãe, gerando também ansiedade na criança (Lazarus et al., 2016).

Kerns et al. (2017), destacam em estudo, que baixos níveis de concessão de autonomia dos pais e excessivo envolvimento dos pais e responsáveis, podem fazer com que a criança se

³ ERIKSON, E. H.. The life cycle completed. New York: Norton, 1982.

sinta incapaz de navegar de forma independente em tarefas adequadas à idade. Isto sugere que altos níveis de controle parental podem contribuir para o desenvolvimento e / ou manutenção da ansiedade infantil ao longo do tempo por meio do apoio parental de um estilo cognitivo ansioso e do reforço parental da evitação comportamental da criança. Além disso, o estudo capturou que as descobertas sugerem que o uso não qualificado de estratégias de regulação emocional por mães ansiosas pode ser um alvo digno de intervenções.

1.3.1 A construção das relações familiares:

As primeiras figuras que compõem o domínio social de uma criança são mãe e pai. Estes são responsáveis por proporcionar um ambiente adequado para que os processos de maturação possam ocorrer, como descrito no subitem anterior. Entretanto, Winnicott (1962) discorre sobre as condições desfavoráveis que podem propiciar falhas na integração do indivíduo, como falta de experiências com sustentação ambiental, que são aquelas nas quais o bebê ora tem suas necessidades atendidas ora vivencia experiências de desilusão; tendência à despersonalização, processo no qual o indivíduo não desenvolve a capacidade de unir ego e corpo; dificuldade nas relações objetais, quando o ambiente não possibilita a apresentação de um objeto, o indivíduo passa a fixar-se na relação de dependência com a mãe e apresenta pouca confiança em experimentar o ambiente e se adaptar gradativamente a ele.

Nos casos de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos, pode-se considerar que, além dos fatores de predisposição hereditária e genética, houve falha na sustentação ambiental. Os sinais de alerta quanto a alterações no desenvolvimento surgem quando o comportamento fica discrepante do que seria esperado para aquela faixa etária, seja quanto às características cognitivas ou emocionais. À medida que a criança começa a apresentar discrepâncias, os pais podem agir, como procurar profissionais para obter orientação, quanto ao estilo de educação adotado.

O ambiente familiar pode contribuir de maneira positiva e negativa nos processos de desenvolvimento, um destaque observado na literatura foi o conceito de “acomodação parental” relacionado a angústia de crianças e adolescentes ansiosos. Esta acomodação dos pais refere-se ao envolvimento dos cuidadores em facilitar que a criança e o adolescente

evitem estímulos provocadores de ansiedade ou em aliviar o sofrimento causado pela ansiedade (Lebowitz et al., 2013).

Em Benito et al. (2015), formas frequentes de acomodação parental, inclui fornecer segurança, permitir que a criança pule atividades quando estiver angustiada, e modifique as rotinas familiares quando necessário, aderindo às regras atribuídas pela criança sobre estímulos que provocam ansiedade. Além disso, a acomodação materna foi considerada parcialmente responsável pela relação entre ansiedade materna e infantil (Jones et al., 2015), fornecendo evidências preliminares de que a acomodação dos pais pode desempenhar um papel na transmissão intergeracional da ansiedade.

O'Connor et al (2020) identificaram que a acomodação dos pais não estava relacionada com sofrimento parental ou regulação emocional. Pais que viram seu filho como sendo mais sintomáticos, como por exemplo, muito ansiosos, com predominância de sintomas externalizantes e mais intolerantes com as incertezas, eram mais propensos a se envolver em acomodação, ou seja, eles tendiam a facilitar que a criança evitasse as situações que provocavam ansiedade.

Desta forma, conclui-se que as percepções dos pais sobre a sintomatologia infantil seriam um fator importante significativamente relacionado ao estabelecimento de um processo de acomodação comportamental e este achado é essencial para se programar intervenções que possam instrumentalizar os pais no manejo de crianças e adolescentes com dificuldades de regulação emocional.

1.4 Transtorno de Ansiedade:

As crianças e os adolescentes podem organizar as etapas de seus desenvolvimentos dentro do esperado, sendo considerado o chamado normal, ou não, que é denominado de patológico.

A Ansiedade normal é aquela que desperta sensação desconfortável sentida antecipadamente a um evento indesejável (Barria et al, 2010). É possível considerar que os medos são demonstrações agudas da ansiedade e podem estar relacionados com a presença de um objeto, pessoas ou situação para despertar o desconforto em alguém.

A ansiedade pode se apresentar em manifestações distintas de acordo com a idade, Carr⁴ (1999 apud Barria et al, 2010), pensando na amostra escolhida para a presente pesquisa pode-se destacar:

- a) Primário 8 a 11 anos – as fontes de medo são as más performances acadêmicas ou atléticas e os principais sintomas correspondem a ansiedade antes das provas e recusa escolar.
- b) Adolescência 12 a 18 anos – a fonte de medo é a exclusão dos colegas e os sintomas diante da recusa escolar são agorafobia e crises de pânico.

O que diferencia a ansiedade e medo como sendo patológicos, em todas as faixas etárias, envolve fatores como: função da intensidade, tempo de permanência, grau de inabilidade social e prejuízo funcional. Ademais, destaca-se que a ansiedade normal também dependerá de características individuais da criança e do adolescente, assim como a forma como eles vivenciarão experiências novas ao longo da vida, podendo ser vistas como uma boa novidade ou ameaçadoras.

Os transtornos de ansiedade compreendem sensações que envolvem medo e ansiedade, sendo o primeiro uma resposta emocional a uma ameaça identificada, já a ansiedade é uma antecipação de ameaça. Vale a pena ressaltar que as respostas ao medo podem ser de diversas maneiras, dentre estas estão os ataques de pânico.

Dentro dos TA pode-se destacar diferentes critérios diagnósticos que os categorizam, quais sejam:

⁴ CARR, A. The Handbook of Child and Adolescent Psychology – A Contextual Approach. London: Burnner-Routledge, 1999.

Transtorno de Ansiedade	
Ansiedade de Separação	Indivíduo apreensivo pela possibilidade de separação das figuras de apego e pode apresentar pesadelos e sintomas físicos de sofrimento.
Mutismo Seletivo	Insucesso para falar em situações sociais que geram expectativa sobre o indivíduo, provocando interferências significativas nos meios.
Fobia Específica	Indivíduo demonstra apreensão diante determinados objetos ou situações.
Ansiedade Social (Fobia Social)	As situações e interações sociais são temidas pelo sujeito ao que se refere na possibilidade dele ser avaliado.
Transtorno de Pânico	Ataques repentinos e recorrentes, assim o indivíduo torna-se perseverante com a possibilidade de sofrer novos ataques.
Agorafobia	Os indivíduos expressam-se ansiosos diante de situações: estar em lugares abertos ou fechados; transporte público; exposto em uma multidão.
Ansiedade Generalizada	Inquietação persiste e excessiva quanto a várias competências: desempenho escolar e no trabalho; os sintomas físicos podem englobar inquietação, tensão muscular e conturbação do sono.

Fonte: APA (2014).

Como características clínicas, é possível observar nas crianças e adolescentes com TA Generalizada, o comportamento regredido, manipulador ou mesmo, ritualizado; assim como a presença de queixas somáticas. Podem ainda estar relacionadas à ansiedade, alterações de humor e sensação de desconforto mental, que não estabelecem relação direta com um objeto, pessoas ou situação (Barria et al., 2010).

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), 2012, as crianças e adolescentes representam respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial. Sendo a taxa de prevalência mundial de transtornos mentais em crianças e adolescentes população foi de 15,8% e no Brasil, estudos registraram taxas de prevalência de 7 a 12,7%.

Os transtornos de ansiedade ocupam entre as doenças psiquiátricas mais comuns, com prevalência de 10 a 30% e maiores índices em meninas (Polanczyk e Lamberte, 2012).

Asbahr (2004) destacou como fatores epidemiológicos associados aos transtornos de ansiedade, possíveis aspectos genéticos como alterações nos genes receptores de serotonina; traços de temperamento; alterações na atividade do hipocampo; atividade reduzida nas regiões corticais e do córtex pré frontal; alterações no lobo temporal medial (disfunções no hipocampo e amígdala). No que se trata do curso do transtorno de ansiedade, descreve-se que o TA de Separação é mais comum que o Generalizada em crianças menores (6-8 anos), à medida que, em adolescentes a prevalência seja inversa. Ademais, os transtornos podem estender-se ao longo da vida, como destacado TAS na infância ser visto como quadro de Transtorno do Pânico e agorafobia quando adulto.

Os adolescentes com Fobias Específicas têm risco aumentado para as mesmas na vida adulta, ou ainda, podem desenvolver Fobia Social. Da mesma maneira que, adolescentes com TAG ou TP podem apresentar maiores chances de continuarem com esses transtornos, ou ainda ter a combinação deles na vida adulta.

O tratamento para os Transtornos de Ansiedade envolve uma tríade importante: (1) psicoeducacional, instrumentalizar família e paciente com informações a respeito da doença, dos aspectos neurobiológicos e psicológicos; (2) reestruturação cognitiva e intervenções baseadas em exposições; e (3) prevenções de resposta ao estímulo fóbico (Asbahr, 2004).

Aliado a estes estágios, deve-se acrescentar as intervenções psicoterápicas e, quando necessário, as farmacológicas. Birmaher (2003), destaca como intervenções farmacológicas o uso de antidepressivos tricíclicos; benzodiazepínicos (casos de ansiedade antecipatória e alívio de sintomas) e os inibidores seletivos (recaptação de serotonina e alívio de sintomas).

2 **Objetivos:**

2.1 **Justificativa para o estudo**

Como mencionado anteriormente, há poucos estudos nacionais que analisam as características de personalidade em crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade.

Com os resultados desta pesquisa pretendeu-se contribuir com a identificação objetiva de características emocionais de crianças e adolescentes, bem como a compreensão de relações entre a sintomatologia clínica dos participantes e características das mães, tais como: condições de saúde, nível social e escolaridade. Assim, estes dados podem favorecer o planejamento de políticas públicas e privadas voltadas para abordagens psicoterapêuticas de crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade, como intervenções com os pais e não apenas com as crianças e adolescentes.

2.2 **Objetivo principal**

O presente estudo teve como **objetivo principal** comparar as características no desenvolvimento da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (TA), grupo clínico (GCLIN) e um grupo controle (GCON), composto por crianças e adolescentes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico.

2.3 **Objetivos específicos**

Como **objetivos específicos**, pretendeu-se:

- a) Descrever as características clínicas (MASC-2 e CBCL) e sociodemográficas da amostra.
- b) Analisar a relação entre a avaliação das crianças e adolescentes do grupo clínico quanto aos sintomas de ansiedade identificados na escala de autopreenchimento (MASC-2) e avaliação das mães sobre as características que o GCLIN apresenta (PIC-2).
- c) Comparar o auto relato a respeito de condições de saúde (SRQ-20) das mães de crianças e adolescentes com diagnóstico de TA e o GCON.
- d) Analisar a relação entre a escolaridade e nível socioeconômico das mães das crianças e adolescentes do GCLIN quanto à gravidade dos aspectos relacionados ao desenvolvimento da personalidade (PIC-2).

2.4 **Hipóteses**

Foram estudadas as seguintes **hipóteses**:

- a) Crianças e adolescentes com TA apresentariam maiores índices, nos seguintes aspectos: Cognição; Impulsividade e Distração; Disfunções familiares; Queixas somáticas; Desconforto psicológico; Retraimento social e Déficits de Habilidade Social.
- b) Mães de crianças com diagnóstico de TA apresentariam mais sintomas psicossomáticos em comparação às mães de crianças e adolescentes do GCON;
- c) Haveria correlação positiva entre os seguintes itens das escalas MASC-2 e PIC-2: Sintomas físicos e Preocupações Somáticas; Evitamento do Perigo e Ansiedade Social com Retraimento Social e Déficits nas Habilidades Sociais; Ansiedade de Separação e Disfunções Familiares.
- d) Haveria correlação positiva entre resultado do SRQ-20 das mães do GCLIN e os itens de Disfunção Familiar, Desconforto Psicológico, Retraimento Social, Déficits de habilidades sociais e Preocupações Somáticas.
- e) Haveria correlação positiva entre a escolaridade e nível socioeconômico das mães das crianças e adolescentes do GCLIN quanto a gravidade dos aspectos relacionados ao desenvolvimento da personalidade (PIC-2); sugerindo que mães com melhor condição social reconhecem mais problemas relacionados ao diagnóstico.

3 Método

3.1 Tipo de estudo:

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, com uma comparação entre dois grupos pareados por sexo e idade, sendo GCLIN com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e o GCON, com sujeitos sem transtorno psiquiátrico.

3.2 Casuística:

3.2.1 Grupo clínico (GCLIN)

O grupo clínico inclui por 47 indivíduos, sendo 24 (2 eram irmãos) crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (TA) atendidos no Ambulatório de Ansiedade da Infância e na Adolescência: Programa de Transtorno de ansiedade da infância e adolescência (PROTAIA) e 23 mães de crianças e adolescentes com TA.

O local de coleta de dados, trata-se de um ambulatório do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP que atende crianças e jovens até os 17 anos e 11 meses.

Nesta pesquisa, os participantes foram examinados por psicólogos e psiquiatras treinados na avaliação de TA e no uso de escalas clínicas. Após a triagem inicial via e-mail, os sujeitos passaram por uma entrevista presencial, onde foram avaliados e orientados para começar o estudo.

Todos os dados utilizados nesta pesquisa foram coletados no momento do início do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), aprovados pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq). Neste dia responderam a diferentes escalas, questionário, dados sociodemográficos, escalas de ansiedade e personalidade.

Os critérios de inclusão para serem inseridos no grupo clínico foram:

- a. Idade entre 8 e 17 anos e 11 meses, de ambos os sexos.
- b. Diagnóstico de TA, segundo as diretrizes diagnósticas do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-5 (APA, 2014): Fobia Específica (F40); Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) (F40.10); Transtorno de Pânico (F41.0); Agorafobia (F40.00); Transtorno de Ansiedade Generalizada (F41.1); Transtorno de Escoriação (Skin-picking) (L98.1).

