

**CONSTRUÇÃO, VALIDAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DE UMA BATERIA DE  
CINCO ESCALAS PARA AVALIAÇÃO  
DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO EM ADOLESCENTES**

*Caroline Tozzi Reppold*

Tese apresentada como exigência  
parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia  
sob orientação do Prof. Dr. Claudio Simon Hutz

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Agosto de 2005

## AGRADECIMENTOS

No percorrer desse caminho, algumas pessoas marcaram minha história acadêmica de forma especial. Agradeço, com muito carinho:

Ao Claudio, pela amizade, pela convivência, pela admiração que faz por merecer, por todo apoio recebido e por tanto ter me ensinado com seu jeito de enxergar a vida.

Ao Prof. Rohde, pela disponibilidade com que me auxiliou em diferentes etapas da pesquisa e pelo exemplo profissional que oferece ao integrar cotidianamente a atuação acadêmica à prática clínica.

À Profa. Olga, pelas contribuições apresentadas durante a qualificação do projeto, sobretudo no que se refere à pertinência clínica da bateria.

À Denise, pelo entusiasmo com que sempre me incentivou a ir adiante, a mais de dez anos.

Ao Ricardo, pela forma valiosa com que me apoiou nessa trajetória.

Ao meu dedicado grupo de pesquisa (Luiggia, Ana, Vanessa, Maurício, Mateus, Luciana, Camila e Cesar) por compartilhar comigo esse sonho e torná-lo viável. A vocês, agradeço com muito afeto a motivação, o bom humor, o modo atento com que me ajudaram na organização do material e a parceria criada ao longo desse tempo.

À Ana Amélia, Loiva, Fabiana, Ana Claudia, Silvia, Magliane, Laura, César, pelo valioso auxílio, pela interesse voluntarioso e pelo reconhecimento.

À Pati, minha amiga querida, pela cumplicidade e pela presença constante em minha vida.

À Jana e à Maru, pela convivência, pela amizade, pela troca de idéias e pelos divertidos almoços semanais.

À Rita, Ana e Lu, pela amizade e apoio.

À Cris, Fê, Ka, Lu e Carol, pela divertida companhia.

Ao meu pai e minha mãe, por compartilharem das emoções envolvidas em um trabalho que me exigiu maturidade, pelo exemplo de luta e dedicação, pelo ensino das coisas mais básicas e importantes da vida e pelo amor incondicional.

À Dani e ao Lê, pela compreensão e pelo companheirismo de sempre.

Aos colegas do Laboratório de Mensuração da UFRGS, em especial ao Carlos e ao João.

Aos professores do curso de pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento da UFRGS, em especial ao Willian, à Tânia, à Silvia e à Lisiane, por terem instigado meu

interesse por uma formação generalista e por terem me ensinado a reconhecer e valorizar, em sala de aula, a visão de mundo trazida por cada aluno.

Ao Centro Universitário Feevale e à Universidade do Oeste de Santa Catarina, pela oportunidade de amadurecimento e crescimento profissional.

À Jana, Rita, Ana Maria, Rochele, Christian, Débora, Clarissa, Alcyr, Viviane, Lucas, Diogo, Flávio, Silza, Ana Margareth, Dileuza, Luciana, Cleber e a todos aqueles que contribuíram com sua experiência clínica.

Às diversas escolas e locais de atendimento clínico que apoiaram a realização desse projeto e, de diferentes formas, corroboraram a relevância do estudo.

À Lúcia e à equipe da Promotora da Infância e Juventude, pelo reconhecimento ao trabalho e pela generosidade com que nos recebeu para coleta dos dados.

Ao Ingo, pelo incentivo à realização da pesquisa

*“Valeu a pena...  
Sou pescador de ilusões.”  
O Rappa*

## SUMÁRIO

Apresentação.....	15
Resumo.....	18
Abstract.....	19
Planejamento Esquemático da Pesquisa.....	20
Capítulo I.....	22
Introdução.....	22
1.1. Ajustamento psicológico de adolescentes.....	23
1.2. Relevância da avaliação dos problemas de ajustamento durante a adolescência.....	24
1.3. Caracterização dos construtos pertinentes à avaliação do ajustamento psicológico de adolescentes.....	27
1.3.1. Ansiedade.....	27
1.3.2. Depressão.....	39
1.3.3. Atenção e atividade motora.....	56
1.3.4. Pensamento.....	68
1.3.4.1. Obsessão/compulsão.....	69
1.3.5. Conduta social.....	84
1.3.5.1. Implicações da agressividade, oposição e delinqüência sobre a vulnerabilidade social e psicológica dos adolescentes.....	90
1.4. Objetivo geral da pesquisa.....	102
1.5. Objetivos específicos da pesquisa.....	102
1.6. Contribuições da pesquisa às áreas da Psicologia Clínica e do Desenvolvimento.....	102
1.7. Delimitação dos objetivos específicos de cada estudo.....	103
Capítulo II.....	104
Estudo I: Elaboração dos itens e validação de conteúdo das escalas de ajustamento psicológico juvenil.....	104
2.1. Introdução.....	104
2.2. Elaboração dos itens.....	108
2.2.1. Revisão da literatura.....	109
2.2.2. Entrevistas com profissionais da saúde.....	109
2.2.2.1. Amostra, instrumento e procedimentos.....	110

2.2.2.2. Resultados.....	110
2.2.3. Entrevistas com adolescentes.....	111
2.2.3.1. Amostra, instrumento e procedimentos.....	112
2.2.3.2. Resultados referentes à descrição espontânea dos adolescentes na entrevista.....	112
2.2.3.3. Resultados referentes à entrevista após leitura da definição do construto.....	115
2.2.4. Levantamento dos testes nacionais destinados à população brasileira.....	115
2.2.4.1. Resultados do censo realizado em 2003 através de material bibliográfico.....	116
2.2.4.2. Resultados do censo realizado após publicação da Resolução nº 02/2003 do Conselho Federal de Psicologia.....	116
2.2.4.3. Resultado do censo atualizado em 2005.....	117
2.2.5. Análise de instrumentos que avaliam o mesmo construto ou construtos correlatos.....	118
2.2.6. Análise documental dos prontuários de adolescentes atendidos em Serviços de Psicologia.....	120
2.2.6.1. Amostra, instrumento e procedimentos.....	120
2.2.6.2. Tratamento dos dados e resultados.....	120
2.2.6.3. Discussão.....	122
2.3. Versão preliminar dos instrumentos.....	125
2.3.1. Instruções.....	125
2.3.2. Versão preliminar dos itens.....	126
2.4. Validade de conteúdo dos itens.....	126
2.4.1. Método.....	127
2.4.1.1. Participantes, instrumentos e procedimentos do estudo da análise semântica dos itens.....	127
2.4.1.2. Participantes e procedimentos da análise de juízes da versão preliminar dos instrumentos.....	128
 Estudo II: Validação de construto das escalas de ajustamento psicológico juvenil.....	 129
3.1 Introdução.....	129
3.2. Análise da representação comportamental do construto.....	131
3.2.1. Projeto piloto I.....	131
3.2.2. Projeto piloto II.....	131
3.2.3. Coleta de dados para avaliação da dimensionalidade e precisão dos	

instrumentos.....	132
3.2.3.1. Amostra.....	132
3.2.3.2. Instrumentos e procedimentos.....	134
3.2.4. Tratamento e análise dos dados.....	134
3.2.5. Resultados e discussão.....	135
3.2.5.1. Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Ansiedade.....	136
3.2.5.2. Compreensão teórica dos Fatores da Escala de Ansiedade .....	141
3.2.6.1. Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Humor. ....	144
3.2.6.2. Compreensão teórica dos Fatores da Escala de Humor.....	149
3.2.7.1. Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	152
3.2.7.2. Compreensão teórica dos fatores da Escala de Atenção/Atividade Motora...	156
3.2.8.1. Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Pensamento.....	158
3.2.8.2. Compreensão teórica dos fatores da Escala de Pensamento.....	161
3.2.9.1 Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Conduta Social.....	163
3.2.9.2. Compreensão teórica dos fatores da Escala de Conduta Social.....	171
3.3.1. Correlação entre os fatores.....	172
 Estudo III: Validação convergente/divergente das escalas de ajustamento psicológico de adolescentes.....	
4.1. Introdução.....	174
4.2. Desenvolvimento do estudo da validação convergente/divergente.....	174
4.2.1. Participantes.....	175
4.2.2. Instrumentos.....	176
4.2.3. Procedimentos.....	181
4.3. Tratamento e análise dos dados da validação convergente/divergente.....	182
4.4. Resultados .....	182
4.5. Discussão.....	185
 Estudo IV: Validação de critério das escalas de ajustamento psicológico juvenil.....	
	187