Os critérios de exclusão serão os seguintes diagnósticos como comorbidades, segundo CID-10:

- a. Idade <8 ou >17 anos e 11 meses
- b. Abuso e/ou Dependência de Substâncias Psicoativas (F10 ao F19)
- c. Retardo mental (F70)
- d. Transtornos Globais do Desenvolvimento (F84)
- e. Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios (F23)
- f. Exceto Transtorno Obsessivo Compulsivo, devido às especificidades clínicas e na avaliação
- g. História de lesão cerebral perinatal
- h. História de traumatismo cranioencefálico (TCE) com perda de consciência por mais de uma hora ou outros distúrbios neurológicos

3.2.2 Grupo controle (GCON)

Os 45 sujeitos, sendo 24 (3 pares eram irmãos) crianças e adolescentes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico e 21 mães, foram pareados por sexo e idade com o GCLIN assinaram igualmente o TCLE e TALE para a pesquisa atual.

O grupo controle formado por:

- a. Idade entre 8 e 17 anos e 11 meses, de ambos os sexos
- b. Recrutado em um Grupo Escoteiro, um movimento educacional que, por meio de atividades variadas e atraentes, incentiva os jovens a assumirem seu próprio desenvolvimento e a se envolverem com a comunidade, incentivando o desenvolvimento de características como liderança e socialização.

Os critérios de exclusão foram não possuir diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou neurológico. Este grupo igualmente passou por entrevista presencial e preencheu as mesmas escalas, questionário, dados sociodemográficos, escalas de ansiedade e personalidades (período do dia e ordem dos testes, descritos a seguir).

Os indivíduos que responderam a pesquisa, conforme critérios de inclusão e exclusão, apesar de participantes de uma mesma organização, eram diversos quanto a classe econômica e escolaridade dos participantes e das mães.

3.3 Cálculo do tamanho amostral

O cálculo do tamanho da amostra foi feito com base na função do R "p r.t.test" nos seguintes padrões: (i) Tamanho de efeito: 0,8; (ii) Nível de significância: 0,05 (5%); (iii) Poder do teste: 90%. Com a finalidade de identificar uma eventual diferença entre os dois grupos de interesse, adotou-se um desvio padrão de 10 para a pontuação total e uma diferença das médias entre os grupos de 40. Assim, o tamanho de amostra ideal é de $n=35$ para cada um dos grupos.

3.4 Seleção da amostra

Em relação ao GCLIN, inicialmente foi realizada uma triagem dos casos que poderiam ser inseridos na pesquisa, com o auxílio de profissionais médicos psiquiatras do PROTAIA, levando em consideração os critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa. Todas as avaliações diagnósticas foram feitas de acordo com as diretrizes diagnósticas do DSM-5 (APA, 2014) conduzidas por psiquiatras com formação (residência ou especialização) em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Todos os diagnósticos foram revisados pelo psiquiatra coordenador do ambulatório, Prof. Dr. Fernando Asbahr.

Em relação ao GCON, o responsável passou por uma entrevista semi dirigida para apresentação, esclarecimentos, coleta de dados sobre o histórico clínico e aplicação de instrumento para avaliação do nível intelectual dos filhos. Quando não foi detectado nenhum dos critérios de exclusão nesta etapa, as crianças e os adolescentes desse grupo também passaram pela apresentação da pesquisa e aplicação dos instrumentos, testes e escalas.

Quando foi revelada alguma informação que denote a presença de algum dos critérios de exclusão em ambos os grupos (GCLIN e GCON), ainda na fase de coleta de dados e aplicação dos instrumentos, o sujeito foi desligado do protocolo. Nesse caso e em situações de desistência do participante e/ou família, foi realizada a seleção de novos - crianças e adolescentes - para compor os grupos.

3.5 Coleta de Dados

A obtenção do histórico das crianças e adolescentes do GCLIN e a coleta de informações foram realizadas em três etapas: (1) estudo dos prontuários existentes no sistema do Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP e discussões com os profissionais para seleção dos sujeitos; (2) entrevista com a mãe que tenha conhecimento acerca do histórico e comportamento atual da criança/adolescente, seguida da aplicação do instrumento estudado (PIC-2) e escalas

(descritos a seguir); (3) estabelecimento do rapport do examinador com o adolescente, esclarecimento de eventuais dúvidas sobre os principais procedimentos da pesquisa, entrevista e aplicação dos testes neuropsicológicos e escala.

Em relação ao GCON, a coleta de dados ocorreu de maneira semelhante, exceto pela leitura e triagem de prontuários, considerando os mesmos avaliadores; em local com condições semelhantes aos do GCLIN, em sala com mesa e cadeiras, sem interferências externas.

4 Instrumentos

Os instrumentos estão divididos em 3 partes: 1) Investigação Psiquiátrica; 2) Avaliação socioeconômica; 3) Avaliação de nível intelectual e 4) Investigação das características de Personalidade. Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora, preferencialmente no mesmo dia, para diminuir as chances de desistência antes de completada a avaliação.

4.1 Instrumentos de Investigação Psiquiátrica:

a) The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-2) (March, 2012): é um instrumento avalia sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, sendo composta por 50 itens avaliados numa escala tipo Likert de 4 pontos (entre 0=nunca, 1=raramente, 2= às vezes e 3 = frequentemente).

b) Checklist de comportamentos da criança (Child Behavior Checklist – CBCL) (Bordin et al., 1995): Instrumento mais utilizado no mundo para identificar problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações dos pais. Atualmente, estão disponíveis em português versão pré-escolar para crianças de 18 meses a 05 anos e versão para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos.

Nesta pesquisa o CBCL também foi empregado como instrumento auxiliar de identificação de comorbidade e sintomas psiquiátricos sobrepostos. A leitura por software de CBCL é capaz de oferecer relatórios sobre o perfil das síndromes e problemas mais preocupantes de crianças e adolescentes, dividindo os sintomas em perfis, e classificando-os em níveis clínicos, limítrofes e não clínicos: (a) Perfil ansioso / depressivo; (b) Perfil isolamento / depressivo, (c) Perfil predominância de somatização, (d) Perfil com socialização comprometida, (e) Perfil com predomínio de problemas instintivos e cognitivos, (f) Perfil com problemas de atenção, (g) Perfil com de desobediência a regras e autoridades, (h) Perfil com predomínio de agressividade.

c) Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (Gonçalves et al., 2008): O questionário é composto de 20 questões do tipo sim/não, das quais quatro são sobre sintomas físicos, e 16, sobre distúrbios psicoemocionais. O próprio instrumento estabelece que a nota de corte, para determinar a possibilidade de transtorno mental comum, é oito. Devem-se pontuar oito ou mais respostas afirmativas para considerar a ocorrência de transtorno mental comum.

4.3 Avaliação socioeconômica

a) Critério de classificação econômica Brasil (Kamakura e Mazzon, 2013): critério construído com a utilização de técnicas estatísticas baseadas em coletivos. O questionário é composto por 12 perguntas referentes a Itens de Conforto (exemplo automóvel, microcomputador, entre outros); 2 perguntas sobre Serviços públicos (distribuição de água e pavimentação) e 1 quanto ao Grau de instrução do chefe de família. Foi respondido pela mãe dos participantes. A soma dos pontos fornece uma estimativa de renda média domiciliar e consideram-se as classes econômicas.

4.4 Avaliação de nível intelectual:

a) Escala Wechsler abreviada de Inteligência (Wechsler, 2014): É composta pelas provas de Vocabulário, Semelhanças, Cubos e Raciocínio Matricial, as quais apresentam forte associação com o fator geral de inteligência. A soma dos escores ponderados obtidos nas provas Vocabulário e Semelhanças fornecem a medida do quociente intelectual (QI) verbal e a somatória das pontuações, também ponderadas, em Cubos e Raciocínio Matricial perfazem o quociente intelectual de execução. Para este trabalho foi utilizado o cálculo do QI estimado, o qual deriva da pontuação de um subteste verbal (Vocabulário) e um não-verbal (Raciocínio Matricial).

No subteste Vocabulário, o examinando deve dar uma descrição das figuras mostradas ou palavras pronunciadas pelo examinador, demonstrando a habilidade de definir conceitos e aprendizagem formal.

No subteste Raciocínio Matricial uma matriz incompleta é exibida ao examinando e ele deve escolher a parte que falta, dentre cinco opções possíveis.

4.5 Instrumento de Investigação de Personalidade:

a) Personality Inventory for Children – Second Edition (PIC-2) (Lachar e Guber, 2001): É um questionário objetivo e multidimensional para avaliação de crianças e adolescentes entre idades de 5 a 19 anos, que deve ser preenchido pelos pais ou responsáveis. É constituído por 275 respostas verdadeiro-falso e leva cerca de 40 minutos para ser preenchida pelo responsável da criança ou adolescente. Os resultados levarão em consideração de maneira ampla as dimensões do ajustamento comportamental, emocional, cognitivo e interpessoal. Dentre os objetivos é possível destacar: fornecer estimativas de problemas atuais de ajustamento (facilitando o desenvolvimento de plano de tratamento individual); estimar

mudanças emocionais e comportamentais, por meio de aplicações antes e após tratamento; sugerir áreas de ajuste em avaliações diagnósticas e representar a descrição da criança ou adolescente pelo informante, integrando a descrições de professores e auto-relato.

As escalas são divididas em 3 grupos, quais sejam: três escalas de validade de respostas (Inconsistência - INC; Dissimulação - FB; e Defensiva - DF), nove escalas de ajustamento (Comprometimento Cognitivo - COG; Impulsividade e Distração - ADH; Delinquência - DLQ; Disfunção Familiar - FAM; Distorção da Realidade - RLT; Preocupação Somática, SOM; Desconforto Psicológico - DIS; Retraimento Social - WDL; Déficits de Habilidade Social - SSK), e 21 subescalas das escalas de ajustamento.

Quanto à análise das medidas correlacionadas, foram tabuladas dentro de 4 faixas de T-score: $\leq 59T$, 60-69T, 70-79T, e $\geq 80T$. Em seguida, os resultados nos outros instrumentos foram reformulados como medidas dicotômicas: sintomas considerados como presentes versus ausentes, afirmações descritivas com respostas de verdadeiro ou falso, e resultados de habilidade e desempenho, classificados como dentro da normalidade (pontuação padrão ≥ 85) ou com necessidade de mais avaliação (pontuação padrão ≤ 84). Notas de corte ideais foram atribuídas de forma que: (a) a frequência de cada descritor igual ou superior a esse T-score fosse pelo menos duas vezes a sua frequência abaixo da nota de corte, (b) a proporção de perfis iguais ou superiores a este T-score aproximado da taxa de base do descritor na amostra estudada.

b) Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes-EPQ-J (Eysenck, 2013): Instrumento que avalia traços de personalidade de crianças a partir dos 10 até os 16 anos, preenchido pelo próprio participante (criança/adolescente) com escolaridade mínima correspondente à terceira série (4º ano) ou que tenha domínio de leitura. Avaliação da personalidade em três dimensões: Neuroticismo (Neuroticism), Extroversão (Extraversion) e Psicoticismo (Psychoticism).

5 Resultados

5.1 Análise dos dados:

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o pacote estatístico SPSS versão 24. Foi verificada a normalidade das variáveis quantitativas observadas, sendo elas 42 variáveis. Os testes T-Student e teste U Mann-Whitney foram utilizados para analisar as variáveis quantitativas segundo as distribuições destas. Para analisar as variáveis categóricas foi utilizado o teste Exato de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5%. A significância estatística das variáveis foi verificada covariando alguns indicadores sociodemográficos relevantes para o estudo.

Foi aplicada uma análise discriminante linear de Fisher para construir um classificador com base nas variáveis sociodemográficas e clínicas, sendo elas PIC-2, CBCL, EPQ-J e MASC-2. A função linear levou em consideração todas as 42 variáveis. Os melhores preditores foram encontrados pela correlação entre as variáveis e a função discriminante. O classificador proposto inclui além dos melhores preditores, as variáveis sociodemográficas de interesse no estudo. No intuito de verificar a qualidade do modelo, a precisão foi medida com o método de validação cruzada leave-one-out para avaliar a generalização de nossos achados e foi considerado o nível de significância de 5%.

5.2 Características Sociodemográficas:

A amostra foi composta por 97 sujeitos, 47 sujeitos (11 meninos e 13 meninas; 24 mães) no GCLIN e 45 sujeitos (15 meninos e 9 meninas; 21 mães) do GCON.

A média de idade dos indivíduos do GCLIN foi de 12.4 anos, 7.2 anos de escolaridade e QI na média de 96.3. Já os do GCON, tinham média de idade 13.8 anos, com 7.3 anos de escolaridade e QI na média de 110.9.

Com relação aos critérios que envolviam as mães dos participantes, pode-se descrever que as mães do GCLIN tinham em média 43 anos e 28.2 pontos no critério econômico. Quanto a escolaridade, oito mães tinham Ensino Fundamental; 12 Ensino Médio e quatro Ensino Superior. Em relação ao estado civil, três eram solteiras; 20 casadas e 1 divorciada, e a média de sintomas físicos e distúrbios psicoemocionais era de 6 pontos.

Enquanto as mães do GCON, tinham em média 44.2 anos e 41.8 pontos no critério econômico. Quanto à escolaridade, uma tinha Ensino Fundamental; duas tinham Ensino Médio e 21 tinham Ensino Superior. Quanto ao estado civil, uma era solteira; 17 casadas e

quatro estavam divorciadas. A média de sintomas físicos e distúrbios psicoemocionais foi de 2.7 pontos.

Na comparação dos dados sociodemográficos coletados entre os grupos destacou-se como relevante QI, nível socioeconômico, a escolaridade das mães, o nível de sintomas físicos e os distúrbios psicoemocionais das mães, os sintomas internalizantes, externalizantes, ansiosos e depressivos dos indivíduos investigados, sob perspectiva das mães, e também, características de extroversão, sob o olhar dos indivíduos investigados (que corresponde a tendência a hipersensibilidade emocional, perfil com características ansiosas e preocupadas, além da apresentação com frequentes mudanças de humor, podendo ser exageradamente emotivos quando enfrentam situações estressantes).

Tabela 1 - Medidas sociodemográficas e clínicas, grupo clínico e grupo controle.

Dados sociodemográficos e clínicos	Total (n=48)	Grupo Clínico (n=24)	Grupo Controle (n=24)	Valor de P
Idade em anos ¹ Média (DP)	12,75 (2,88)	12,42 (2,86)	13,08 (2,92)	0,43
Escolaridade ¹ Média (DP)	7,31 (2,78)	7,25 (2,88)	7,38 (2,75)	0,88
QI Total ¹ Média (DP)	103,63 (15,33)	96,33 (13,13)	110,92 (14,02)	<0,001
Gênero ² N (%)				
(feminino/ masculino)	58,3 / 41,7	54,2 / 45,8	62,5 / 37,5	0,56
Nível Socioeconômico ² N (%)				
A	18,8	0	37,5	<0,001
B - C	81,2	100	62,5	
D - E	0	0	0	
Escolaridade da mãe ² N (%)				
Ensino Fundamental	18,8	33,3	4,2	<0,001
Ensino Médio	29,2	50	8,3	
Superior	52	16,7	87,5	
Idade da mãe ¹ Média (DP)	43,63 (5,89)	43 (6,65)	44,25 (5,1)	0,47
Estado civil das mães ² N (%)				
Solteira	10,4	12,5	8,3	0,35
Casada	79,2	83,3	75	
Separada/divorciada	10,4	4,2	16,7	
Viúva	0	0	0	
SRQ das mães ¹ Média (DP)	4,4 (3,89)	6,08 (4,3)	2,71 (2,53)	<0,001
Avaliação Clínica ¹ Média (DP)				
CBCL (total de competências)	37,65 (13,82)	32,08 (8)	43,21 (16,18)	<0,001
CBCL Sintomas Int. T>60	59,6 (14,39)	68,04 (13,56)	51,17 (9,51)	<0,001
CBCL Sintomas Ext. T>60	50,96 (9,99)	55,29 (9,51)	46,63 (8,62)	<0,001
CBCL Ansiedade (60 a 70)	62,67 (10,96)	69,13 (11,09)	56,21 (5,93)	<0,001
CBCL Depressão (60 a 70)	59,71 (11,79)	67,04 (12,02)	52,38 (5,26)	<0,001
MASC-2				
Ansiedade Paciente	58,17 (12,29)	61,63 (13,33)	54,71 (10,29)	0,08
Ansiedade Mãe	59,5 (16,15)	68,38 (15,71)	50,63 (11,02)	<0,001
EPQ-J				
Psicoticismo	31,83 (29,09)	35,75 (29,77)	27,92 (28,40)	0,27
Extroversão	39,38 (27,18)	31,25 (22,81)	47,50 (29,19)	0,05
Neuroticismo	54,83 (33,83)	61,00 (34,99)	48,67 (32,17)	0,22
Sinceridade	39,27 (24,95)	38,54 (25,30)	40,00 (25,11)	0,92

Nota: Teste t de Student / Mann-Whitney: Resultados expressos como média (SD)

Teste Qui-quadrado: Resultados expressos como N (%)

No que diz respeito ao PIC-2, quanto a validade de resposta das questões que as mães responderam, foi possível analisar diferenças significativas entre os grupos de estudos, GCLIN e GCON para os três indicadores, sendo eles **Inconsistência** (avaliação das respostas idênticas ou opostas); **Dissimulação** (avaliação da probabilidade das respostas às afirmações

representar um exagero de problemas atuais de ajustamento, ou a descrição de problemas e sintomas que não estão presentes) e **Defensividade** (avaliação da infrequência ou atributos positivos altamente improváveis, e outros que representam a negação de comportamentos e problemas comuns das crianças).

As demais escalas de ajustamento do PIC-2, também mostraram diferenças significativas entre os grupos de estudos. Foi utilizado teste U Mann-Whitney para todos os indicadores, exceto para as escalas de Impulsividade e distração, e a Retraimento Social, que perderam significância quando covariadas pelo QI, o que nos mostra que quanto menor a eficiência do funcionamento cognitivo dos indivíduos, pode haver maior dificuldade de modulação de expressão da emoção, tendência à impulsividade e distração (por exemplo, interromper enquanto outros estão falando) e retraimento social (por exemplo, guardar os pensamentos para si).

Tabela 2 - Medidas do Personality Inventory for Children, Second Edition (PIC-2) do grupo clínico versus grupo controle, covariando efeito do QI.

PIC-2	Grupo Clínico Média (DP)	Grupo Controle Média (DP)	Valor de P	Valor de P ANCOVA (QI)
Validade de resposta				
Inconsistência	60,83 (8,81)	48,88 (8,14)	<0,001	<0,001
Dissimulação	76,17 (18,09)	52,25 (6,44)	<0,001	<0,001
Defensividade	46,71 (14,08)	52,33 (9,33)	0,02	0,86
Cognição	62,21 (14,06)	54 (9,57)	0,02	<0,001
Impulsividade e distração	57,67 (11,13)	49,92 (8,05)	<0,001	0,09
Delinquência	57,92 (11,86)	47,96 (7,35)	<0,001	0,02
Disfunção Familiar	61,63 (12,67)	50,17 (10,51)	<0,001	0,008
Distorção da realidade	64,46 (17,57)	50,42 (12,99)	<0,001	0,01
Preocupação Somática	72,75 (16,13)	55,25 (12,91)	<0,001	0,001
Desconforto psicológico	74,79 (12,97)	52,08 (12,95)	<0,001	<0,001
Retraimento social	69,5 (14,64)	59,42 (11,98)	<0,001	0,1
Déficits de habilidades sociais	66 (11,6)	51,38 (13,08)	<0,001	0,002

Nota: Teste t de Student / Mann-Whitney: Resultados expressos como média (desvio padrão)

Nota: Todas as medidas foram realizadas usando uma análise de covariância (ANCOVA) e foram controladas pelo QI: Resultados expressos em média (desvio padrão).

5.3 Covariação de indicadores:

No intuito de verificar se o efeito das variáveis obtidas pelos grupos seria mantido quando consideramos os indicadores sociodemográficos, foi realizado um Modelo Linear generalizado, para analisar cada variável segundo o grupo, covariando os indicadores. Este

modelo linear, relaciona à variável de resposta por meio de uma função de ligação e permite que a magnitude da variância de cada medição seja uma função de seu valor previsto (tabela 3).

A variável de maior relação com as escalas de ajustamento do PIC-2 foi o nível de ansiedade que as mães percebem de seus filhos (resultado da MASC -2, respostas das mães), apresentando efeito de interação significativo em todos os itens. A segunda, foi com relação ao QI, sugerindo que esta medida é um fator de interferência para compreensão de aspectos comportamentais, obtidos no PIC-2.

No que diz respeito ao SRQ-20 das mães avaliadas observa-se maior efeito em Inconsistência, Dissimulação, Preocupação Somática e Desconforto Psicológico. Estas escalas de ajustamento, descrevem indivíduos com tendência a uma apresentação de estresse com queixas somáticas, assim como relatos de sono excessivo e uma apatia crônica. Além disso, podem exibir autoestima inadequada, labilidade emocional, tensão, nervosismo e perfil autocrítico, com sentimento de rejeição e fracasso.

Quando se considerou o nível socioeconômico das famílias, as variáveis de Inconsistência, Dissimulação, Desconforto psicológico e Déficits de habilidades sociais exibiram maior efeito de interação significativo, com ressalva para indivíduos com interações limitadas e pouca influência social.

Vale a pena ressaltar que a escala de ajustamento Defensividade, que representa a infrequência ou atributos positivos altamente improváveis e outros que representam a negação de comportamentos e problemas comuns das crianças, estabeleceu relação inversa com todas as variáveis covariadas.

Sendo que quanto menor o nível socioeconômico e QI das crianças e adolescentes, maior é a negação de comportamentos e problemas vistos pelas mães nos filhos. Enquanto, quanto maior os sintomas clínicos das mães e a ansiedade que elas avaliam de filhos, tendem a descrevê-los com menos problemas comuns (por exemplo: “Raramente preciso corrigir ou criticar meu filho (a)”; “Meu filho (a) quase nunca age de forma egoísta”; “Meu filho (a) vai se deitar no horário, sem reclamar”).

Tabela 3 - Relação entre nível socioeconômico, SRQ das mães do GCLIN, o QI e a avaliação de ansiedade dos filhos vista pelas mães, quanto ao impacto nas escalas de ajustamento da personalidade (PIC-2).

Escalas de Ajustamento (PIC-2)	Nível Socioeconômico		SRQ		QI		MASC sob mãe	
Inconsistência	-0.42	p < .01	0.39	p < .01	-0.58	p < .001	0.54	p < .001
Dissimulação	-0.31	p < .05	0.43	p < .01	-0.45	p < .01	0.74	p < .001
Defensividade	0.24		-0.29	p < .05	0.51	p < .001	-0.45	p < .01
Cognição	-0.24		0.22		-0.51	p < .001	0.34	p < .05
Impulsividade e distração	-0.26		0.22		-0.36	p < .05	0.45	p < .01
Delinquência	-0.28		0.23		-0.39	p < .01	0.45	p < .01
Disfunção Familiar	-0.23		0.20		-0.38	p < .01	0.44	p < .01
Distorção da realidade	-0.25		0.26		-0.43	p < .01	0.65	p < .001
Preocupação Somática	-0.26		0.46	p < .01	-0.36	p < .05	0.66	p < .001
Desconforto psicológico	-0.35	p < .05	0.42	p < .01	-0.39	p < .01	0.69	p < .001
Retraimento social	-0.21		0.16		-0.33	p < .05	0.51	p < .001
Déficits de habilidades sociais	-0.29	p < .05	0.23		-0.46	p < .01	0.46	p < .001

5.4 Análise Discriminante

Para encontrar uma combinação linear de recursos que caracterizam ou separam duas ou mais classes de objetos ou eventos e seu poder discriminatório, foi utilizada a análise discriminante. O modelo proposto inclui a melhor combinação de variáveis para discriminar os grupos, GCLIN e GCON. Ademais, o QI e SRQ das mães, também foram considerados pelo interesse e relevância no estudo.

$$\text{Score} = - 0,114 + 0,128 x^1 + 0,041 x^2 + 1,232 x^3 - 0,079 x^4 + 0,005 x^5 - 0,057 x^6 \\ + 0,079 x^7 - 0,102 x^8$$

Legenda: x^1 = escolaridade do paciente; x^2 = nível socioeconômico; x^3 = escolaridade da mãe; x^4 = saúde da mãe; x^5 = QI; x^6 = dissimulação (PIC-2); x^7 = sintomas totais (CBCL) e x^8 = problemas de depressão (CBCL).

Este modelo mostrou uma alta precisão de classificação na validação cruzada (95,8%). O Score da função discriminante mostrou-se um bom classificador comparado com cada variável do modelo, sendo que valores pequenos favorecem a classificação no grupo clínico e valores elevados do score, favorecem a classificação no grupo controle. Desta maneira, referiu-se que indivíduos com score positivo são classificados como controles e indivíduos com score discriminante negativo, são classificados como clínicos.

Gráfico 5 – Curva ROC

Diagonal segments are produced by ties.

6 Discussão

O presente estudo teve como objetivo comparar as características do desenvolvimento na personalidade de crianças e adolescentes, com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (DSM-V) e um grupo controle, composto por sujeitos sem qualquer diagnóstico psiquiátrico. Com base na análise dos dados, foram alcançados resultados significativos tanto para a concepção das características dos indivíduos avaliados, quanto a possíveis sintomas psicoemocionais das mães como influenciadores na percepção das características de personalidade de seus filhos, os quais serão discutidos de acordo com os objetivos referidos para este trabalho.

- Avaliação do perfil de sintomas ansiosos e de personalidade de crianças e adolescentes com ansiedade em comparação a um grupo controle:

Os aspectos cognitivos foram avaliados na presente pesquisa por meio de escala de inteligência aplicada nos sujeitos dos grupos clínico e controle, na qual as crianças e adolescentes responderam a tarefas que analisavam suas capacidades dentro das esferas verbal e execução. Os grupos tiveram quociente intelectual dentro da faixa média, mas houve uma diferença significativa nos resultados entre os grupos, sendo o resultado maior observado no GCON. Devido a estas diferenças as análises das escalas se seguiram considerando a covariação entre as medidas.

No PIC-2 também havia uma escala que avaliava cognição, denominada como Comprometimento Cognitivo (COG - PIC-2) e fornecia estimativas de competência cognitiva relacionada a aspectos observados frente ao desempenho na escola, características de imaturidade, distração da criança e adolescente, bem como atrasos no desenvolvimento e/ou dificuldade de aprendizado. O grupo GCLIN, segundo avaliação das mães, mostrou que estas crianças precisam se esforçar mais para conseguir o desempenho adequado em comparação aos controles.

Estudos que fazem análise do QI com ansiedade, geralmente consideram na amostra crianças e adolescentes com deficiência intelectual (DI) (Green, et al, 2015), o que não é o caso da amostra do presente estudo. No entanto, como ressaltado por Koenen et al. (2009), vale a consideração de que crianças com transtornos mentais podem ter competência intelectual um pouco menor do que aquelas que não apresentam algum transtorno.

No estudo atual o QI foi considerado como variável significativa e foi utilizado com cautela para verificar a potência de significância nos resultados, como hipótese de que as crianças e adolescentes com menor QI tem tendência de ser menos precisas nas respostas e as escalas nas quais eram solicitados, apontavam para acompanhamento de um clínico.

De acordo com o objetivo inicial confirmou-se que crianças e adolescentes do GCLIN apresentaram maiores níveis quanto aos sintomas de ansiedade identificados na escala de autopreenchimento (MASC-2) e nas escalas de ajustamento (PIC-2) e sintomas de ansiedade (MASC-2) quando a avaliação foi realizada pela mãe.