5.1. Introdução.....	187
5.2. Coleta de dados para validação de critério das escalas que compõem a Bateria de Ajustamento Psicológico de Adolescentes.....	188
5.2.1. Grupo-critério I - Grupo dos adolescentes acusados formalmente de infringir a lei.....	188
5.2.1.1. Participantes e procedimentos.....	188
5.2.1.2. Resultados.....	190
5.2.1.3. Discussão.....	192
5.2.2. Grupo-critério II - Grupo clínicos de adolescentes com diagnóstico psiquiátrico.....	193
5.2.2.1. Participantes e procedimentos.....	193
5.2.2.2. Resultados.....	195
5.2.2.3. Discussão.....	196
5.2.3. Grupo-critério III - Grupo de adolescentes escolares indicados pelos professores/coordenadores pedagógicos por apresentar comportamentos atípicos....	198
5.2.3.1. Participantes e procedimentos.....	198
5.2.3.2. Resultados.....	199
5.2.3.3. Discussão.....	201
Estudo V: Padronização e normatização das escalas de ajustamento psicológico de adolescentes.....	202
6.1. Introdução.....	202
6.2. Padronização.....	202
6.3. Normatização.....	203
6.3.1. Normatização preliminar das escalas.....	203
Considerações finais .....	233
Referências.....	236
Anexos	
A - Caracterização, Segundo o DSM-IV-TR, dos Transtornos de Ansiedade Considerados para Escala de Ansiedade .....	267
B – Autorização para Reprodução de Figura Publicada.....	269
C – Definição Constitutiva dos Construtos.....	270
D – Transtornos Mentais e Outras Categorias Diagnósticas do DSM-IV-TR Considerados na Elaboração dos Itens das Escalas.....	275

E – Testes Aprovados pelo CFP Indicados para Uso em Adolescentes em 2004.....	277
F – Testes Aprovados pelo CFP Indicados para Uso em Adolescentes em 2005.....	278
G – Instrução Contidas no Instrumento e Dados Demográficos Coletados.....	279
H – Versão Preliminar das Escalas (Lista dos Itens para Cada Construto).....	281
I – Folha de Resposta das Escalas.....	291
J – Carta de Apresentação do Projeto de Pesquisa às Escolas.....	292
K – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	293
L – Carta de aprovação do projeto de tese submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	294
M – Matriz Fatorial da Versão Preliminar da Escala de Ansiedade.....	295
N – Comunalidade da Escala de Ansiedade.....	297
O – Matriz Fatorial da Versão Preliminar da Escala de Humor.....	298
P – Comunalidade da Escala de Humor.....	300
Q – Matriz Fatorial da Versão Preliminar da Escala de Atenção/Atividade Motora..	301
R – Comunalidade da Escala de Escala de Atenção/Atividade Motora.....	303
S – Matriz Fatorial da Versão Preliminar da Escala de Pensamento.....	304
T – Comunalidade da Escala de Pensamento.....	306
U – Matriz Fatorial da Versão Preliminar da Escala de Conduta Social.....	307
V – Comunalidade da Escala de Conduta Social.....	309
W – ANOVAs dos Escores por Sexo, Idade, Série e Tipo de Escola.....	310
X – Diferenças de Média nos Itens da Escala de Conduta Social por Sexo.....	311
Y – Histogramas de Distribuição dos Escores na Validade de Critério.....	312
Z – Versão Final das Escalas (Ordem dos Itens que Compõem Cada Escala).....	326

## Lista de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Instrumentos Consultados como Fontes de Informação para Elaboração dos Itens .....	119
Tabela 2 – Frequência e Percentual da Utilização de Testes em Psicodiagnóstico, dos Instrumentos Utilizados e dos Encaminhamentos Multidisciplinares Indicados.....	121
Tabela 3 – Frequência e Percentual das Categorias Referentes aos Motivos de Encaminhamento e Queixas Relatadas pelo Adolescente.....	122
Tabela 4 – Características Demográficas da Amostra Composta para Validação de Construto de Cada Escala e da Amostra Total do Estudo.....	133
Tabela 5 – Propriedades Psicométricas das Escalas.....	135
Tabela 6 – Soluções Fatoriais das Escalas.....	136
Tabela 7 – Matrizes Fatoriais da Escala de Ansiedade.....	138
Tabela 8 – Resultados Descritivos da Escala de Ansiedade.....	139
Tabela 9 – Médias e Desvio-padrão nos Fatores da Escala de Ansiedade por Sexo.....	139
Tabela 10 – Matrizes Fatoriais da Escala de Humor.....	145
Tabela 11 – Resultados Descritivos da Escala de Humor.....	147
Tabela 12 – Médias e Desvio-padrão dos Fatores da Escala de Humor.....	147
Tabela 13 – Resultados Descritivos da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	153
Tabela 14 – Matrizes Fatoriais da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	153
Tabela 15 – Resultados Descritivos da Escala de Pensamento.....	159
Tabela 16 – Matrizes Fatoriais da Escala de Pensamento.....	159
Tabela 17 – Resultados Descritivos da Escala de Conduta Social.....	165
Tabela 18 – Matrizes Fatoriais da Escala de Conduta Social.....	165
Tabela 19 – Comparação de Médias pelas Variáveis Demográficas da Escala de Conduta Social .....	169
Tabela 20 – Correlações entre os Fatores das Escalas de Ansiedade, Pensamento e Conduta Social.....	172
Tabela 21 – Correlações entre os Fatores das Escalas de Humor e Atenção/Atividade Motora.....	173
Tabela 22 – Instrumentos Eleitos como Padrão-Ouro na Validação Convergente/Divergente das Escalas.....	175
Tabela 23 – Caracterização da Amostra da Validade Convergente/Divergente.....	176
Tabela 24 – Correlação entre a escala de Ansiedade e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro.....	183

Tabela 25 – Correlação entre a Escala de Humor e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro.....	183
Tabela 26 – Correlação entre a Escala de Conduta Social e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro.....	184
Tabela 27 – Correlação entre a Escala de Atenção/Atividade Motora e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro.....	184
Tabela 28 – Caracterização de Sexo e Idade da Amostra Judicial Participante da Validação de Critério da Escala de Conduta Social.....	189
Tabela 29 – Caracterização de Nível de Instrução e Tipo de Escola da Amostra Judicial Participante da Validação de Critério da Escala de Conduta Social.....	189
Tabela 30 – Resultados da Comparação dos Escores na Escala de Conduta Social obtidos na Amostra Judicial e na Amostra do Estudo de Validade de Construto.....	190
Tabela 31 – Características Demográficas da Amostra Clínica.....	194
Tabela 32 – Resultados dos Testes <i>t</i> realizados com Amostras da Comunidade e Amostras Clínicas.....	195
Tabela 33 – Resultados do Teste <i>t</i> da Comparação das Escalas por Sexo na Amostra Clínica.....	196
Tabela 34 – Características Demográficas da Amostra Escolar.....	199
Tabela 35 – Resultados dos Testes <i>t</i> realizados com Amostras da Comunidade e Amostras Escolares.....	199
Tabela 36 – Comparação das médias e desvios-padrão nos diferentes grupos.....	200
Tabela 37 – Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Ansiedade.....	205
Tabela 38 – Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Ansiedade.....	207
Tabela 39 – Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Humor.....	208
Tabela 40 – Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Humor.....	210
Tabela 41 – Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Humor para o Sexo Masculino.....	211
Tabela 42 – Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Humor para o Sexo Feminino.....	212
Tabela 43 – Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	213
Tabela 44 – Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	214
Tabela 45 – Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	215

Tabela 46 – Normatização Preliminar dos Fatores 1 e 2 da Escala de Pensamento.....	216
Tabela 47 – Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Conduta Social para o Sexo Masculino.....	218
Tabela 48 – Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Conduta Social para o Sexo Feminino.....	220
Tabela 49 – Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Conduta Social para o Sexo Masculino.....	222
Tabela 50 – Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Conduta Social para o Sexo Feminino.....	223
Tabela 51 – Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Conduta Social para o Sexo Masculino.....	224
Tabela 52 – Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Conduta Social para o Sexo Feminino.....	225
Tabela 53 – Comparação dos Escores Percentílicos no Fator 1 da Escala de Ansiedade da Amostra Comunitária Feminina e da Amostra Clínica Feminina.....	227
Tabela 54 – Estabelecimento de Ponto de Corte Preliminar para as Escalas de Ansiedade e Humor.....	228
Tabela 55 – Estabelecimento de Ponto de Corte Preliminar para as Escalas de Pensamento e Atenção/Atividade Motora.....	229
Tabela 56 – Estabelecimento de Ponto de Corte Preliminar para a Escala de Conduta Social.....	230
Figura 1. Espectro dos Subtipos do TOC e a sua Associação com a Ansiedade.....	74
Figura 2. Parte do Organograma para Elaboração de Medida Psicológica referente aos Procedimentos Teóricos.....	104
Figura 3: Parte do Organograma para Elaboração de Medida Psicológica referente aos Procedimentos Experimentais e Analíticos.....	105
Figura 4: Organograma referente aos procedimentos teóricos da pesquisa.....	106
Figura 5: Organograma referente aos procedimentos experimentais e analíticos da pesquisa.....	129
Figura 6. <i>Scree plot</i> da Escala de Ansiedade.....	137
Figura 7. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 1 da Escala de Ansiedade..	140
Figura 8. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 2 da Escala de Ansiedade..	140
Figura 9. <i>Scree plot</i> da Escala de Humor.....	144