Estudos consideram que crianças e adolescentes com ansiedade e/ou depressão apresentam maiores índices de sintomas somáticos do que outros transtornos psiquiátricos. Eles normalmente apresentam queixas de dor de cabeça, dor de estômago, tensão muscular, suor e sensação de nervosismo (Bernstein, 1997⁵ apud Hofflich et al., 2006). Estas queixas foram avaliadas de acordo com a escala de ajustamento de Preocupação Somática (SOM – PIC-2) com $p < 0,01$ e Desconforto Psicológico (DIS– PIC-2) com $p < 0,001$ no PIC-2.

Wigman et al. (2012), investigaram evidência de sintomas psicóticos em TA e depressivos, encontrou-se maior prevalência dos sintomas psicóticos em homens jovens com TA/depressão. Este estudo avaliou tais aspectos pela escala de Distorção da Realidade (RLT – PIC-2, $p = 0,001$), na qual as crianças e adolescentes do GCLIN apresentaram problemas nesta área, sendo descritos por suas mães como sendo mais lábeis emocionalmente, mais dependentes dos adultos, por vezes confusos e com déficits nas habilidades de comunicação quando comparados ao grupo controle.

As crianças e adolescentes do presente estudo também mostraram sinais mais intensos de desconforto psicológico (DIS - PIC-2, $p < 0,001$), escala que avaliava a presença de preocupações e medos. As características afetivas e emocionais do GCLIN abarcam ainda humor deprimido, com presença de tristeza e infelicidade. Ademais, algumas destas crianças e adolescentes, têm distúrbios do sono e são incomodadas por pesadelos. Esses incômodos ainda podem ser somados a preocupações somáticas e sintomas externalizantes, podendo refletir em sentimentos de raiva e ansiedade, comportamentos de extrema preocupação ou hipersensibilidade patológica à estimulação externa. Estes resultados corroboram o estudo de Carthy et al. (2010), o qual mostrou que as crianças ansiosas apresentam hiper reatividade

⁵ BERNSTEIN, G. A. et al. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v.36, p.661-668, 1997.

emocional negativa, operacionalizada como sendo uma alta frequência de ativação emocional e da intensidade desta resposta. Os autores mostraram que, comparado com controles não ansiosos, os participantes ansiosos avaliaram uma proporção maior de estímulos como negativos e ameaçadores. Por exemplo, em resposta à situação: “Você anda na rua e um carro desacelera ao seu lado”, os participantes ansiosos responderam com avaliações como: “Alguém vai me sequestrar”, enquanto os participantes não ansiosos tiveram avaliações como: “Alguém quer me pedir informações”. O resultado foi consistente, segundo os autores, com pesquisas anteriores, que mostravam viés de interpretação em crianças, adolescentes e adultos ansiosos, sendo importante considerar que crianças ansiosas podem ser mais vulneráveis a experiências negativas, as quais geram desconfortos psicológicos, como medo e preocupações exacerbadas ou catastróficas.

Paralelamente ao medo e preocupações relacionadas à segurança, crianças e adolescentes com ansiedade também mostraram maiores níveis de preocupação somática (escala de Preocupação Somática – SOM - PIC-2, $p < 0.001$). As questões da saúde e queixas de sensações corporais internas são geralmente a motivação para o encaminhamento para serviços de saúde mental. Essa preocupação atingiu uma média 72.7 do GCLIN, o que indica a presença de cansaço fácil, dores de cabeça e dores nas costas. Gauy (2016) realizou um estudo para avaliar o perfil de crianças encaminhadas para serviços de saúde mental e discutir o impacto dos problemas funcionais apresentados em escolares, no qual observou que nas crianças encaminhadas, 81,8% da amostra apresentava como queixas dificuldades emocionais e comportamentais descritas como agressividade, ansiedade, isolamento social, depressão, choro frequente, dependência, imaturidade, medo, agressividade e violação de regras.

Os participantes do GCLIN do presente estudo também foram caracterizados por suas mães como sendo esquecidos, falantes e inquietos, além disso, apontaram sinais de desobediência, indiferença à disciplina e resistência frente à autoridade, mas tais características estavam permeadas pela condição intelectual, ou seja, crianças menos desenvoltas intelectualmente tendem a apresentar mais dificuldade de regular o comportamento, mostrando menor eficiência para resolução de problemas, presença de atitudes consideradas irresponsáveis, com baixa tolerância à frustração, labilidade emocional e impulsividade na interação com seus pares. Deste modo, são crianças que requerem uma supervisão mais de perto, a escala de Impulsividade e Distração (ADH – PIC-2, $p < 0,001$; $p = 0,09$). As crianças do GCLIN também se revelaram mais argumentativas (DLQ - PIC -2), sendo que esta característica não perdeu

valor quando correlacionada com o QI, podendo-se hipotetizar que a capacidade de estruturar comunicações verbais e defendê-las depende da melhor condição intelectual. O estudo de Gauy (2016) faz a descrição comportamental de crianças encaminhadas aos serviços de saúde, mas não há a observação se os problemas comportamentais cursaram ou não com menor desenvoltura intelectual entre estas crianças. A avaliação de perfil cognitivo se revela importante quando são feitas referências a aspectos comportamentais relacionados a controle ou regulação das atitudes.

No que se trata da escala que envolve Retraimento Social (WDL- PIC-2, $p=0.009$) o desconforto social ficou caracterizado como sendo um problema percebido pelas mães, que os descreveram como sendo mais envergonhados, medrosos e desconfortáveis diante da necessidade de conversar com outras pessoas. A amostra clínica deste estudo apresentou uma média total de 69.5 o que corresponde a observações clínicas de crianças com poucos amigos, pobreza nas relações com os pares e nas habilidades sociais. Vale a pena destacar que, na amostra padronizada do PIC-2, os resultados apresentaram incidência de 26% > 70 T-escore em crianças diagnosticadas com Transtorno de Ansiedade, o que corrobora com os achados desta pesquisa. Ademais, no presente estudo, os resultados foram expressivos apenas sem a covariação do QI, revelando que a desenvoltura intelectual também tem impacto na expressividade das habilidades sociais.

A caracterização de indivíduos com o perfil de apresentação com preocupações excessivas, entristecido e sem autoconfiança, com fragilidades na capacidade de comunicação e reativos com os demais confere com déficits de habilidade social. Nessa escala de ajustamento Déficit de Habilidades Sociais (SSK - PIC-2, $p > 0.001$) na qual descreve o grau em que crianças e adolescentes influenciam as relações sociais e a presença de relações problemáticas com os pares, as considerações feitas pelas mães do GCLIN são observações clínicas de crianças com poucos amigos, pobreza nas relações com os pares e nas habilidades sociais.

Esses resultados sugestivos de que crianças com problemas internalizantes, dentre eles a ansiedade, apresentam déficits de habilidades sociais corroboram com estudos longitudinais que apontam para percursos semelhantes de internalização associadas a habilidades sociais mais prejudicadas (Dozois e Westra, 2004; Burt e Roisman, 2010; Fanti e Henrich, 2010).

No contexto familiar dos sujeitos avaliados na presente pesquisa, há sinais de que ocorrem tensão e conflitos, inclusive sugerindo certa infelicidade entre os membros da família. Os pais podem ter dificuldade de entender as reações das crianças e dos adolescentes, principalmente

quando envolvem a expressão da raiva. Problemas familiares também podem comprometer os esforços para remediar comportamentos de ajuste e problema, restringindo assim o potencial dos pais apoiarem atividades terapêuticas. Tais fatores foram investigados por meio da escala de Disfunção Familiar (FAM – PIC-2, $p < 0.001$), a qual faz referência ao fato de que membros da família não costumam desfrutar da companhia um do outro e raramente tem uma refeição juntos ou saem para se divertir, como também se refere a pais que discutem e discordam sobre a criação da criança.

No percurso do desenvolvimento humano, como já mencionado no estudo, a experiência familiar vai depender da interação entre as figuras materna e paterna, para favorecer o desenvolvimento e amadurecimento necessário dos filhos. Em estudos anteriores, enfatizam aspectos relacionados como acomodação parental, inclui fornecer segurança, permitir que a criança pule atividades quando estiver angustiada, e modifique as rotinas familiares; a acomodação materna foi considerada parcialmente responsável pela relação entre ansiedade materna e infantil, fornecendo evidências preliminares de que a acomodação dos pais pode desempenhar um papel na transmissão intergeracional da ansiedade; e identificou-se, que os pais que viram seu filho como sendo mais sintomáticos, como por exemplo, muito ansiosos, com predominância de sintomas externalizantes, aquelas mães que viam seus filhos como sintomáticos eram ainda mais propensas a se envolver em acomodação (Benito et al., 2015; Jones et al., 2015; O'Connor et al., 2020).

No questionário autoavaliativo das características de personalidade respondido pelas crianças e os adolescentes, a apresentação foi considerada como sendo retraída e reservada, com preferência por ficar em casa do que sair, consideram-se sossegados, introspectivos e desconfiam dos impulsos do momento. Com isso, tendem a evitar excessiva estimulação e procuram ambientes mais calmos, nos quais expressam-se de maneira mais ativa diante de estímulos suaves e de baixa intensidade (Extroversão - EPQ-J, $p=0.05$). Em estudos realizados com adolescentes espanhóis, os autores partiram do pressuposto de que, embora fosse paradoxal, os participantes tratados melhoraram substancialmente da ansiedade social, e os resultados mostraram estreita relação entre o Neuroticismo (N) e Extroversão (E). As mudanças pré-teste e pós-teste foram significativas nos valores de N e E, com correlação inversa, o primeiro diminuindo e o segundo aumentando (Olivares-Olivares et al., 2019).

- Impacto das condições de saúde (SRQ-20) das mães na percepção das características de personalidade de seus filhos:

Em hipótese secundária, foi analisada a correlação entre resultado da SRQ das mães do grupo clínico e os itens de Disfunção Familiar - FAM, Desconforto Psicológico - DIS, Retraimento Social - WDL, Déficits de habilidades sociais - SSK e Preocupações Somáticas – SOM (PIC-2). As mães do GCLIN apresentaram tendência maior para transtorno mental do que as mães do GCON (tabela 3). Além disto, houve correlação positiva entre os sintomas das mães e a avaliação do PIC-2, quais sejam:

- Distorção da Realidade (RTL): As mães que apresentavam mais sintomas de transtorno mental percebiam seus filhos como sendo mais lábeis emocionalmente e menos competentes quanto a adaptação ao ambiente. Vale ressaltar que no grupo de normatização do PIC-2, estas características foram mais prevalentes em crianças que tinham QI estimado menor do que 85.

- Preocupação Somática (SOM): Quanto mais sinais de transtorno mental nas mães, mais as crianças eram percebidas como sendo queixosas (dores de cabeça e estomacais), apáticas e cansadas. É possível hipotetizar que as percepções somáticas se tornam mais evidentes para as mães que apresentam um perfil semelhante (Wingenfeld, 2002; Lack e Green, 2009).

- Desconforto Psicológico (DIS): Mães com mais sinais de transtorno mental perceberam seus filhos como sendo crianças mais preocupadas e que raramente se sentem felizes. São aborrecidas, irritadas, infelizes, sem autoconfiança e mal compreendidas.

No que tange a escala de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes (MASC-2), quando considerada a autoavaliação realizada pelas crianças e adolescentes, não houve diferença significativa entre os grupos, o que nos faz pensar que os jovens identificam pouco os próprios sintomas, ou ainda, os percebem com intensidade e frequência com menores do que as mães. No entanto, na avaliação das mães, esses sintomas foram vistos com mais intensidade, há discussões sobre a influência dos estilos parentais na relação com a criança quando há um superenvolvimento do controle materno, o qual pode decorrer da ansiedade da mãe, gerando também ansiedade na criança (Lazarus et al., 2016); Kerns et al. (2017) e Lebowitz et al. (2013) descreveram que baixos níveis de autonomia dos pais, bem como excessivo envolvimento, podem fazer com que a criança se sinta incapaz de navegar de forma independente em tarefas adequadas à idade.

- Nível socioeconômico das mães e relação com o impacto no desenvolvimento da personalidade:

O nível socioeconômico das famílias gerou correlação positiva quanto às escalas de ajustamento relacionadas a Inconsistência, Dissimulação, Desconforto psicológico e Déficits em habilidades sociais (PIC-2), o que sugere que as mães com maior condição econômica caracterizam seus filhos de forma parcimoniosa, ou seja, elas não exageram na avaliação da sintomatologia e não fazem descrições inadequadas sobre o desconforto de seus filhos, bem como não enfatizam a influência social e limitada deles. Manstead (2018), buscou investigar argumentos quanto ao impacto da classe econômica na identidade pessoal e social de pessoas, e os resultados inclinam-se para explicar que fatores situacionais interferem altamente nos grupos menos favorecidos economicamente, e que indivíduos de classe trabalhadora, podem se beneficiar de oportunidades educacionais e ocupacionais para melhorar suas condições econômicas. Tendo isso em vista, confirma-se a correlação negativa encontrada na presente pesquisa.

7 Considerações finais

Este estudo mostrou que crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade apresentam dificuldades no desenvolvimento emocional. Neste estudo, buscou-se traçar o perfil das características de personalidade de crianças e adolescentes sob o olhar materno, considerando as percepções das mães e auto avaliação dos participantes avaliados. Para tal, foram investigados dois grupos, um com Transtorno de Ansiedade e outro sem qualquer quadro psiquiátrico para efeito de comparação. A população alvo do estudo foram indivíduos do sexo masculino e feminino, com idade entre 08 anos e 17 anos e 11 meses.

As análises estatísticas e das covariações da métrica ANCOVA ressaltaram os resultados significantes entre os grupos fornecendo discriminações entre as médias encontradas no GCLIN comparadas às médias do GCON. A curva ROC confirmou a alta especificidade e sensibilidade de três variáveis investigadas, sendo elas QI, escolaridade das mães e nível socioeconômico das famílias.