Figura 10. Dispersão das Médias nos Fatores da Escala de Humor por Idade.....	148
Figura 11. Histograma de Distribuição das Respostas no Fator 1 da Escala de Humor..	148
Figura 12. Histograma de Distribuição das Respostas no Fator 2 da Escala de Humor..	149
Figura 13. Histograma de Distribuição das Respostas no Fator 3 da Escala de Humor..	149
Figura 14. <i>Scree plot</i> da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	152
Figura 15. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 1 da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	155
Figura 16. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 2 da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	155
Figura 17. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 3 da Escala de Atenção/Atividade Motora.....	155
Figura 18. <i>Scree plot</i> da Escala de Pensamento.....	158
Figura 19. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 1 da Escala de Pensamento.....	161
Figura 20. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 2 da Escala de Pensamento.....	161
Figura 21. <i>Scree plot</i> da Escala de Conduta Social.....	164
Figura 22. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 1 da Escala de Conduta Social.....	170
Figura 23. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 2 da Escala de Conduta Social.....	170
Figura 24. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 3 da Escala de Conduta Social.....	170
Figura 25. Histogramas de Distribuição das Respostas no Fator 1 da Escala de Conduta Social da Amostra Judicial e da Amostra do Estudo de Validação de Construto.....	191
Figura 26. Histogramas de Distribuição das Respostas no Fator 2 da Escala de Conduta Social da Amostra Judicial e da Amostra do Estudo de Validação de Construto.....	191
Figura 27. Histogramas de Distribuição das Respostas no Fator 3 da Escala de Conduta Social da Amostra Judicial e da Amostra do Estudo de Validação de Construto.....	191
Figura 28. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Ansiedade nas Amostras.....	231
Figura 29. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Humor nas Amostras.....	231

Figura 30. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Pensamento nas Amostras.....	231
Figura 31. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Atenção/Atividade Motora nas Amostras.....	232
Figura 32. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Conduta Social nas Amostras.....	232

## APRESENTAÇÃO

O objetivo da presente pesquisa foi construir, validar e normatizar uma bateria de instrumentos composta por cinco escalas destinadas à avaliação do ajustamento psicológico de adolescentes entre 11 e 17 anos de idade. Cada escala produzida tem a finalidade de avaliar, de forma independente e dimensional, um dos seguintes construtos relativos a diferentes facetas do ajustamento psicológico: ansiedade, humor, conduta social, atenção/atividade motora e pensamento.

A escolha desse tema teve o propósito de atender uma das principais demandas das ciências da saúde: a oferta de instrumentos qualificados que auxiliem os clínicos a direcionar suas investigações diagnósticas com maior segurança e forneçam aos pesquisadores novos recursos metodológicos para o estudo da população juvenil. Portanto, essa é uma tese que surge da necessidade observada freqüentemente na prática da pesquisa, da docência e da intervenção clínica. Sobretudo, no que se refere à observação dos prejuízos que a escassez de medidas psicológicas validadas e normatizadas implica.

Assim, para demonstrar a organização que caracterizou o processo de construção de medidas psicométricas e a atenção conferida nessa pesquisa aos critérios de qualidade ética e técnica dos instrumentos psicológicos, a apresentação desse relatório de pesquisa foi didaticamente dividida em dois capítulos. O primeiro capítulo situa o leitor quanto aos princípios teóricos que nortearam a elaboração desses instrumentos e aos estudos empíricos que fundamentaram a definição dos atributos e a redação dos itens das escalas. O segundo, apresenta as etapas de trabalho e os delineamentos desenvolvidos ao longo do estudo para operacionalização dos diferentes momentos da pesquisa.

Nesse propósito, o capítulo I discute a concepção teórica de ajustamento psicológico e a relevância da avaliação de construtos relacionados ao ajustamento em adolescentes. Além disso, caracteriza os atributos de interesse a essa pesquisa a partir da descrição de temas como as dimensões e representações comportamentais do construto ou os aspectos históricos, desenvolvimentais e epidemiológicos dos construtos estudados. Essa apresentação engloba ainda as possíveis mudanças estruturais e funcionais relacionadas a alterações clínicas dos comportamentos representativos do ajustamento psicológico e suas explicações etiológicas, as relações existentes entre o construto e outras variáveis psicológicas e os instrumentos disponíveis para avaliação do construto.

O capítulo II enfatiza os métodos de investigação aplicados na execução dessa pesquisa. Assim, para facilitar a compreensão dos procedimentos metodológicos realizados, esse capítulo foi subdividido em cinco estudos. Cada estudo representa etapas

distintas do processo de construção, validação e normatização de uma bateria de testes para avaliação do ajustamento psicológico de adolescentes gaúchos.

O Estudo I refere-se às diversas etapas de construção das escalas e validação de conteúdo, cujos objetivos são a formulação dos itens das escalas planejadas e a análise da sua validade teórica e semântica. O Estudo II refere-se ao processo de validação de construto das escalas elaboradas. Esse estudo teve como objetivo investigar a qualidade psicométrica das escalas e identificar as suas dimensionalidades. O Estudo III refere-se ao processo de validação convergente/divergente. Esse estudo teve como objetivo verificar a validade da bateria através da correlação obtida entre o instrumento construído e instrumentos correlatos a esse, considerados pela comunidade científica como de referência por sua qualidade psicométrica. O Estudo IV refere-se ao processo de validação de critério. Essa etapa é constituída pela administração das escalas em grupos específicos (grupos clínicos previamente diagnosticados, grupos escolares indicados pelos professores pela manifestação recorrente de indicadores clínicos, grupos de adolescentes encaminhados para a Promotoria da Infância e Juventude pelo cometimento de atos infracionais). A validade de critério viabiliza a verificação da capacidade de discriminação dos itens elaborados. Por fim, o Estudo V refere-se ao processo de padronização e normatização da bateria proposta. O intuito desse estudo foi estabelecer os procedimentos padrões para administração dos testes e sistematizar, de forma condizente com a realidade das amostras locais, normas para interpretação dos escores obtidos através dessas escalas.

A complexidade desse processo torna evidente que o caráter multidisciplinar de uma investigação centrada na avaliação do ajustamento psicológico juvenil abrange considerações de diferentes campos do conhecimento (Psiquiatria, Neurologia, Antropologia, etc.) e de múltiplas áreas da Psicologia. Principalmente, da Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade, da Psicopatologia, da Psicologia Clínica e da Avaliação Psicológica.

Todas essas áreas contribuem em suas especificidades para qualificar a elaboração dos instrumentos, justificar sua aplicabilidade e auxiliar na interpretação teórico-funcional dos achados sugeridos pelas análises estatísticas. Esses subsídios fornecem novas diretrizes para o avanço científico e para os trabalhos de intervenção interdisciplinar, o que resulta em uma contínua formulação de outras pesquisas. Assim, diante desse panorama, espera-se que a presente pesquisa e a integração teórica que decorre dessa produção possam contribuir para a efetivação de um projeto maior que é pretensão dessa doutoranda para os anos subseqüentes: organizar uma linha de pesquisa sobre o desenvolvimento adaptativo na adolescência e a prevenção do desajustamento psicológico.

Nesse sentido, deve-se enfatizar que o trabalho apresentado nessa tese restringe sua proposta à análise de dados provenientes de amostras regionais (Porto Alegre e Região do Vale dos Sinos). No entanto, a tese é parte de um programa de pesquisa executado de forma paralela pela pesquisadora e por seu orientador. Esse programa tem o propósito de validar e normatizar junto a amostras nacionais de adolescentes a bateria construída a partir dos procedimentos explicitados na redação desse plano de ação científica. Para tanto, o trabalho nacional já conta com a participação auxiliar de pesquisadores e alunos colaboradores de outras regiões do país, os quais integram equipes de pesquisa interessadas no campo da avaliação psicológica.

## RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi desenvolver, validar e normatizar uma bateria composta por cinco escalas para a avaliação do ajustamento psicológico juvenil. As escalas são instrumentos de auto-relato que avaliam ansiedade, humor, atenção/atividade motora, pensamento e conduta social em adolescentes entre 11 e 17 anos de idade. Esses construtos foram escolhidos a partir da avaliação da demanda clínica observada. Estudos de validade de conteúdo, construto e critério mostraram que os instrumentos apresentam boas características psicométricas e são adequados para utilização clínica. Para análise fatorial foi utilizada uma amostra de 4033 adolescentes gaúchos (idade média = 14,4 anos, d.p. = 1,72) que preencheram 5302 escalas. Os resultados indicaram índices de precisão que variaram entre 0,62 e 0,93. Foram encontradas soluções de dois fatores para as escalas de ansiedade (Indicadores de Ansiedade e Controle da Ansiedade) e de pensamento (Fenômenos cognitivos e sensoriais, Ações compulsivas). Soluções de três fatores foram encontradas para as escalas de humor (Humor deprimido, Bem-estar subjetivo e Mania e risco de suicídio), de atenção/atividade motora (Desatenção, Controle das funções executivas, Hiperatividade/impulsividade) e de conduta social (Comportamento anti-social, Comportamento pró-social e Desafio-oposicionismo). Correlações com instrumentos convergentes/divergentes ocorreram de acordo com a literatura (N=1040). Para validação concorrente, grupos critérios foram constituídos com amostras clínicas (N=200), escolares com comportamento atípico (N=104) e adolescentes acusados de ato infracional (N=129), sendo constatada a validade dos instrumentos. A partir desses dados, uma normatização preliminar foi estabelecida, a fim de viabilizar a utilização da bateria no contexto clínico. Os resultados obtidos fornecem novas possibilidades para avaliação e compreensão do desenvolvimento juvenil, bem como para o planejamento de intervenções interdisciplinares.