As características de personalidade das crianças e adolescentes do GCLIN, foram descritas como prevalecendo a presença de sintomas internalizantes, caracterizando um perfil retraído e reservado, no qual desconfiam dos impulsos do momento e procuram ambientes mais calmos, com evitação das interações com pares. Enquanto os jovens do GCLIN, mantiveram presença de sintomas internalizantes e externalizantes dentro da média, sendo crianças e adolescentes mais falantes, sociáveis e disponíveis para fazer amigos e manter relações sociais.

Ademais, verificou-se que os possíveis problemas psicoemocionais das mães geram impactos na percepção que elas possuem sobre seus filhos, quanto a ansiedade e características de ajustamento. Diante dessa situação, se faz indicativo que concomitante a intervenção terapêutica dos filhos, as mães também recebam tratamento, não apenas relacionado a psicoeducação para orientação sobre diagnóstico da criança, ou formas de manejo e auxílio emocional para os filhos, mas também um cuidado em relação a sua condição pessoal e de maternagem.

Limitações do estudo:

Como limitações da pesquisa pode-se considerar a falta de normatização dos instrumentos PIC-2 e MASC-2, para utilização no Brasil, mas foi realizado o processo de tradução e retrotradução para uso em pesquisa; o tamanho da amostra como um fator delimitação para amplas generalizações e o período de pandemia (COVID-19) para coleta de dados, que dificultou a ampliação da amostra.

7.1 Perspectivas

- Sugere-se a ampliação da amostra, tanto no GCLIN como no GCON para outras instituições clínicas e não clínicas (escolas).
- Na covariação do QI em análise amostral, foi possível considerar que essa é uma variável moderadora na relação entre as variáveis do estudo e deve ser mantida para a ampliação da amostra.
- Pretende-se ainda, realizar uma análise de risco, para avaliar se as características das mães podem ser preditoras de ansiedade nos filhos.
- Propor que as mães do GCLIN realizem intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica individual ou em grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed tradução. Maria Inês Corrêa Nascimento, [et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli, [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASBAHR, F. R.. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos . *Jornal de pediatria*, São Paulo, v. 80, n. 2, p. S28-S34, 2004.

BARRIA, A.R.; REVELES, L.T.G.; SPOLON, M.M. A Ansiedade Normal no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes. In: ASBAHR, F.R., cols. *Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência*. 2ª ed. São Paulo: Casa da Leitura Médica, p. 25-32, 2010.

BEDIN, J. E. et al. The Relationship between Personality Traits and Stress Levels in Children. *Psychology*, v.6, n.6, p. 672–680, 2015.

BEE, H., BOYD, D.. *A criança em desenvolvimento* (C. Monteiro, Trad., 12a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas, p. 314-449, 2011.

BENITO, K. G. et al. Development of the pediatric accommodation scale: Reliability and validity of clinician- and parent-report measures. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 29, p. 14–24, 2015.

BIRMAHER, B. E. et al. Fluoxetine for the Treatment of Childhood Anxiety Disorders. v.42, n.4,p.415-423, 2003

BORDIN, I. A. S. et al. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamento da Infância e da Adolescência): dados preliminares. Revista Associação Brasileira de Psiquiatria – Asociación Psiquiátrica de América Latina. v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

BORGATTA, E.F. The structure of personality characteristics. Behavioral Science, v. 9, n. 1, p. 8-17, 1964.

BURT, K. B., ROISMAN, G. I. Competence and psychopathology: cascade effects in the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. Development and Psychopathology, v.22, n.3, p. 557-567, 2010.

CAMPBELL, R. L.; BICKHARD, M. H. Types of constraints on development: An interactivist approach. Developmental Review, v. 12, n. 3, p. 311–338, 1992.

CARTHY, T. et al. Patterns of Emotional Reactivity and Regulation in Children with Anxiety Disorders. J Psychopathol Behav Assess.v.. 32, p. 23 – 36, 2010.

CASPI, A., MOFFITT, T. E.. Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. Nature Reviews: Neuroscience, 7, 583–590, 2006.

CLARK, L. A., VORTHIES, L., McEWEN, J. L.. Personality disorder symptomatology from the five-factor model perspective. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), Personality disorders and the five-factor model of personality. chap. 8, p 125–147, 2002.

CLONINGER, C. R. Temperament and personality. v.4, n. 2, p. 266-273, 1994.

COLE, M.. Cultural-historical activity theory in the family of socio-cultural approaches. International Society for the Study of behavioral Development Newsletter, v.1, n.47, p.1-4, 2005.

COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. PERSONALITY PROCESSES AND INDIVIDUAL From Catalog to Classification : Murray ' s Needs and the Five-Factor Model. v. 55, n. 2, p. 258–265, 1988.

CRASKE, M. G. et al. What is an anxiety disorder? Depression and Anxiety, v. 26, n. 12, p. 1066–1085, 2009.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. São Paulo. Ed. Artmed, 2008.

EYSENCK, H.J. Questionário de Personalidade para Crianças e Adolescentes (EPQ-J). São Paulo, Vetor, 2013.

EYSENCK, H.J., EYSENCK, M. Personality and individual differences. London, Plenum, 1985.

FANTI, K. A., HENRICH, C. C.. Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology*, v. 46, n.5, p. 1159-1175, 2010.

FERRAZ, I. E. I. et al. Fatores psicossociais associados ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes. *Revista de Medicina da UFC*, v. 57, n. 2, p. 8, 2017.

FISKE, D.W. Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal Social Psychology*, v. 44, p. 329-344, 1949.

FUENTES, D. et al. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GAUY, F. V. Crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais têm necessidade de políticas de inclusão escolar? *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 59, p. 79-95, 2016.

GONÇALVES, D.M.; STEIN; A.T.; KAPCZINSKI, F.. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. v.24, n.2, p.380-390, 2008.

GREEN, S. A.; BERKOVITS, L. D.; BAKER, B. L. Symptoms and Development of Anxiety in Children With or Without Intellectual Disability. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, v. 44, n. 1, p. 137–144, 2015.

HOFFLICH, S.A., HUGHES, A.A., KENDALL, P.C.. Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 6, n. 2, p. 229-242, 2006.

JONES, J. D. et al. Family accommodation mediates the association between anxiety symptoms in mothers and children. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, v. 27, n. 1, p. 41–51, 2015.

KAMAKURA, W. A.;MAZZON, J. A.. Estratificação socioeconômica e consumo no Brasil São Paulo: Blucher, 2013.

KERNBERG, P. et al. Componentes da Personalidade. In: KERNBERG, P. et al. *Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes*. Trad. Maria Helena Mariane Ferreira. Porto Alegre: Artmed, p. 127-136, 2000.

KERNS, C. E. et al. Maternal emotion regulation during child distress, child anxiety accommodation, and links between maternal and child anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 50, n. August 2016, p. 52–59, 2017.

KOENEN, K. C. et al. Childhood IQ and adult mental disorders: A test of the cognitive reserve hypothesis. *American Journal of Psychiatry*, v. 166, n. 1, p. 50–57, 2009.

KOTOV, R. et al. Linking “ Big ” Personality Traits to Anxiety , Depressive , and Substance Use Disorders : A Meta-Analysis. v. 136, n. 5, p. 768–821, 2010.

KOTOV, R., WATSON, D., ROBLES, J. P., SCHMIDT, N. B.. Personality traits and anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model, Behaviour Research and Therapy, v. 45, n. 7, p. 1485-1503, 2007.

LACHAR, D.; GRUBER, C P. Personality Inventory for Children – Second Edition (PIC-2). Standard Form and Behavioral Summary - Manual. Western Psychological Services, 2005.

LACK, C. W.; GREEN, A. L. Mood Disorders in Children and Adolescents. Journal of Pediatric Nursing, v. 24, n. 1, p. 13–25, 2009.

LAZARUS, R. S. et al. The relationship between challenging parenting behaviour and /childhood anxiety disorders. Journal of Affective Disorders, v. 190, p. 784–791, 2016.

LEBOWITZ, E. R. et al. Family accommodation in pediatric anxiety disorders. Depression and Anxiety, v. 30, n. 1, p. 47–54, 2013.

MANSTEAD, A. S. R. The psychology of social class: How socioeconomic status impacts thought, feelings, and behaviour. British Journal of Social Psychology, v. 57, n. 2, p. 267–291, 2018.

MARCH, J. S.. Multidimensional Anxiety Scale for children. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2ed., 2012.

MYRA Y LÓPES, E. Manual de psiquiatria. Buenos Aires:Editora El Ateneo, 1943.

NUNES, C. H. S. et al. Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. v. 8, n. 1, p. 99–108, 2009.

O’CONNOR, E. E. et al. Parent and child emotion and distress responses associated with parental accommodation of child anxiety symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, v. 76, n. 7, p. 1390–1407, 2020.

OLIVARES-OLIARES, P.J., CABALO, V.E., ROSA-ALCÁZAR, A., MACIÁ, D., OLIVARES, J. Efectos del tratamiento de adolescentes con fobia social en el neuroticismo y la extraversión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. v. 27, n.2, p. 199–216, 2019.

PABÓN-CARRASCO, M. et al. Influence of personality traits and its interaction with the phenomenon of bullying: Multi-centre descriptive study International. *Journal of Environmental Research and Public Health*, v.17, n. 172, p. 1-14, 2020.

PAPALIA, D. E.; DUSKIN, R. Desenvolvimento humano. São Paulo: McGraw-Hill, p. 314-449, 2009.

PINTO JUNIOR, A. A. et al. Traços de personalidade de adolescentes infratores e vitimizados por meio do Eysenck Personality Questionnaire Junior (EPQ-J). *Mudanças - Psicologia da Saúde*, v. 27, n. 2, p. 9, 2019.

PLANT, D.T., BARKER, E.D., WATERS, C.S., PAWLBY, S., PARIANTE, C.M.. Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychol Med.*;v.43, p. 519–528, 2013.

POLANCZYK, G. V., LAMBERTE, M. T. M. R.. *Psiquiatria da infância e adolescência*. Barueri: Manole, v.20, 2012.

POSTSHUMA, D., DE GEUS, E., BOOMSMA, D.. Genetic contributions to anatomical, behavioral, and neurophysiological indices of cognition. In R. Plomin, J. DeFries, I. Craig, & P. McGuffin (Eds.), *Behavioral genetics in the postgenomic era*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 141–161, 2003.

REBOLLO, I., HARRIS, J. R.. Genes, ambiente e personalidade. In: Flores-Mendoza, C.E., R. Colom (Orgs.). *Introdução à Psicologia das diferenças individuais*. Porto Alegre: Artmed, p. 300-322, 2006.

RUBIN, K. H., COPLAN, R., CHEN, X., BASKIRK, A., WOJSLAWOWICA, J.. Peer relationships in childhood. In M. Bornstein, M. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook*. 5ed, p. 469 – 512, 2005.

SCHIAVO, R. A., PEROSA, G. B.. Child Development, Maternal Depression and Associated Factors: A Longitudinal Study. *Paidéia* (Ribeirão Preto). v.30, p.1-9, 2020.

SILVA, I. B.; NAKANO, T. de C. Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Aval. psicol*, v. 10, n. 1, p. 51–62, 2011.

VREEKE, L. J.; MURIS, P. Relations between behavioral inhibition, big five personality factors, and anxiety disorder symptoms in non-clinical and clinically anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, v. 43, n. 6, p. 884–894, 2012.

WECHSLER, D. Escala Wechsler abreviada de inteligência (WASI). [Tradução de Luordes Duprat.] São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

WIGMAN, J.T.W. et al. Evidence That Psychotic Symptoms Are Prevalent in Disorders of Anxiety and Depression, Impacting on Illness Onset, Risk, and Severity—Implications for Diagnosis and Ultra–High Risk Research. *Schizophrenia Bulletin.*, v..38, n. 2, p. 247 – 257, 2012.

WINGENFELD, S. A. Assessment of Behavioral and Emotional Difficulties in Children and Adolescents. *Peabody Journal of Education*, v. 77, n. 2, p. 85–105, 2002.

WINNICOTT, D.W. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 55-61, 1962.

WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: Textos Seleccionados - Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988a, p.269-285, 1945.

WINNICOTT, D.W. Preocupação Materna Primária. In: Textos Seleccionados - Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988d, p.491-498, 1956.

WU, V., EAST, P., DELKER, E., BLANCO, E., CABALLERO, G., DELVA, J., LOZOFF, B., GAHAGAN, S.. Associations Among Mothers' Depression, Emotional and Learning-Material Support to Their Child, and Children's Cognitive Functioning: A 16-Year Longitudinal Study. Child Dev.;v.90, n.6, p. 1952-1968, 2019.

ANEXOS

1 – Parecer da Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade

Pesquisador: cristiana castanho de almeida rocca

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 32051020.5.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.550.500

Apresentação do Projeto:

Os itens apresentação do projeto, objetivos, riscos e benefícios forma retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1196311 e Projeto Completo - Projeto - 32051020.5.0000.0068.

Outros	CartaResposta2.pdf	09/07/2020 11:30:08	cristiana castanho de almeida rocca	Aceito
Outros	CartaResposta.pdf	07/05/2020 10:21:21	cristiana castanho de almeida rocca	Aceito
Outros	EntrevistaCBCL.pdf	07/05/2020 10:10:40	cristiana castanho de almeida rocca	Aceito
Outros	ParecerDigital.pdf	05/05/2020 14:40:04	cristiana castanho de almeida rocca	Aceito
Outros	ProjetoSemCusto.pdf	05/05/2020 14:39:34	cristiana castanho de almeida rocca	Aceito
Outros	CartaDeAnuencia.pdf	05/05/2020 14:38:56	cristiana castanho de almeida rocca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GCLIN)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa – Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade.