**Palavras-Chave:** avaliação psicológica; adolescência; ajustamento psicológico; validação; normatização

## ABSTRACT

The aim of the present work was to develop, validate, and standardize a battery of five scales to assess psychological adjustment of adolescents. The scales are self-report instruments, which assess anxiety, mood, attention/motor activity, thinking processes, and social behavior of adolescents between 11 and 17 years of age. These constructs were selected on the basis of observed clinical need in our culture. Studies of content, construct, and criterion validity showed that the instruments presented good psychometric characteristics and were adequate for clinical use. Factorial analyses were performed with a sample of 4033 southern Brazilian adolescents (mean age=14.4 years; sd=1.72) who responded to 5302 scales. Results showed that the internal consistency of the scales varied between .62 and .93. Two-factor solutions were found for the anxiety scale (Anxiety Indicators and Anxiety Control) and for the thinking processes scale (Cognitive and Sensorial Aspects and Compulsive Actions). Three-factor solutions were found for the mood scales (Depressed Mood, Subjective Well-Being, and Maniac and Suicidal Risk), attention/motor activity (Lack of Attention, Executive Functions Control, and Hyperactivity/Impulsivity) and for the social behavior scale (Antisocial Behavior, Prosocial Behavior, and Oppositional-Defiant). Correlations with convergent/divergent instruments were in accordance to what would be expected from the international literature (N=1040). To evaluate concurrent validity, criterion groups were formed with clinical samples (N=200), students with atypical behavior (N=104), and adolescents accused of crimes (N=129). The results showed that the scales discriminated between these groups and the general sample. A preliminary standardization is presented to allow for the clinical use of the scales. The results also offer new possibilities for assessment and insights into adolescent development in our culture. Also, these scales should be helpful for planning interdisciplinary interventions.

**Keywords:** psychological assessment; adolescence; psychological adjustment; validation; normatization

## Planejamento esquemático da pesquisa

### Capítulo I

*Caracterização teórica dos construtos e justificativa da pesquisa*

#### **Sistema psicológico coberto pelos testes propostos:**

Ajustamento psicológico

#### **Atributos do ajustamento psicológico avaliados nessa bateria:**

Ansiedade, humor, atenção/atividade motora, pensamento,  
conduta social

Análise da relevância da avaliação dos problemas de ajustamento  
na adolescência

(justificativa da pesquisa)

Caracterização dos construtos

Ansiedade

Humor

Atenção/Atividade Motora

Pensamento

Conduta Social

Delimitação dos objetivos da pesquisa e planejamento dos estudos

## Capítulo II

*Delimitação metodológica da pesquisa, resultados e discussão*

### **Estudo I: Elaboração dos Itens e Validação de Conteúdo**

Revisão da literatura

Entrevistas com profissionais (N=8) e com adolescentes (N=24)

Levantamento de testes nacionais

Análise de instrumentos que avaliam o mesmo construto ou correlatos

Análise de prontuários (N=297)

Versão preliminar da escala

### **Validade de Conteúdo**

Análise semântica dos itens (N=60)

Análise de juízes (N=13)

### **Estudo II: Validação de Construto**

Estudo piloto (Etapa I: N=122; Etapa II: N=103)

Avaliação da dimensionalidade e precisão (N=4033 participantes e 5302 escalas preenchidas)

### **Estudo III: Validação Convergente/Divergente (N=1040 escalas)**

**Estudo IV: Validação de Critério** (Amostra judicial: N=129; amostra clínica: N=200; amostra indicada pela escola: N=104)

### **Estudo V: Padronização e Normatização**

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A proposição de novos instrumentos de avaliação psicológica é um dos temas de grande interesse da Psicologia nos últimos anos, em especial pela desatualização e falta de referências sobre os atributos teóricos e psicométricos de muitos testes disponíveis no país. Os dados apresentados em 2003 por uma comissão consultiva do Conselho Federal de Psicologia quanto à qualidade dos testes psicológicos comercializados (CFP, 2003) corroboram outros estudos (Custódio, 2002; Hutz & Bandeira, 2003; Noronha, 2002) que evidenciam a necessidade iminente da oferta de instrumentos que atendam aos padrões de excelência propostos pela Resolução nº02/2003 do Conselho (CFP, 2003).

Nas diferentes áreas de intervenção, resultados obtidos através de técnicas não validadas podem fundamentar diagnósticos e estratégias de ação que vão de encontro à realidade contextual e repercutem sobre a eficácia dos tratamentos desenvolvidos e a tomada de decisão dos clínicos. Nesse sentido, diversos pesquisadores do campo da Avaliação Psicológica (Hutz & Bandeira, 1993; Pasquali, 2001; Primi, 2002; Wechsler, 1999, 2001) ressaltam que as diretrizes da produção nacional de conhecimentos nessa área deveriam centrar-se na qualificação dos instrumentos existentes, na orientação ética e deontológica dos profissionais e na construção de novos testes que apresentem propriedades psicométricas adequadas.

Contudo, embora a escassez de recursos avaliativos seja generalizada no campo da Psicologia (Bandeira, Giacomoni & Arteché, 2001; Noronha, Alchieri & Primi, 2002), uma das linhas de investigação na qual a falta de indicadores fidedignos acarreta graves conseqüências refere-se ao ajustamento psicológico de adolescentes. Esta carência implica sérias adversidades em pelo menos duas instâncias: social e científica. Em ambas, a ausência de recursos metodológicos destinados à avaliação juvenil impede que se conheça o padrão normativo de desenvolvimento adolescente e, por conseguinte, aspectos clínicos e epidemiológicos dos comportamentos desadaptativos entre os jovens. Em vista dessa demanda, a presente pesquisa foi realizada com o propósito de investigar o ajustamento psicológico de adolescentes gaúchos de 11 a 17 anos de idade através da construção, validação e normatização de escalas psicométricas que cubram os seguintes atributos do ajustamento psicológico: humor, ansiedade, pensamento (obsessões/ compulsões), atenção/atividade motora e conduta social.

## 1.1 Ajustamento psicológico de adolescentes

No campo da Psicologia do Desenvolvimento, diferentes perspectivas teóricas comumente caracterizam a adolescência como um período marcado por diversos conflitos intra e interpessoais (Elder, 1998; Steinberg, 1999; Williams, Holmbeck & Greenley, 2002). No entanto, muito do que se sabe sobre o desenvolvimento juvenil é proveniente do relato de experiências clínicas, o que implica um forte viés metodológico à descrição dos índices de adaptação psicológica típicos da adolescência, dada a limitação das técnicas de amostragem utilizadas. Ao discutir aspectos clínicos emergentes da prática terapêutica, esses estudos acabam por enfatizar comportamentos disfuncionais e fatores de risco que são, muitas vezes, generalizados de forma equivocada a toda população juvenil e criticados por pesquisas provindas de áreas como a Saúde Coletiva, como o de Assis (2005). O trabalho epidemiológico de Assis conclui que a representação que os adolescentes fazem sobre si enaltece características positivas como autoconceito e extroversão, a despeito da visão de muitos teóricos.

A insuficiência de estudos empíricos sobre a população adolescente brasileira na perspectiva dos estudos médicos ou psicológicos é evidente em duas revisões realizadas. A primeira provém do campo da Psiquiatria e destina-se a fazer uma investigação sobre o estado da arte da pesquisa na área da Psiquiatria da infância e da adolescência no Brasil e nos EUA (Rohde, Eizirik, Ketzer & Michalowski, 1999). Os resultados encontrados permitem a identificação de pouquíssimos focos de pesquisa sobre o tema no Brasil e nos EUA e subsidiam uma discussão sobre o nítido desinteresse dos psiquiatras na prática da pesquisa e no acesso aos resultados de pesquisas científicas. A segunda revisão refere-se a um levantamento dos trabalhos científicos publicados nos últimos 20 anos nos principais periódicos nacionais de Psicologia, realizado por Bardagi, Reppold, Hutz, Cestari e Betts (2003). Os resultados obtidos ressaltam que o desinteresse no campo da pesquisa sobre adolescência é evidente também entre os psicólogos. Do total de 1778 artigos analisados pelos autores, somente 6,3% eram pesquisas específicas sobre adolescentes, sendo a maior parte dessa produção (83%) procedente de quatro estados brasileiros.

Essas limitações dificultam que se identifiquem parâmetros consistentes e realistas acerca do desenvolvimento adaptativo dos adolescentes. Por conseqüência, restringe também o estabelecimento dos dados referentes aos transtornos psicológicos específicos da adolescência. Isso porque a psicopatologia é caracterizada nessa tese como uma distorção das condições normais do desenvolvimento típico, pressupondo-se, assim, um contínuo entre a normalidade e a manifestação das desordens mentais (Keyes, 2002; Kiser, Lefkowitz & Kennedy, 2003; Wilkinson & Walford, 1998). De acordo com esse enfoque,

o ajustamento psicológico pode ser definido como um processo dinâmico e funcional que visa ao bem-estar e retrata um padrão de comportamentos condizentes com as demandas sociais e uma ausência de problemas psicossociais graves e persistentes.