Pesquisador principal - Cristiana Castanho de Almeida Rocca CRP Nº: 06/48.822-9

Pesquisador executante – Érica da Cruz Santos CRP Nº: 06/102.476

Departamento/Instituto - Serviço de Psicologia e Neuropsicologia/Instituto de Psiquiatria – FMUSP

Convite à participação –

Convidamos a Sra. para participar desta pesquisa que visa comparar as características no desenvolvimento da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (DSM-V) e um grupo controle, composto por crianças e adolescentes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Justificativa e objetivos do estudo -

A literatura científica tem mostrado que a diferenciação e a compreensão clínica dos transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência ainda é uma área em desenvolvimento, principalmente quando se trata de caracterizar a população pediátrica quanto a desenvolvimento da personalidade.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados -

Para participar deste estudo seu filho precisa ter entre 05 e 17 anos e deve fazer acompanhamento ambulatorial no Ambulatório de Ansiedade da Infância e na Adolescência, no Instituto de Psiquiatria HC-FMUSP. Tendo em vista que o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade é clínico, todas as crianças da amostra serão submetidas à entrevista de anamnese e história familiar e todos os casos serão discutidos com as psiquiatras coordenadoras dos ambulatórios de atendimento às crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade. Os médicos que atendem seu filho farão o encaminhamento para a psicóloga caso você concorde com a avaliação. Seu filho será avaliado em sessão individual, na qual lhe serão apresentadas tarefas que visam avaliar processos cognitivos e emocionais. O tempo estimado para a conclusão destas tarefas é de aproximadamente uma hora.

Além dos pacientes, as mães (em caso de óbito, o responsável pela criança) serão submetidas a aplicação do protocolo a seguir, que compreende em Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); *Self-report Questionnaire* (SRQ); Escala

Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC-2); Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (6-18) - (CBCL) e Inventário de Personalidade para Crianças, segunda edição (PIC-2).

Explicitação de possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa –

Vale a pena ressaltar que esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, assim como também, não infringe normas legais e éticas.

Benefícios esperados para o participante -

De imediato não existem benefícios diretamente ligados a seu filho, mas os dados obtidos nesta pesquisa possibilitarão um maior conhecimento a respeito das características do desenvolvimento afetivo emocional de crianças e adolescentes que apresentam transtorno psiquiátrico (ansiedade). Estes dados irão favorecer, posteriormente, o planejamento e a elaboração de programas e estratégias de tratamento, com a finalidade de intervir nas características que forem disfuncionais para a vida cotidiana e adaptação social.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa –

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

A sua identidade bem como a do seu filho será preservada. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes somente nessa pesquisa. Durante o estudo você e seu filho serão identificados por um número específico e o mesmo ocorrerá no caso de publicações ou apresentação deste estudo em eventos científicos.

Garantia de que o participante receberá uma via do termo de consentimento –

Explicita-se que o representante legal e participante receberão uma via do termo de consentimento.

Explicitação das garantias de ressarcimento por despesas decorrentes da pesquisa e explicitação da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa -

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Importante: O pesquisador terá o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dra. Cristiana Castanho de Almeida Rocca, que pode ser encontrada no endereço Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 785 - Cerqueira César, São Paulo – SP, Instituto de Psiquiatria no Serviço de Psicologia e Neuropsicologia, telefone 2661-6274. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661- 1549; das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do o estudo “Perfil de personalidade dos pacientes com transtorno de ansiedade do Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP”.

Eu discuti as informações acima com a pesquisadora executante **Érica da Cruz Santos** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

----- Data ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente/representante legal

Nome do participante/representante legal

----- Data ____ / ____ / ____

Érica da Cruz Santos

3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GCON)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa – Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade.

Pesquisador principal - Cristiana Castanho de Almeida Rocca CRP Nº: 06/48.822-9

Pesquisador executante – Érica da Cruz Santos

Departamento/Instituto - Serviço de Psicologia e Neuropsicologia/Instituto de Psiquiatria – FMUSP

Convite à participação –

Convidamos a Sra. para participar desta pesquisa que visa comparar as características no desenvolvimento da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade (DSM-V) e um grupo controle, composto por crianças e adolescentes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Justificativa e objetivos do estudo -

A literatura científica tem mostrado que a diferenciação e a compreensão clínica dos transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência ainda é uma área em desenvolvimento, principalmente quando se trata de caracterizar a população pediátrica quanto a desenvolvimento da personalidade.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados -

Para participar deste estudo seu filho precisa ter entre 05 e 17 anos e não deve apresentar qualquer diagnóstico psiquiátrico.

Seu filho será avaliado em sessão individual, na qual lhe serão apresentadas tarefas que visam avaliar processos cognitivos e emocionais. O tempo estimado para a conclusão destas tarefas é de aproximadamente uma hora.

Além dos pacientes, as mães (em caso de óbito, o responsável pela criança) serão submetidas a aplicação do protocolo que compreende: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); *Self-report Questionnaire* (SRQ); Escala Multidimensional

de Ansiedade para Crianças (MASC-2); Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (6-18) - (CBCL) e Inventário de Personalidade para Crianças, segunda edição (PIC-2).

Explicitação de possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa –

Vale a pena ressaltar que esta pesquisa não oferece riscos aos participantes, assim como também, não infringe normas legais e éticas.

Benefícios esperados para o participante -

De imediato não existem benefícios diretamente ligados a seu filho, mas os dados obtidos nesta pesquisa possibilitarão um maior conhecimento a respeito das características do desenvolvimento afetivo emocional de crianças e adolescentes que apresentam Transtorno de Ansiedade. Estes dados irão favorecer, posteriormente, o planejamento e a elaboração de programas e estratégias de tratamento, com a finalidade de intervir nas características que forem disfuncionais para a vida cotidiana e adaptação social.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa –

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

A sua identidade bem como a do seu filho será preservada. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes somente nessa pesquisa. Durante o estudo você e seu filho serão identificados por um número específico e o mesmo ocorrerá no caso de publicações ou apresentação deste estudo em eventos científicos.

Garantia de que o participante receberá uma via do termo de consentimento –

Explicita-se que o representante legal e participante receberão uma via do termo de consentimento.

Explicitação das garantias de ressarcimento por despesas decorrentes da pesquisa e explicitação da garantia de indenização por eventuais danos decorrentes da pesquisa -

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Importante: O pesquisador terá o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dra. Cristiana Castanho de Almeida Rocca, que pode ser encontrada no endereço Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 785 - Cerqueira César, São Paulo – SP, Instituto de Psiquiatria no Serviço de Psicologia e Neuropsicologia, telefone 2661-6274. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549; das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do o estudo “Perfil de personalidade dos pacientes com transtorno de ansiedade do Instituto de Psiquiatria - HCFMUSP”.

Eu discuti as informações acima com a pesquisadora executante **Érica da Cruz Santos** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do paciente/representante legal

Nome do participante/representante legal

_____ Data ____/____/____

Érica da Cruz Santos

4 - TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO (8 a 11 anos e 11 meses)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO (8 a 11 anos e 11 meses)

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa – Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade.

Pesquisador principal - Cristiana Castanho de Almeida Rocca CRP Nº: 06/48.822-9

Pesquisador executante – Érica da Cruz Santos CRP Nº: 06/102.476

Departamento/Instituto - Serviço de Psicologia e Neuropsicologia/Instituto de Psiquiatria – FMUSP

Convite à participação.

Você está sendo convidado (a) participar desta pesquisa preencher duas escalas seu comportamento e como você entende algumas palavras e observa figuras ou desenhos. É importante que sua mãe também aceite a sua participação.

O que significa assentimento

Assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças para participar desta pesquisa.

O que significa assentimento

Assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças para participar desta pesquisa.

Por que eu estou aqui? Por que eu fui convidado para participar do estudo? – Eu sou obrigado a participar do estudo?

Sua participação não é obrigatória. Suas respostas não deixarão que saibam quem é você. Os resultados serão colocados junto com o de várias crianças e isso não deixará que você seja reconhecido. Não será colhido nenhum dado de identificação ou contato, como nome, e-mail ou endereço de IP. Não há nenhum custo para participar da pesquisa, assim como nenhum tipo de recompensa. Você pode não responder ou mesmo parar o processo a hora que você quiser.

Justificativa e objetivos do estudo.

Aceitando participar do estudo, você contribuirá para que nós, da área de Neurociências e Comportamento, entendamos como podemos ajudar crianças com características parecidas com as suas.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados – o que acontece durante o estudo? Quanto tempo dura o estudo? Quantas vezes eu precisarei ir ao hospital? Os exames do estudo irão doer? O que eu não posso fazer durante o estudo?

Você será avaliado em sessão individual, na qual lhe serão apresentadas tarefas para avaliar como você entende algumas palavras e observa figuras ou desenhos e como você sente suas emoções. O tempo que ficaremos juntos será quarenta e cinco minutos à uma hora.

Explicitação de possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa – Quais são as coisas ruins que podem acontecer?

Esta pesquisa oferece riscos mínimos a você, como ficar cansado.

Benefícios esperados para o participante – participar do estudo irá me ajudar? Quais são as coisas boas que podem acontecer a partir desta pesquisa?

De imediato não existem benefícios diretamente ligados a você, mas os dados obtidos nesta pesquisa possibilitarão um maior conhecimento a respeito das características do seu desenvolvimento afetivo e emocional. Estes dados irão favorecer, posteriormente, o planejamento e a elaboração de estratégias de tratamento, com a finalidade de ajudá-lo na vida cotidiana e adaptação social.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa – direito a indenização

Se você tiver alguma dificuldade, vamos avisar a sua mãe para que você possa receber ajuda.

Garantias de plena liberdade ao participante de recusar-se a participar ou retirar o seu assentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

Garantia de que o participante receberá uma via do termo de assentimento –

É garantida sua liberdade para saída da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. Sua mãe e você receberão uma via do termo de consentimento.

Com quem eu posso tirar dúvidas e fazer perguntas sobre a pesquisa?

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dra. Cristiana Castanho de Almeida Rocca, que pode ser encontrada no endereço Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 785 - Cerqueira César, São Paulo – SP, Instituto de Psiquiatria no Serviço de Psicologia e Neuropsicologia, telefone 2661-6274. Se você tiver

alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Você concorda em participar do estudo?

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade".

Eu discuti as informações acima com a Pesquisadora Executante Érica da Cruz Santos sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de assentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Nome por extenso do participante

____/____/____
Data

Nome do pai/mãe/representante legal

Assinatura

Assinatura do responsável pelo estudo

____/____/____
Data

5 - TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO (12 a 17 anos e 11 meses)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO (12 a 17 anos e 11 meses)

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa – Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade.

Pesquisador principal - Cristiana Castanho de Almeida Rocca CRP Nº: 06/48.822-9

Pesquisador executante – Érica da Cruz Santos CRP Nº: 06/102.476

Departamento/Instituto - Serviço de Psicologia e Neuropsicologia/Instituto de Psiquiatria – FMUSP

Convite à participação.

Você está sendo convidado (a) participar desta pesquisa preencher duas escalas sobre suas características de comportamento e responder a uma avaliação sobre suas habilidades de raciocínio (como você entende algumas palavras e observa figuras ou desenhos). É importante que sua mãe também aceite a sua participação. Estas escalas fazem parte de uma pesquisa sobre características de crianças com ansiedade e sem ansiedade.

O que significa assentimento

Assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de crianças para participar desta pesquisa.

Por que eu estou aqui? Por que eu fui convidado para participar do estudo? – Eu sou obrigado a participar do estudo?

Sua participação não é obrigatória. Os dados obtidos não deixarão que reconheçam você. Os resultados serão colocados junto com o de várias crianças e isso não deixará que você seja reconhecido. Não será colhido nenhum dado de identificação ou contato, como nome, e-mail ou endereço de IP. Não há nenhum custo para participar da pesquisa, assim como nenhum tipo de recompensa. Você pode não responder ou mesmo parar o processo a qualquer momento.

Justificativa e objetivos do estudo.

Aceitando participar do estudo, você contribuirá para que nós, da área de Neurociências e Comportamento, entendamos como podemos ajudar crianças com características semelhantes às encontradas.

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados – o que acontece durante o estudo? Quanto tempo dura o estudo? Quantas vezes eu precisarei ir ao hospital? Os exames do estudo irão doer? O que eu não posso fazer durante o estudo?

Você será avaliado em sessão individual, na qual lhe serão apresentadas tarefas que visam avaliar sobre suas habilidades de raciocínio (como você entende algumas palavras e observa figuras ou desenhos) e seus processos cognitivos e emocionais. O tempo estimado para a conclusão destas tarefas é de aproximadamente de quarenta e cinco minutos à uma hora.

Explicitação de possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa – Quais são as coisas ruins que podem acontecer?

Vale à pena ressaltar que esta pesquisa oferece riscos mínimos a você, como incômodos ao ser exposto a perguntas que podem remeter a memórias afetivas ou situações de conflitos familiares.

Benefícios esperados para o participante – participar do estudo irá me ajudar? Quais são as coisas boas que podem acontecer a partir desta pesquisa?

De imediato não existem benefícios diretamente ligados a você, mas os dados obtidos nesta pesquisa possibilitarão um maior conhecimento a respeito das características do seu desenvolvimento afetivo e emocional. Estes dados irão favorecer, posteriormente, o planejamento e a elaboração de estratégias de tratamento, com a finalidade de ajudá-lo na vida cotidiana e adaptação social.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa – direito a indenização

Será garantida assistência psicológica e psiquiátrica, gratuita e integral pelo tempo necessário aos participantes da pesquisa pelo tempo necessário que cada caso necessitar.

Fica garantida cobertura de despesas tidas pelos participantes da pesquisa, assim como, haverá indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Garantias de plena liberdade ao participante de recusar-se a participar ou retirar o seu assentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma, de sigilo e privacidade.

Garantia de que o participante receberá uma via do termo de assentimento –

É garantida a liberdade da retirada de assentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. Sua mãe e você receberão uma via do termo de consentimento.

Com quem eu posso tirar dúvidas e fazer perguntas sobre a pesquisa?

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Dra. Cristiana Castanho de Almeida Rocca, que pode ser encontrada no endereço Rua Doutor Ovídio Pires de Campos, 785 - Cerqueira César, São Paulo – SP, Instituto de Psiquiatria no Serviço de Psicologia e Neuropsicologia, telefone 2661-6274. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Você concorda em participar do estudo?

Fui suficientemente informado a respeito do estudo "Perfil da personalidade de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade".

Eu discuti as informações acima com a Pesquisadora Executante Érica da Cruz Santos sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de assentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

Nome por extenso do participante

____/____/____
Data

Nome do pai/mãe/representante legal

Assinatura

Assinatura do responsável pelo estudo

____/____/____
Data

6 – PIC-2

Tradução do Personality Inventory for Children - Second Edition (PIC-2)

	V	F
1. Meu filho (a) frequentemente brinca com um grupo de crianças.		
2. A conduta do meu filho (a) algumas vezes me constrange.		
3. Meu filho (a) tem baixa autoestima.		
4. As professoras da escola reclamam que meu filho (a) não permanece sentado.		
5. Meu filho (a) tem dores de cabeça frequentemente.		
6. Meu filho (a) tem tanta energia como as outras crianças.		
7. Meu filho (a) geralmente se dá bem com os outros.		
8. Meu filho (a) geralmente faz o melhor na maioria das coisas.		
9. Meu filho (a) parece infeliz com sua vida em casa.		
10. Meu filho (a) se preocupa bastante antes de iniciar coisas novas.		
11. Meu filho (a) frequentemente me desobedece.		
12. Uma repreensão é o suficiente para fazer meu filho (a) se comportar.		
13. Meu filho (a) tende a sentir pena de si mesmo.		
14. Meu filho (a) tem muitos amigos do sexo oposto.		
15. Meu filho (a) geralmente fala sobre doenças.		
16. Meu filho (a) se preocupa sobre falar com os outros.		
17. O comportamento do meu filho (a) frequentemente irrita os outros.		
18. Meu filho (a) geralmente tem medo de conhecer novas pessoas.		
19. Meu filho (a) com frequência não termina as tarefas que inicia.		
20. Há muita tensão em nossa casa.		
21. Meu filho (a) faz coisas estranhas e incomuns.		
22. Meu filho (a) pula de atividade em atividade.		
23. Meu filho (a) respeita a propriedade alheia.		
24. Punições não funcionam para mudar o comportamento do meu filho (a).		
25. Meu filho (a) com frequência reclama que os outros não a compreendem.		
26. Nossa família raramente faz as refeições em conjunto.		
27. Meu filho (a) com frequência fica em seu quarto por horas.		

28. Meu filho (a) é diferente da maioria das crianças.		
29. Exceto para ir à escola, meu filho (a) permanece em casa a maior parte do tempo.		
30. Meu filho (a) algumas vezes enxerga coisas que não estão presentes.		
31. Meu filho (a) gosta de “mandar” nas outras pessoas.		
32. Meu filho (a) geralmente brinca sozinho.		
33. Meu filho (a) geralmente não confia nos outros.		
34. Meu filho (a) é uma criança saudável.		
35. Meu filho (a) se preocupa com coisas que geralmente só os adultos se preocupam.		
36. Nossa família parece gostar um do outro mais que a maioria das famílias.		
37. Meu filho (a) frequentemente perambula, vagueia sem propósito.		
38. Algumas vezes, os pensamentos do meu filho (a) atrapalham sua conversa com os outros ou o que ela (e) está fazendo.		
39. Meu filho (a) guarda os pensamentos para si.		
40. Os pais concordam em como educar a criança.		
41. Meu filho (a) com frequência traz amigos em casa.		
42. Meu filho (a) geralmente age sem pensar.		
43. Meu filho (a) parece muito sério e sensato.		
44. Meu filho (a) geralmente é inquieto.		
45. Meu filho (a) contrai doenças mais dificilmente que a maioria das crianças.		
46. Em alguns momentos meu filho (a) tem dificuldades para respirar.		
47. Com frequência desejo que meu filho (a) seja mais amigável.		
48. Meu filho (a) pensa ser estúpido ou burro.		
49. Um dos pais não compreende a criança.		
50. Outras crianças gozam sobre as ideias do meu filho (a).		
51. Meu filho (a) geralmente quebra as regras.		
52. Eu não consigo colocar meu filho (a) para fazer lição de casa.		
53. Algumas vezes meu filho (a) contrai os músculos.		
54. Meu filho (a) não gosta de estar próximo dos outros.		
55. Meu filho (a) com frequência vai ao médico.		
56. Falar alto é um problema para a meu filho (a).		

57. Meu filho (a) com frequência esquece de fazer as coisas.		
58. Meu filho (a) com frequência sente-se envergonhado.		
59. Meu filho (a) geralmente irrita e incomoda outras pessoas.		
60. Um dos pais frequentemente fica muito zangado com a criança.		
61. As ideias e pensamentos do meu filho (a) são estranhos e incomuns.		
62. Meu filho (a) não consegue esperar pelas coisas como as outras crianças.		
63. Meu filho (a) tende a ser muito teimoso.		
64. O que as pessoas dizem geralmente deixa meu filho (a) com raiva.		
65. Meu filho (a) geralmente está de bom humor.		
66. Os pais discordam muito sobre a educação da criança.		
67. Os outros sempre ouvem quando meu filho (a) fala.		
68. Às vezes não entendo o que meu filho (a) quer dizer.		
69. Meu filho (a) não tem amigos verdadeiros.		
70. Meu filho (a) ouve vozes quando ninguém mais ouve.		
71. Meu filho (a) às vezes me afronta, insulta ou amaldiçoa.		
72. Os pais da criança sempre discutem assuntos importantes antes de tomar uma decisão.		
73. Meu filho (a) acredita que estão conspirando contra ela.		
74. Meu filho (a) é preocupado com doenças.		
75. Meu filho (a) é preocupado e apreensivo.		
76. Há muita ofensa e provocação em nossa casa.		
77. Às vezes os devaneios do meu filho (a) parecem ser sua vida real.		
78. Meu filho (a) geralmente fica confuso.		
79. Meu filho (a) é tímido com adultos.		
80. Os pais geralmente discutem um com o outro.		
81. Outras crianças geralmente veem meu filho (a) como líder.		
82. Meu filho (a) não consegue manter a atenção em nada.		
83. Pequenas coisas chateiam meu filho (a).		
84. Meu filho (a) não aprende com seus erros.		
85. Meu filho (a) geralmente tem um estômago sensível.		
86. Meu filho (a) parece cansado a maior parte do tempo.		

87. Outras crianças geralmente ficam irritadas com meu filho (a).		
88. Meu filho (a) geralmente tem problemas para adormecer ou permanecer dormindo.		
89. Os pais da criança tem muito pouca paciência com ela.		
90. Meu filho (a) geralmente é rejeitado por outras crianças.		
91. Meu filho (a) geralmente mente para sair de uma encrenca.		
92. Meu filho (a) tende a ver o quão longe consegue ir com a mentira, se safar de encrencas.		
93. Meu filho (a) geralmente reclama de visão turva.		
94. Meu filho (a) prefere estar com adultos a crianças de sua idade.		
95. Meu filho (a) tem muitos amigos.		
96. Meu filho (a) é tímido com crianças de sua idade.		
97. Meu filho (a) quase sempre está no horário e se lembra das coisas que precisa fazer.		
98. Meu filho (a) geralmente brinca em casa.		
99. Meu filho (a) quase nunca argumenta.		
100. Leitura tem sido um problema para meu filho (a).		
101. Outras crianças fazem graça das ideias diferentes da minha criança.		
102. Meu filho (a) faz de qualquer coisa um desafio.		
103. Muitas vezes meu filho tem ameaçado matar as pessoas.		
104. Meu filho (a) com frequência trapaceia outras crianças nas negociações.		
105. Meu filho (a) tem um bom senso de humor.		
106. Meu filho (a) tem problemas porque consome bebida alcoólica.		
107. Meu filho (a) tem mais amigos que a maioria das crianças.		
108. Meu filho (a) precisa de muita ajuda das outras pessoas.		
109. Meu filho (a) não aprecia estar com outras pessoas.		
110. Em alguns momentos meu filho (a) grita sem motivo.		
111. Meu filho (a) perde as amizades por causa do seu temperamento.		
112. Um dos pais parece ter ciúmes da criança		
113. Meu filho (a) pensa que outras pessoas conseguem ler sua mente.		
114. Com frequência meu filho (a) está com problemas por roubar.		
115. Trovões e relâmpagos incomodam meu filho (a).		
116. Os pais da criança quase nunca estão em casa.		

117.	Raramente preciso corrigir ou criticar meu filho (a).		
118.	Meu filho (a) tem tido problemas com a polícia.		
119.	Meu filho (a) tem sido uma criança tranquila.		
120.	Faz muito tempo que nossa família não faz um programa juntos.		
121.	Meu filho (a) geralmente é o líder em grupos.		
122.	Meu filho (a) não consegue permanecer sentado na escola, devido ao seu nervosismo.		
123.	Meu filho (a) geralmente fica calmo quando tem um problema.		
124.	Meu filho (a) se gaba de ser mandada para a sala da diretora da escola.		
125.	Meu filho (a) com frequência reclama de dor de estomago.		
126.	Meu filho (a) frequentemente fica muito cansado.		
127.	A escola diz que meu filho (a) precisa de auxilio para se dar bem com as outras crianças.		
128.	O sono do meu filho (a) é tranquilo e reparador.		
129.	Os pais da criança passam pouco tempo com ela.		
130.	Outras crianças parecem não dar ouvidos ou notar muito meu filho.		
131.	Meu filho (a) é bom em se safar de situações problema.		
132.	Tem sido difícil de lidar com meu filho (a).		
133.	Recentemente meu filho (a) tem se queixado de problemas nos olhos.		
134.	Meu filho (a) parece preferir os adultos às crianças.		
135.	Meu filho (a) tem poucos amigos.		
136.	Timidez é o maior problema do (a) meu filho (a).		
137.	Meu filho (a) quase nunca age de forma egoísta.		
138.	Meu filho (a) frequentemente caminha sozinho.		
139.	Meu filho (a) consegue escovar o próprio cabelo.		
140.	Meu filho (a) sempre faz a lição de casa a tempo.		
141.	Meu filho (a) se perde com facilidade.		
142.	Nada parece assustar meu filho (a).		
143.	Meu filho (a) não se dá bem com a maioria dos professores.		
144.	O problema do meu filho (a), é que ele (a) com frequência, se mete em brigas ou discussões.		
145.	Meu filho (a) é tão feliz como sempre foi.		

146.	Meu filho (a) fuma em casa.		
147.	Meu filho (a) gosta de jogos de atividade e esportes.		
148.	Meu filho (a) não entende as pessoas.		
149.	Meu filho (a) vai se deitar no horário, sem reclamar.		
150.	Meu filho (a) grita quando incomodado.		
151.	Algumas pessoas pensam que meu filho (a) é mau.		
152.	Os pais da criança estão frequentemente faltando ao trabalho.		
153.	Meu filho (a) pensa que alguém quer envenená-lo (a).		
154.	Às vezes meu filho (a) cabula aulas		
155.	Meu filho (a) geralmente pergunta se o amo.		
156.	Os pais da criança terminaram seu casamento inúmeras vezes.		
157.	O passatempo preferido do meu filho (a) é a leitura.		
158.	Meu filho (a) tem problemas porque usa drogas ou toma pílulas.		
159.	Meu filho (a) tem medo de estranhos.		
160.	Os pais da criança não fazem muito pela escola, igreja ou outros grupos.		
161.	Meu filho (a) é um bom líder.		
162.	Meu filho (a) geralmente prefere correr a andar.		
163.	Meu filho (a) dificilmente sorri.		
164.	Meu filho (a) parece ter uma inteligência mediana ou acima.		
165.	Várias vezes, meu filho (a) sentiu-se mal, mas nenhum problema foi detectado.		
166.	Meu filho (a) não consegue parar de comer apesar de querer.		
167.	Às vezes meu filho (a) desobedece aos pais.		
168.	Meu filho muitas vezes, fala sobre morte.		
169.	Meu filho (a) tem dificuldades para fazer as coisas com as mãos.		
170.	Meu filho (a) tende a engolir a comida sem mastigá-la.		
171.	Às vezes me preocupa a falta de interesse pelos sentimentos dos outros.		
172.	Meu filho (a) acha que o castigo foi muito rígido ou exagerado.		
173.	Muitas vezes meu filho (a) refere ter um nó na garganta.		
174.	Meu filho (a) já escrevia seu nome aos seis anos.		
175.	Meu filho (a) se sai muito bem em matemática.		

176.	Meu filho (a) fala que seu coração dispara.		
177.	Meu filho (a) não é tão forte quanto às outras crianças.		
178.	Meu filho (a) não tem nenhum talento especial.		
179.	Meu filho (a) pedalava um triciclo aos cinco anos.		
180.	Às vezes meu filho (a) sente inveja das pessoas.		
181.	Meu filho (a) precisa de proteção contra os perigos do dia-dia.		
182.	Meu filho (a) gosta de se mostrar.		
183.	Meu filho (a) gosta de quebrar coisas.		
184.	Quando meu filho (a) fica bravo, cuidado!		
185.	Eu me pergunto sempre, se meu filho (a) se sente só.		
186.	Eu não aprovo a maioria dos amigos do meu filho (a).		
187.	Muitos me dizem que meu filho (a) tem personalidade forte.		
188.	Meu filho (a) não se interessa por coisas práticas.		
189.	Meu filho (a) tem alguns maus hábitos.		
190.	Eu tenho medo de meu filho (a) esteja ficando louco.		
191.	Meu filho (a) se meteu em confusão, por agredir os outros.		
192.	Os pais da criança estão separados ou divorciados.		
193.	Meu filho (a) pensa que as pessoas controlam, secretamente, seus pensamentos.		
194.	Ouvi dizer que meu filho (a) faz uso de bebida alcoólica.		
195.	Meu filho (a) frequentemente chora sem razão aparente.		
196.	Um dos pais bebe muito álcool.		
197.	Tudo tem que estar perfeito, senão meu filho (a) não se satisfaz.		
198.	Meu filho (a) já fugiu de casa.		
199.	Raramente meu filho (a) conversa.		
200.	É difícil para meu filho (a) ter boas notas na escola.		
201.	Meu filho (a) é um seguidor, não um líder.		
202.	Meu filho (a) repetiu um ano na escola.		
203.	Meu filho (a) está quase sempre sorrindo.		
204.	Outras pessoas acham meu filho (a) talentoso.		
205.	Meu filho (a) fica mais facilmente gripado que outras crianças.		