## **1.2 Relevância da avaliação dos problemas de ajustamento durante a adolescência**

Diversos estudos assinalam a alta prevalência das alterações afetivas e dos transtornos disruptivos na população juvenil (Appleyard, Egeland, van Dulmen & Sroufe, 2005; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Fountoulaks & cols., 2005; Lewczyk, Garland, Hurlburt, Gearity & Hough, 2003; Lima, 1999; Vermeiren, 2003; Xianchen & cols., 2001). Esse panorama sobre a saúde emocional dos adolescentes é especialmente preocupante se considerarmos que os índices referentes à incidência de problemas de internalização<sup>1</sup> possam estar subestimados pelo estigma social e pela incapacidade de rastreamento clínico de muitas técnicas avaliativas utilizadas. Ocorre que, em muitos círculos familiares, o humor deprimido e as conseqüências deste, por exemplo, são tratados como uma situação passageira a ser abordada na esfera privada, de modo a não revelar os problemas relacionais e os conflitos cotidianos (Reppold & Hutz, 2004; Sourander, Helstelä, Haavisto & Bergroth, 2001).

Além disso, a dificuldade de muitos pais e professores em discriminar desordens afetivas realça a necessidade premente de instrumentos de auto-relato. Um estudo realizado por Chartier e Lassen (1994) junto a crianças e adolescentes com ideação suicida, por exemplo, indicou que apenas 6% dos pais dos participantes tinham conhecimento das dificuldades e intenções de seus filhos. Outro estudo mais recente realizado por Foley e colegas (2005) também evidencia a incongruência da visão dos pais sobre as condições emocionais de seus filhos quando esses dados são comparados com o auto-relato das crianças ou adolescentes e à avaliação médica. O trabalho realizado com uma amostra de 2798 sujeitos de 8 a 17 anos de idade e seus pais indica que o índice de concordância entre a avaliação de um psiquiatra e o relato isolado da mãe, do pai ou da criança/adolescente não foi, em nenhuma medida, maior do que o esperado ao acaso. No caso de transtornos ansiosos ou depressivos, a discordância entre a avaliação clínica e o relato isolado da mãe chega a 67% e do pai, a 100%. Os autores referem, que apesar disso, na clínica psiquiátrica, o diagnóstico desses transtornos mentais baseia-se, muitas vezes, em um único informante, principalmente se a queixa provém do relato materno.

No contexto escolar, esta limitação para identificar fatores de risco parece ser ainda maior, visto que, ao contrário daqueles que manifestam comportamentos anti-sociais

---

<sup>1</sup> Distúrbios emocionais, como desesperança, depressão, ideação suicida, obsessões, fobias e somatizações.

(agitação psicomotora, agressividade, impulsividade, comportamentos delinquentes, etc.), os alunos que manifestam sintomas característicos de problemas de internalização tendem a ser menos percebidos pelos professores (Youngstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000). Desta forma, torna-se imprescindível a disponibilidade de instrumentos que possibilitem a triangulação de dados para fins diagnóstico e terapêutico.

Também no que se refere aos problemas de comportamento anti-sociais, a criação de escalas psicológicas para avaliação dimensional de adolescente é um importante recurso no campo da Psicologia do Desenvolvimento para identificação precoce de padrões comportamentais disfuncionais que podem evoluir para transtornos psiquiátricos na vida adulta. Pesquisas realizadas a partir de instrumentos dessa natureza podem subsidiar a organização de intervenções profiláticas, cujo objetivo é interromper a trajetória de comportamentos que, muitas vezes, não preenchem critérios para classificação diagnóstica na juventude, mas, desde então, desencadeiam prejuízos sócio-afetivos importantes ao desenvolvimento salutar.

A proposição das escalas pode também auxiliar nas pesquisas das áreas da Psiquiatria, Neurologia e Psicologia Clínica, à medida que estabelece critérios dimensionais e objetivos para avaliação padronizada dos efeitos de novas intervenções e dos danos neurofuncionais associados a psicopatologias específicas. Assim, é possível ter medidas mais precisas para analisar a eficácia dos tratamentos propostos e investigar cientificamente a proximidade de certos transtornos em relação a sua fenomenologia, etiologia, curso e comorbidade. Essa preocupação metodológica relacionada à padronização dos instrumentos psicométricos utilizados em pesquisas clínicas, principalmente daqueles que possibilitem uma melhor discriminação dos casos identificados, é observada desde a década de 70.

A proliferação dessa técnica deve-se, em grande parte, a dois fenômenos: a introdução de um sistema classificatório multiaxial no campo da Psiquiatria a partir do DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) e o avanço da Psicofarmacologia. A proposta do DSM-III contribuiu com o desenvolvimento da Psicometria por disponibilizar critérios diagnósticos operacionais para avaliação dos transtornos mentais. Já a Psicofarmacologia, por ressaltar a necessidade de homogeneização das amostras em pesquisas envolvendo medicamentos psicotrópicos destinadas à avaliação das mudanças clínicas produzidas pelas drogas. Assim, as técnicas psicométricas passaram a ser consideradas nos anos 70 uma solução para eliminar o aspecto subjetivo que entrevistas implicavam às avaliações. Desde então, seus princípios norteiam grande parte dos

delineamentos de pesquisa clínica e epidemiológica (Andreoli, Almeida Filho, Coutinho & Mari, 2000; Jorge & Custódio, 2000).

Atualmente, os instrumentos psicométricos de auto-relato são a principal fonte utilizada em pesquisas clínicas internacionais (Andreoli, Blay & Mari, 2000; Jorge & Custódio, 2000). Entretanto, é oportuno enfatizar que, seja em uma situação de pesquisa ou de intervenção clínica, é o propósito da avaliação que deveria justificar a seleção dos métodos e recursos a serem utilizados e não o contrário, como ocorre muitas vezes. Todas as técnicas avaliativas apresentam características que as tornam indicadas para determinados propósitos e contra-producentes para outros.

A utilização da entrevista clínica, por exemplo, apresenta a vantagem da investigação das nuances do desenvolvimento dos comportamentos disfuncionais, tais como os contextos biográfico e sócio-cultural nos quais esses emergem. Outra vantagem dessa técnica é a possibilidade de estabelecimento de uma aliança terapêutica que beneficie o tratamento subsequente. Todavia, trata-se de um procedimento baseado na experiência profissional do clínico e em sua impressão pessoal; portanto, sujeito à influência de fatores subjetivos que podem enviesar a avaliação. Esse viés pode repercutir tanto no processo de coleta e registro dos dados, quanto na interpretação dessas informações.

Comparadas essas desvantagens com os benefícios da avaliação psicométrica (objetividade, baixo custo, rapidez e fácil aplicação), as escalas padronizadas têm sido preferencialmente usadas no campo científico. Soma-se aos motivos por essa preferência, a possibilidade que esse recurso oferece de avaliar a intensidade e frequência da ocorrência de determinados comportamentos, pensamentos e sentimentos a partir de uma perspectiva dimensional (Pasquali, 2001).

A adoção dessa perspectiva no campo da Psicologia parece ser mais adequada à realidade clínica por compreender a normalidade e a psicopatologia como polaridades que constituem um contínuo. Na abordagem dimensional, as entidades nosológicas são concebidas como um conjunto de comportamentos desajustados para uma determinada faixa etária ou contexto e representam um extremo do que seria esperado em um desenvolvimento típico. Essa visão contrapõe-se à corrente da psicopatologia categorial (Dalgarrondo, 2000).

Na perspectiva categórica, a psicopatologia é compreendida como uma condição distinta, qualitativamente diferente da normalidade. Nesse enfoque, os transtornos mentais específicos representam entidades independentes, cujas fronteiras são bem demarcadas por um número invariante de critérios diagnósticos. Isso resulta em uma avaliação binomial, que indica somente a existência ou não de um quadro clínico classificado como um

transtorno mental determinado. Em contrapartida, a avaliação dimensional, ao assumir uma visão mais abrangente, considera a existência de um espectro de manifestações que representam dificuldades psicológicas de mesma natureza, mas de intensidades diferentes (Pasquali, 1999). Segundo a abordagem dimensional, a interpretação dos dados obtidos em uma avaliação não deveria se restringir a uma análise dicotômica sobre a presença ou ausência de sintomas, mas considerar como sintomas manifestos em intensidades diferentes repercutem sobre a adaptação e o desenvolvimento do sujeito.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a proposta da avaliação apresentada na presente tese engloba considerações de diferentes áreas da Psicologia, principalmente da Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade, da Psicopatologia, da Psicologia Clínica e da Avaliação Psicológica. Todas essas contribuem em suas especificidades para subsidiar uma melhor compreensão sobre a caracterização clínica e os parâmetros normativos dos fenômenos que representam o ajustamento psicológico.