206.	Meu filho (a) faz muitas atividades, pois se preocupa em ganhar peso.		
207.	A maioria de seus amigos é mais nova.		
208.	Inúmeras vezes, ele (a) tentou suicídio.		
209.	Aprendeu a contar as coisas aos seis anos.		
210.	Meu filho (a) tem tonturas.		
211.	Meu filho (a) raramente precisa ser repreendido ou punido.		
212.	Meu filho (a) consegue contar o tempo muito bem.		
213.	Recentemente meu filho (a) reclamou de dor no peito.		
214.	Meu filho (a) começou a falar antes dos dois anos de idade.		
215.	Meu filho (a) tem muitos pesadelos.		
216.	Meu filho (a) teve câimbras nas pernas.		
217.	Recentemente a escola mandou advertências do mau comportamento do meu filho (a).		
218.	Meu filho (a) tem muitos talentos.		
219.	Em algum momento, meu filho (a) já apresentou dificuldades de fala.		
220.	Meu filho (a) geme, choraminga e chora muito.		
221.	Frequentemente, meu filho (a) cobre os ouvidos com as mãos.		
222.	Meu filho (a) tende a se vangloriar.		
223.	Meu filho tem dificuldade em dividir as coisas com outras pessoas.		
224.	Muitas vezes meu filho (a) ficou violento.		
225.	Meu filho (a) aceita críticas facilmente.		
226.	Meu filho (a) tem com crianças que muitas vezes se metem em confusão.		
227.	Meu filho (a) é muito popular entre os amigos.		
228.	Meu filho (a) parece entediado com a escola.		
229.	Meu filho (a) adora trabalhar com números.		
230.	Em alguns momentos, meu filho(a) parece ignorar o que acontece à sua volta		
231.	Em alguns momentos, meu filho (a) machucou seriamente outras pessoas.		
232.	Meu casamento é sólido e feliz.		
233.	Meu filho (a) insiste em deixar a luz acesa para dormir.		
234.	Meu filho (a) usa drogas ilegais.		

235.	Frequentemente, meu filho (a) tem crises de choro.		
236.	Um dos pais da criança, às vezes, fica bêbado e inconveniente.		
237.	Meu filho (a) fala muito sobre seu tamanho ou peso.		
238.	Por causa de problemas de aprendizado, meu filho (a) tem aulas de reforço, ou está numa classe especial na escola.		
239.	Às vezes, meu filho (a) adia suas tarefas.		
240.	Nossa família discute muito durante o jantar.		
241.	Meu filho (a) é bastante distraído.		
242.	Meu filho (a) foi fisicamente abusado.		
243.	As pessoas geralmente dizem que meu filho é temperamental/ mal-humorado.		
244.	As pessoas percebem que meu filho (a) é inteligente.		
245.	Meu filho (a) finge estar doente para conseguir o que quer.		
246.	As pessoas geralmente falam que meu filho (a) tem senso comum.		
247.	Meu filho (a) parece se dar bem com todo mundo.		
248.	Meu filho (a) pensa em formas de se matar.		
249.	Meu filho (a) geralmente acorda no meio da noite.		
250.	Meu filho (a), frequentemente tem dores nas costas.		
251.	Meu filho (a) pensa que nós, pais, somos os causadores de todos os seus problemas.		
252.	Meu filho (a) conseguia comer com o garfo antes dos quatro anos de idade.		
253.	Às vezes, meu filho se irrita sem razão.		
254.	Meu filho sabe ver o troco quando compra algo.		
255.	O apetite do meu filho (a) sempre foi muito bom.		
256.	Às vezes meu filho tem tiques ou espasmos faciais.		
257.	Meu filho (a) parece mais desajeitado que outras crianças da sua idade.		
258.	Meu filho (a) foi sexualmente abusado.		
259.	Meu filho (a) sabe usar a tesoura tão bem quanto crianças de sua idade.		
260.	Meu filho (a) poderia se sair melhor na escola se tivesse tentasse.		
261.	Meu filho (a) é dependente dos outros.		
262.	Dinheiro parece ser o maior interesse do meu filho (a).		
263.	Meu filho (a) nunca tira vantagem sobre os outros de forma injusta.		

264.	Inúmeras vezes, meu filho (a) ameaçou fugir.		
265.	Meu filho (a) acha que o futuro será bom para ele.		
266.	Meu filho (a) faz parte de uma gangue.		
267.	Pessoas dizem que meu filho (a) é autoconfiante em um grupo.		
268.	Meu filho (a) parece entender tudo o que é dito a ele.		
269.	A escola tem sido fácil para meu filho (a).		
270.	Meu filho (a) ri, frequentemente, sem motivo aparente.		
271.	Meu filho (a) é bom em escrever seus pensamentos ou o que sabe.		
272.	Depois de uma briga, às vezes, um dos pais sai de casa por alguns dias.		
273.	Meu filho (a), frequentemente, tem dificuldades em encontrar as palavras.		
274.	Meu filho (a) foi expulso da escola.		
275.	Meu filho (a), frequentemente, tem medo de pequenas coisas.		

7 – MASC-2: SELF-REPORT

MASC 2: Multidimensional Anxiety Scale for Children – Self Report

NOME: _____ DATA: ____/____/____

	Nunca é verdade sobre mim	Raramente acontece comigo	Às vezes acontece comigo	Frequente mente acontece comigo
1. Eu me sinto tenso ou nervoso	0	1	2	3
2. Eu costumo pedir permissão para fazer as coisas	0	1	2	3
3. Eu me preocupo que as outras pessoas deem risada de mim	0	1	2	3
4. Eu fico com medo quando os meus pais saem	0	1	2	3
5. Eu fico atento se há algum perigo	0	1	2	3
6. Sinto falta de ar	0	1	2	3
7. A ideia de ficar longe de casa me assusta	0	1	2	3
8. Eu fico tremendo ou inquieto	0	1	2	3
9. Eu tento ficar perto da minha mãe ou meu pai	0	1	2	3
10. Eu tenho medo que os outros meninos (ou meninas) gozem de mim	0	1	2	3
11. Eu me esforço para obedecer meus pais e professores	0	1	2	3
12. Eu tenho tontura ou sensação de desmaio	0	1	2	3
13. Eu verifico as coisas antes de fazê-las	0	1	2	3
14. Eu me preocupo em ser chamado na classe	0	1	2	3
15. Eu sou assustado	0	1	2	3
16. Eu tenho medo que os outros achem que eu sou bobo	0	1	2	3
17. Eu deixo as luzes acesas à noite	0	1	2	3
18. Eu sinto dores no peito	0	1	2	3
19. Eu evito sair sem minha família	0	1	2	3
20. Eu me sinto estranho, esquisito, ou fora da realidade	0	1	2	3
21. Eu tento fazer coisas que vão agradar os outros	0	1	2	3
22. Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim	0	1	2	3
23. Eu evito assistir filmes ou programas de TV que assustam	0	1	2	3
24. Meu coração dispara ou “falha”	0	1	2	3
25. Eu evito as coisas que me aborrecem	0	1	2	3
26. Eu durmo junto de alguém da minha família	0	1	2	3
27. Eu me sinto inquieto e nervoso	0	1	2	3
28. Eu tento fazer tudo exatamente do jeito certo	0	1	2	3
29. Eu me preocupo em não fazer coisa boba ou que me envergonhado	0	1	2	3
30. Eu fico com medo quando ando de carro ou de ônibus	0	1	2	3
31. Eu sinto mal estar no estômago	0	1	2	3
32. Eu fico nervoso se eu tenho que fazer alguma coisa em público	0	1	2	3
33. Tempo ruim, escuridão, animais ou insetos me assustam	0	1	2	3
34. Minhas mãos tremem	0	1	2	3
35. Eu preciso ter certeza que as coisas estão seguras	0	1	2	3
36. Eu tenho dificuldade em chamar outras crianças para brincar comigo	0	1	2	3

37. Minhas mãos ficam suadas ou frias	0	1	2	3
38. Eu sinto vergonha	0	1	2	3
39. Eu tenho dificuldade em pensar em coisas simples	0	1	2	3
40. Eu fico chateado com o pensamento de poder ficar doente	0	1	2	3
41. Eu tenho pensamentos ruins ou tolos que eu não posso parar	0	1	2	3
42. Eu tenho que fazer as coisas uma e outra vez, sem motivo	0	1	2	3
43. Eu fico realmente chateado com germes, sujeiras, radiação, química e coisas pegajosas	0	1	2	3
44. Eu sinto que eu tenho que lavar ou limpar mais do que realmente preciso	0	1	2	3
45. Eu temo ser responsável por alguma coisa ruim acontecer	0	1	2	3
46. Eu tenho que verificar se nada terrível vai acontecer	0	1	2	3
47. Eu tenho que verificar as coisas várias vezes ou mais	0	1	2	3
48. Eu conto coisas sem motivo	0	1	2	3
49. Eu estou muito preocupado com o pecado ou delitos	0	1	2	3
50. Eu tenho que repetir as coisas até que as sinta certas	0	1	2	3

8 – MASC-2: PARENT

MASC 2: Multidimensional Anxiety Scale for Children – Parent

NOME: _____ DATA: ____/____/____

	Nunca é verdade sobre mim	Raramente acontece comigo	Às vezes acontece comigo	Frequentemente acontece comigo
1. Meu filho (a) se sente tenso ou nervoso	0	1	2	3
2. Meu filho (a) costuma pedir permissão para fazer as coisas	0	1	2	3
3. Meu filho (a) se preocupa que as outras pessoas deem risada dele(a)	0	1	2	3
4. Meu filho (a) fica com medo quando seus pais saem	0	1	2	3
5. Meu filho (a) fica atento se há algum perigo	0	1	2	3
6. Meu filho (a) sente falta de ar	0	1	2	3
7. A ideia de ficar longe de casa assusta meu filho (a)	0	1	2	3
8. Meu filho (a) fica tremendo ou inquieto	0	1	2	3
9. Meu filho (a) tenta ficar perto de seus pais	0	1	2	3
10. Meu filho (a) tem medo que os outros meninos (ou meninas) gozem dele	0	1	2	3
11. Meu filho (a) se esforça para obedecer os pais e os professores	0	1	2	3
12. Meu filho (a) tem tontura ou sensação de desmaio	0	1	2	3
13. Meu filho (a) verifica as coisas antes de fazê-las	0	1	2	3
14. Meu filho (a) se preocupa em ser chamado na classe	0	1	2	3
15. Meu filho (a) é assustado	0	1	2	3
16. Meu filho (a) tem medo que os outros o achem bobo	0	1	2	3
17. Meu filho (a) deixa as luzes acesas à noite	0	1	2	3
18. Meu filho (a) sente dores no peito	0	1	2	3
19. Meu filho (a) evita sair sem a família	0	1	2	3
20. Meu filho (a) se sente estranho, esquisito, ou fora da realidade	0	1	2	3
21. Meu filho (a) tenta fazer coisas para agradar os outros	0	1	2	3
22. Meu filho (a) se preocupa com o que os outros pensam dele (a)	0	1	2	3
23. Meu filho (a) evita assistir filmes ou programas de TV que o assustam	0	1	2	3
24. O coração do meu filho (a) dispara ou “falha”	0	1	2	3
25. Meu filho (a) evita as coisas que o aborrecem	0	1	2	3
26. Meu filho (a) dorme junto de alguém da minha família	0	1	2	3
27. Meu filho (a) se sente inquieto e nervoso	0	1	2	3
28. Meu filho (a) tenta fazer tudo exatamente do jeito certo	0	1	2	3
29. Meu filho (a) se preocupa em não fazer coisa boba ou que vão envergonhá-lo	0	1	2	3
30. Meu filho (a) fica com medo quando ando de carro ou de ônibus	0	1	2	3
31. Meu filho (a) sente mal estar no estômago	0	1	2	3
32. Meu filho (a) fica nervoso se tem que fazer alguma coisa em público	0	1	2	3
33. Tempo ruim, escuridão, animais ou insetos assustam o meu filho (a)	0	1	2	3
34. As mãos do meu filho (a) tremem	0	1	2	3

35. Meu filho (a) precisa ter certeza que as coisas estão seguras	0	1	2	3
36. Meu filho (a) tem dificuldade em chamar outras crianças para brincar com ele	0	1	2	3
37. As mãos do meu filho (a) ficam suadas ou frias	0	1	2	3
38. Meu filho (a) sente vergonha	0	1	2	3
39. Meu filho (a) tem dificuldade em pensar em coisas simples	0	1	2	3
40. Meu filho (a) fica chateado com o pensamento de poder ficar doente	0	1	2	3
41. Meu filho (a) tem pensamentos ruins ou tolos que eu não pode parar	0	1	2	3
42. Meu filho (a) tem que fazer as coisas uma e outra vez, sem motivo	0	1	2	3
43. Meu filho (a) fica realmente chateado com germes, sujeiras, radiação, química e coisas pegajosas	0	1	2	3
44. Meu filho (a) sente que eu tenho que lavar ou limpar mais do que realmente preciso	0	1	2	3
45. Meu filho (a) teme ser responsável por alguma coisa ruim acontecer	0	1	2	3
46. Meu filho (a) tem que verificar se nada terrível vai acontecer	0	1	2	3
47. Meu filho (a) tem que verificar as coisas várias vezes ou mais	0	1	2	3
48. Meu filho (a) conta coisas sem motivo	0	1	2	3
49. Meu filho (a) está muito preocupado com o pecado ou delitos	0	1	2	3
50. Meu filho (a) tem que repetir as coisas até que as sinta certas	0	1	2	3