### **1.3 Caracterização dos construtos pertinentes à avaliação do ajustamento psicológico de adolescentes**

Conforme já exposto, os construtos escolhidos para nortear essa pesquisa sobre o ajustamento psicológico de adolescentes foram: 1) ansiedade, 2) humor, 3) atenção/atividade motora, 4) pensamento e 5) conduta social. A seguir, cada um desses construtos será descrito de modo a contemplar os seguintes tópicos:

- Dimensões e representações comportamentais do construto
- Aspectos históricos, desenvolvimentais e epidemiológicos do construto
- Alterações clínicas dos comportamentos representativos do construto (mudanças estruturais e funcionais relacionadas)
- Evolução clínica das alterações relacionadas
- Explicações etiológicas sobre as alterações dos comportamentos representativos do construto
- Relações existentes entre o construto e outras variáveis psicológicas (comorbidade)
- Instrumentos disponíveis para avaliação do construto

#### **1.3.1. Ansiedade**

A ansiedade é definida como um sentimento difuso e desagradável de apreensão, caracterizado pela antecipação de algo desconhecido ou perigoso e seguido por um conjunto de reações autônomas que pode assumir uma constelação específica em cada

indivíduo. Essas reações assemelham-se, em termos fenomenológicos, ao que ocorre no medo; no entanto, enquanto o medo se refere a uma ameaça real, presente e externa, circunscrita a um objeto específico, a ansiedade é uma resposta psicológica que emerge diante de uma ameaça indeterminada, persistente e não necessariamente percebida de forma evidente pelo sujeito (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996; Kagan, 1998). Segundo Muris, Rapee, Meesters, Schouten e Geers (2003), a experiência da ansiedade é constituída por dois elementos: a consciência das alterações motores e viscerais e um componente metacognitivo da sensação de preocupação ou antecipação do medo. Nessa perspectiva, ressalta-se que a ansiedade é uma reação comum a todos sujeitos, com potencial adaptativo de autopreservação. À medida que funciona como um sinal de alerta para ameaças iminentes, prepara o indivíduo para se esquivar dos riscos ou atenuar as conseqüências aversivas de situações conflitivas.

A ansiedade normal, positiva ao ajustamento psíquico do sujeito, distingue-se, assim, da ansiedade patológica em função de uma avaliação clínica baseada no estado interno descrito pelo indivíduo, no comportamento observado e na funcionalidade (potencial adaptativo) do comportamento manifesto. Especificamente, Safren e colegas (2000) afirmam que tais parâmetros fundamentam-se na frequência e duração dos sintomas, no prejuízo ocasionado ao bem-estar subjetivo e no nível de comprometimento social que demanda. Desse modo, uma forma prática de reconhecer uma reação exagerada ao estímulo ansiogênico é identificar uma expressão ansiosa de longa duração, descontextualizada, incapaz de ser autolimitada e qualitativamente inesperada para determinada faixa etária (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

A ansiedade apresenta indicadores de quatro naturezas distintas. *Indicadores de humor* incluem um estado de tensão persistente e baixa tolerância à frustração, associados por vezes a sentimentos de condenação e incapacidade, à necessidade de deferência a autoridades ou a uma sensação de desastre iminente, que pode conduzir ao medo de enlouquecer ou perder o controle de suas ações (*American Psychiatry Association*, 2002). A preocupação antecipatória decorrente da possibilidade de exposição a uma situação temerária é o principal *indicador cognitivo* da ansiedade. Outros marcadores dessa natureza são a distorção cognitiva (interpretação errônea da situação) e a freqüente criação de expectativas irrealísticas relacionadas ao evento ansiogênico. Quando isso ocorre, a focalização inapropriada da atenção sobre supostas ameaças pode diminuir a capacidade do indivíduo processar informações não relacionadas a ameaças. Isso pode torná-lo mais vulnerável à sensação de desrealização e mais distraído em relação aos estímulos

considerados neutros no ambiente social (Matthews & Wells, 2000; Norton, Asmundson, Cox & Norton, 2000).

Os *indicadores somáticos* distribuem-se em dois grupos de marcadores: os sintomas que resultam da estimulação imediata do sistema nervoso autônomo (palpitações, tremores, náuseas, sudorese, hiperventilação, parestesia, aceleração cardíaca, etc.) e aqueles originados pela estimulação prolongada desse sistema (fadiga, cefaléias, tonturas, dificuldades gástricas, problemas musculares, etc.). Associados a esses, estão os *indicadores motores* da ansiedade, expressos através de sensações de inquietação e agitações psicomotoras (atividade motora aleatória e sem objetivo), atitudes impacientes e respostas de susto descomedidas (APA, 2002).

A co-ocorrência desses marcadores clínicos contribui para o agravamento dos quadros de ansiedade não apenas pelos déficits funcionais que acarretam ao indivíduo durante sua manifestação, mas, sobretudo, pelo prejuízo social e acadêmico que implicam em longo prazo. De fato, o impacto negativo da ansiedade sobre uma gama de variáveis psicossociais é consistentemente demonstrado por pesquisas que a vinculam longitudinalmente ao maior risco de absenteísmo e evasão escolar, dificuldade de relacionamento interpessoal, vitimização e à utilização recorrente de serviços psiquiátricos por queixas associadas (Ameringen, Mancini & Farvolden, 2003; Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998; Russo & Beidel, 1994).

Contudo, a expressão e a consciência da ansiedade assumem características diversas ao longo do desenvolvimento, em razão da aquisição progressiva de capacidades emocionais e cognitivas relacionadas a processos psicológicos básicos, como memória, percepção e pensamento. Assim, embora a ansiedade exagerada seja normalmente percebida pelos adultos e adolescentes como algo irracional, entre as crianças, a ansiedade exacerbada é muitas vezes relatada como uma experiência lógica, acrítica (egossintônica) e manifesta principalmente por sintomas somáticos (APA, 2002; Ollendick, King & Muris, 2002). Na infância, em geral, comportamentos ansiosos estão vinculados a medos específicos (como do escuro, de certos animais ou fenômenos naturais, ou de permanecer longe dos pais), moderados pela real necessidade infantil de cuidados básicos e proteção e pelo nível de egocentrismo da criança ao julgar o aspecto lógico de seus medos. Já na adolescência, o aumento das capacidades de autoconsciência e abstração reflexionante típicas desse período fomenta a maior incidência de ansiedade relacionada à fobia social, à medida que torna o jovem mais competente para julgar seu desempenho social e antecipar supostos comportamentos e avaliações de terceiros (Bernstein & cols., 1996; Inderbitzen & Hope, 1995). Isso é expresso no estudo de Novick-Kline e colegas (2005) que revela que a

ansiedade generalizada apresenta uma correlação positiva com o nível de autoconsciência. Essa noção é reforçada também pelas evidências de que os sujeitos que apresentam alta ansiedade social demonstram uma memória seletiva para informações negativas, mas apenas quando estão antecipando interações sociais ou quando as informações se referem a como imaginam que os outros os julguem (Norton & cols., 2000).

Diferenças típicas de aspectos desenvolvimentais também são observadas quanto à significação atribuída à ansiedade. No caso do pânico, Kearney, Albano, Eisen, Allan & Barlow (1997) enfatizam que, enquanto as crianças costumam vivenciar os sintomas de um ataque de pânico como algo não catastrófico, as habilidades cognitivas de um adolescente o fazem geralmente significar essa experiência como um evento fortemente estressor. Essas distinções relativas à fenomenologia dos sintomas ansiosos são de especial interesse à área científica para compreensão da etiologia e do curso da ansiedade patológica. Contudo, apesar do crescente empenho dos cientistas em investigar essas questões nas duas últimas décadas, as pesquisas ainda são pouco precisas ao definir características específicas desse construto entre crianças e adolescentes (Essau, Conradt & Petermann, 2002; Norton & cols., 2000).

Muito do que se sabe provém de estudos retrospectivos realizados com amostras clínicas de adultos que apresentavam, já na infância, os primeiros indicativos de ansiedade. Esses estudos fundamentam-se em um questionável pressuposto adultomórfico, evidente também nas pesquisas que buscam descrever a prevalência da ansiedade na população juvenil a partir de instrumentos originalmente destinados para adultos. Por requerer o uso de recursos metacognitivos, esses instrumentos mostram-se inadequados à medida que seus itens são de difícil compreensão para os adolescentes e limitam a possibilidade de identificação dos padrões normativos da ansiedade entre adolescentes (Essau & cols., 2002; Valentiner, Gutierrez & Blacker, 2002).

Assim, visto que a maioria dos transtornos de ansiedade tende a iniciar na infância e no princípio da adolescência e a apresentar um curso crônico (APA, 2002; Bahs, 2004; Pine & cols., 1998), tornam-se imprescindíveis, no campo da saúde pública, pesquisas que considerem em seu método as peculiaridades da adolescência e que consigam estabelecer critérios para deliberação de pontos de corte clínicos relativos à ansiedade disfuncional. Esses dados viabilizariam a organização de intervenções psicofiláticas contextualizadas à realidade, uma vez que manifestações subclínicas da ansiedade ocorrem também entre adolescentes com desenvolvimento típico (Muris & cols., 2003) e normalmente não demandam um atendimento terapêutico.

Na perspectiva de um contínuo entre o normal e o patológico, transtornos ansiosos são diagnosticados somente quando a ansiedade constitui um conjunto de sintomas primários<sup>2</sup> que preencha um número mínimo de critérios diagnósticos típicos. No sistema classificatório do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2002), a seção referente aos transtornos de ansiedade distingue nessa última versão treze quadros específicos<sup>3</sup>. Dentre esses, estão o ataque de pânico, transtorno de pânico, fobia específica, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de estresse agudo e transtorno de ansiedade de separação.

No conjunto, esses transtornos foram os mais afetados pelas modificações propostas nas versões do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais ao longo dos anos. As principais alterações ocorridas desde a primeira edição do Manual foram a supressão do paradigma psicodinâmico das neuroses e o acréscimo das considerações provindas dos estudos neuropsicológicos sobre ansiedade. Essa mudança viabilizou uma discussão mais integrada entre a etiologia e o curso desses transtornos, uma definição mais pragmática dos critérios diagnósticos e dos diagnósticos diferenciais e, em última instância, dados mais precisos sobre a prevalência da ansiedade disfuncional.

Atualmente, os transtornos de ansiedade são descritos como uma das formas mais comum de psicopatologia entre indivíduos de diferentes idades e nacionalidades (Muris & cols., 2003; Safren & cols., 2000). As estimativas da presença desses distúrbios entre amostras infanto-juvenis variam entre 5,7% e 21,4%, mas a maioria dos estudos indica uma prevalência superior a 10% (Ameringen & cols., 2003; Bahs, 2004; Essau & cols., 2002; Safren & cols., 2000). A disparidade desses índices provavelmente decorre, em parte, do fato de que os instrumentos disponíveis para avaliação enfocam aspectos distintos do construto ansiedade, priorizando especialmente dimensões como medo, afeto negativo ou estresse. Outra possível razão é a falta de consistência metodológica nas pesquisas que utilizam diferentes fontes de informação para investigar a incidência de problemas de internalização. Dada a natureza subjetiva da ansiedade, os dados descritos por pais ou professores a partir do comportamento observado tendem a ser normalmente subestimados em relação aos índices apresentados pelos adolescentes em instrumentos de auto-relato (Achenbach, 1991; Deater-Deckard & Plomin, 1999).

Ainda em relação à prevalência da ansiedade patológica, pesquisas demonstram que os transtornos mais comuns entre crianças e adolescentes são, por ordem, o transtorno de

---

<sup>2</sup> Sintomas primários são aqueles não são mais bem explicados por outras condições psiquiátricas.

<sup>3</sup> Embora se deva frisar que, nessa tese, o instrumento elaborado para avaliação de ansiedade não tenha o propósito de diagnosticar transtornos específicos, uma breve caracterização dos principais transtornos é

separação (principalmente entre crianças), o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas, todos com um índice de ocorrência inferior a 5% (Bernstein & cols., 1996; Essau & cols, 2002). No entanto, enquanto o primeiro apresenta um índice de remissão alto, próximo de 96% (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996), os demais tendem a manter um curso estável e um baixo índice de remissão, com progressivos prejuízos psicossociais.

O estudo longitudinal de Pine e colegas (1998) aponta que a presença de distúrbios de ansiedade na adolescência aumenta cerca de três vezes a probabilidade de ansiedade patológica na vida adulta. Todavia, o curso dos diferentes subtipos de ansiedade tende a variar. Fobias específicas são preditoras desse mesmo diagnóstico na vida adulta, mas o mesmo não ocorre na ansiedade generalizada (Manfro & cols., 2003; Manfro, Isolan, Blaya, Santos & Silva, 2002) e no transtorno de pânico (Goodwin & cols., 2004; Wilson & Hayard, 2005) que apresentam um curso inespecífico. Ao investigar o histórico de pacientes com diagnóstico de fobia social, Manfro observou que 75% de sua amostra apresentava um nível de ansiedade exacerbada na infância. Goodwin também mostra essa evolução ao apontar que a ocorrência de ataques de pânico na adolescência pode ser um fator de risco para incidência tanto de um outro transtorno de ansiedade (ansiedade generalizada, fobia social ou fobia específica) (54,6% de risco), quanto de um abuso de substâncias psicoativas (60,4% de risco) na vida adulta. A persistência da ansiedade disfuncional parece estar relacionada ao avanço da idade, à manifestação paralela de somatizações ou abuso de substância e à experiência prévia de eventos de vida negativos. Outro estudo longitudinal (Essau & cols., 2002) corrobora esses achados ao mostrar que cerca de 42% dos adolescentes continuavam a manifestar sintomas ansiosos após quatro anos do início da pesquisa

Esses achados destacam outra questão relevante na avaliação clínica da ansiedade: a alta comorbidade existente entre os transtornos ansiosos e outras psicopatologias, tais como transtornos de humor, transtornos somatoformes ou problemas de externalização (transtorno de conduta ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) (Gest, 1997; Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet & Bogie, 2001; Russo & Bedel, 1994). Dessas, a co-ocorrência mais controversa no campo científico refere-se à distinção entre ansiedade e depressão. Devido à alta correlação encontrada entre essas duas medidas, alguns pesquisadores consideram ambas como parte de um único construto, denominado afetividade negativa (Barret & Russel, 1998; Cole, Truglio & Peeke, 1997). Outros,

---

descrita no anexo A, a fim de apresentar as representações comportamentais que assumem as dimensões que compõem o construto ansiedade.

acreditam tratar-se de dois construtos distintos (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000).

Uma teoria trifatorial apresenta uma terceira hipótese para explicar essa aproximação entre os construtos. Clark e Watson (1991) propuseram uma teoria tridimensional para explicar as similaridades e diferenças entre os sintomas de ansiedade e depressão. Segundo eles, esses problemas de internalização têm em comum um fator relativo a sintomas gerais de estresse (afeto negativo). Além disso, apresentam, respectivamente, um fator específico para ansiedade (que inclui um conjunto de respostas autonômicas e fisiológicas típicas) e outro específico para depressão (referente a sintomas de humor associados com baixo afeto positivo, como tristeza, apatia, anedonia e desesperança). A partir dessas dimensões, Clark e Watson justificam que as altas correlações encontradas entre ambas medidas ocorrem porque os pesquisadores comumente utilizam para essa investigação instrumentos que avaliam somente estresse geral ou afetividade negativa.

De fato, quando são comparados os escores de ansiedade geral, fobia social e depressão de uma amostra de adolescentes, observa-se que as correlações entre fobia social e depressão são mais baixas do que aquelas encontradas entre fobia social e ansiedade geral ou mesmo entre essa e o índice de depressão (Inderbitzen & Hope, 1995; Pine & cols., 1998). Esses dados reforçam a suposição de componentes específicos aos construtos e auxiliam no processo de validação divergente de instrumentos para essas medidas. Isso vale especialmente para a depressão, visto a alta expectativa de correlação negativa entre afeto positivo e depressão e de correlação positiva entre afetividade negativa e ansiedade ou depressão (Diener, 2000).

A alta comorbidade entre sintomas depressivos e ansiosos remete à discussão sobre os fatores etiológicos envolvidos na manifestação dos transtornos emocionais. Diversos estudos demonstram que a presença de psicopatologia parental aumenta a vulnerabilidade infantil à manifestação de desordens de ansiedade e outros transtornos subseqüentes, inclusive a depressão. Pesquisas conduzidas por Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau e Olfson (1997) mostraram que quando um dos pais apresenta diagnóstico de depressão, as crianças têm um risco triplicado de manifestar índices de ansiedade patológica na infância e um risco oito vezes maior que um grupo controle de apresentar sintomas depressivos na adolescência. Contudo, esses autores restringem a interpretação desses dados a inferências sobre o papel do ambiente e dos fatores disposicionais na manifestação dos transtornos, cuja etiologia depende de aspectos multifatoriais.

Por um lado, é indubitável o risco transgeracional observado entre gêmeos (Eley & Stevenson, 2000), embora ainda não seja possível precisar em que medida a intensidade e constelação dos sintomas refletem uma influência biológica. Por outro, quadros como o estresse pós-traumático e as fobias específicas indicam que a ansiedade apresenta também um forte componente situacional, explicado pelos teóricos da aprendizagem através dos processos de condicionamento respondente, condicionamento operante e reforçamento vicário (D'haenen & Andrews, 2000). Essa perspectiva é evidenciada, sobretudo, pelas pesquisas que exibem a maior vulnerabilidade de ex-combatente de guerra e vítimas de violência à ansiedade patológica (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Holmes, Grey & Young, 2005; Kindt & Engelhard, 2005; Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003; Wilson & Rapee, 2005). Nessa direção teórica, fundamentam-se também diversos estudos que revelam que as crianças que percebem seus pais como autoritários (Baumrind, 1991, 1997; Maccoby, 2000; Maccoby & Martin, 1983), bem como aquelas expostas a situações de negligência familiar ou abuso físico, psicológico ou sexual (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman, 1998; Ford & cols., 2000; Johnson, Inderbitzen-Nolan & Schpaman, 2005), apresentam maiores índices de ansiedade que seus pares. Johnson e colegas (2005) observaram que adolescentes com maior escore de fobia social tendem a achar que seus pais concordam com uma avaliação negativa que outras pessoas fazem sobre eles, envergonham-se do comportamento que eles apresentam e agem de forma a restringi-los socialmente. Todavia, deve-se considerar que esses achados podem ter sido enviesados por uma distorção cognitiva que caracteriza esse transtorno. Ou seja, por uma tendência a interpretar com mais facilidade circunstâncias neutras ou ambíguas como temerárias e esperar erroneamente que uma situação cotidiana se torne intimidante ou assustadora.

Se por um lado é procedente a consideração da distorção cognitiva como um atenuante da avaliação do contexto familiar das crianças e adolescentes ansiosos, por outro é possível pensar que a distorção seja um padrão comportamental aprendido a partir dos modelos familiares. Creswell, Schniering e Rapee (no prelo), em um estudo realizado com 27 crianças com transtorno de ansiedade, 33 crianças de um grupo controle e suas respectivas mães, indicam que as crianças com transtorno de ansiedade e suas mães apresentavam uma tendência à interpretação negativa diante de cenários ambíguos, havendo uma correlação significativa entre as díades mãe-criança. Portanto, pode-se pensar que a tendência à distorção cognitiva seja um padrão aprendido ao longo da vida.

A teoria da aprendizagem frente à ansiedade é ratificada ainda pelo modelo comportamental sobre o papel da esquivas na aquisição e manutenção de um quadro de

ansiedade e pelo padrão de atribuição de causalidade do medo relatado pelos sujeitos fóbicos (Lissek & cols., no prelo). Segundo o modelo comportamental, a ansiedade ou a fobia é adquirida por um condicionamento clássico, que produz, a partir de então, uma reação de afastamento do estímulo supostamente aversivo, fazendo com que esse padrão temerário seja mantido por um reforçamento negativo (fuga/esquiva da experiência ansiogênica), bastante resistente à extinção. Corroborando essa concepção, Ollendick e colegas (2002) enfatizam que a maioria dos indivíduos com fobia a animais, fobia social ou claustrofobia associa o início de seus sintomas a experiências condicionadas aos objetos fóbicos (57,7%), à aprendizagem vicária (17%) ou a informações recebidas previamente (10,4%). No entanto, um estudo clássico realizado por Di Nardo e colegas (1988), comparando grupos de adultos com e sem histórico de fobia a cachorros, demonstrou que experiências condicionadas de medo eram narradas com mais frequência pelo grupo controle do que pela amostra fóbica. Embora ambos demonstrassem situações similares e consistentes de eventos estressores relacionados a cães, manifestavam também expectativas diferentes sobre as conseqüências de uma nova situação.

Por conta de achados dessa natureza, a abordagem cognitivista pressupõe que a explicação desses fenômenos não se centra na experiência diretamente vivenciada, mas no processamento de informações relacionadas às ameaças e na conseqüente criação de expectativas aversivas superestimadas (Engelhard & Arntz, 2005; Falcone, 2001; Wilson & Rapee, 2005, no prelo). Assim, os cognitivistas têm direcionado suas pesquisas para demonstrar, a partir de testes neuropsicológicos (como o *Stroop* emocional<sup>4</sup>, por exemplo) que as pessoas que apresentam alterações da ansiedade têm um padrão de atenção e memória seletivo que as faz perceber mais ameaças no ambiente, processá-las e armazená-las na memória de longa duração. Deste modo, por recordarem mais situações aversivas, tornam-se mais ansiosas que seus pares. Além disso, tendem a apresentar uma distorção cognitiva. Ou seja, a interpretar com mais facilidade circunstâncias neutras ou ambíguas como temerárias e esperar erroneamente que uma situação cotidiana se torne intimidante ou assustadora.

A revisão elaborada por Wilson e Rapee (2005) elenca diversas pesquisas que demonstram a tendência a uma interpretação errônea por parte das pessoas com alto padrão de ansiedade, a qual pode se expressar como uma tendência para tomar para si ameaças sociais difusas, apresentar pensamentos autodepreciativos, interpretar de forma negativa informações sociais ambíguas e superestimar a probabilidade e os efeitos deletérios de

---

<sup>4</sup> *Stroop* emocional é um instrumento neuropsicológico que explora a valência afetiva de determinadas palavras-estímulos

eventos negativos. Estudos experimentais têm apontado que isso possivelmente seja decorrente de diferenças no padrão de vigilância e esquiva apresentado por pessoas ansiosas diante de uma situação que envolva esforço de atenção. Em uma dessas pesquisas, palavras neutras e outras relativas a ameaças físicas e verbais foram apresentadas, em dois momentos distintos, a pacientes com fobia social e a um grupo controle. Enquanto no grupo controle não houve qualquer viés atencional, o grupo fóbico demonstrava inicialmente maior vigilância às palavras ameaçadoras e, posteriormente, maior esquiva a estes estímulos (Van der Oords e cols., 2005). Coles e Heimberg (2005) também relatam encontrar maior frequência de padrões de vigilância e esquiva em pessoas ansiosas confrontadas com expressões faciais que apresentavam características que julgaram outrora aversivas. Os estudos realizados por Arntz, Groot e Kindt (2005) e Lissek e colegas (no prelo) complementam esse debate ao mostrar a relação entre a emoção, a atenção e a memória perceptiva como variáveis mediadoras dos níveis de ansiedade. O trabalho de Lissek revela que pessoas ansiosas tendem a evocar espontaneamente memórias autobiográficas mais autodepreciativas que seus pares. Já os achados de Arntz revelam que histórias de conteúdo emocional são evocadas mais facilmente pelos participantes do que histórias de interesse apenas semântico (neutras). Esse resultado é discutido como uma evidência de que a memória perceptual desempenha um papel proeminente nas memórias traumáticas, estando relacionada à manifestação de pensamentos intrusivos, pesadelos e à experiência somática de “revivência” de um evento negativo, como no Transtorno de estresse pós-traumático.

Essa concepção cognitivista embasa recentes modelos teóricos que elencam os sintomas cognitivos como prioridade para explicar a ansiedade patológica. Um exemplo é o modelo proposto por Dugas, Marchand e Ladouceur (2005) que refere que interpretações negativas e maladaptativas de eventos sociais representam fatores de risco não apenas para ansiedade disfuncional, como também para manifestação de sintomas depressivos (Johnson, Inderbitzen-Nolan & Schpaman, 2005), o que pode ser pensado como uma evidência que corrobora a idéia de um fator comum (afeto negativo) proposto pelo modelo tridimensional de Clark e Watson (1991) já apresentado.

Outra perspectiva adotada pelos pesquisadores para investigação da etiologia dos comportamentos ansiosos refere-se aos traços disposicionais dos sujeitos, tais como a sensibilidade à ansiedade ou sua tendência à introspecção. A sensibilidade à ansiedade refere-se à crença do sujeito sobre o que irá lhe acontecer quando experimentar sintomas de ansiedade (Taylor, 1995). Pessoas com alta sensibilidade à ansiedade acreditam que experiências ansiogênicas podem lhe trazer graves conseqüências sociais, psicológicas e

somáticas, ao passo que os sujeitos com baixa sensibilidade compreendem que a ocorrência de sintomas de ansiedade pode lhe ser desagradável, mas não incapacitante. Essa suscetibilidade ao estresse seria responsável pela ativação de uma reação circular de aumento de ansiedade e um dos preditores do desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, em especial dos ataques de pânico, principalmente a partir dos doze anos de idade (Chorpita & cols., 2000; Falcone, 2001).

Outros traços disposicionais que representam maior risco à ansiedade são o temperamento infantil e os níveis de neuroticismo e extroversão. Esses traços de personalidade incluem, entre outras, dimensões baseadas na capacidade do indivíduo de explorar o ambiente e iniciar e manter relações interpessoais. Uma dessas dimensões é a inibição do comportamento, caracterizada como uma tendência a apresentar timidez extrema e isolar-se diante de uma situação social não familiar (Cuijpers, van Straten & Donker, 2005; Gest, 1997, Kagan, 1998). Associados a uma baixa competência social percebida e a prejuízos no desenvolvimento de habilidades sociais assertivas, os efeitos dessa característica, estável ao longo do desenvolvimento, não se restringem ao desempenho social dos adolescentes. De acordo com estudos longitudinais, o comportamento inibido é um preditor não apenas de fobias sociais, como também do transtorno de ansiedade de separação, do transtorno de ansiedade generalizada e de diagnósticos múltiplos de ansiedade patológica (Kalin, Larson, Shelton & Davidson, 1998; Muris & cols., 2001). A essa concepção etiológica, agregam-se recentes modelos cognitivos relacionados à ansiedade. O modelo proposto por Dugas, Marchand e Ladouceur (2005), por exemplo, distingue quatro características centrais da ansiedade generalizada: orientação precária frente a problemas (estratégias de *coping* inassertivas), intolerância a incertezas, crenças positivas sobre a preocupação e sua função e esquiva cognitiva

As investigações sobre a etiologia da ansiedade patológica abrangem também explicações neuroquímicas e fisiológicas. Fox e colegas (1995) descrevem que as crianças que manifestam comportamentos ansiosos inassertivos apresentam maior ativação na porção direita do lobo frontal. O fato de haver uma atividade neurológica excessiva em uma área do cérebro responsável pela estimulação emocional é ratificada pelas evidências de que os medicamentos benzodiazepínicos diminuem a ansiedade à medida que aumentam a atividade de neurotransmissores GABA, responsáveis pela inibição dos neurônios que produzem a sensação de ansiedade. Em acréscimo a esse modelo explicativo, alusivo à ansiedade crônica observada no transtorno de ansiedade generalizada, outras considerações teóricas no campo da fisiologia referem-se, por

exemplo, a) ao efeito da serotonina sobre os ataques de pânico e o estado de ansiedade (Pyle, Argyropoulos & Nutt, 2004) e sobre a atenção vigilante e a negatividade (Kähkönen & cols., 2005); b) ao efeito do receptor D2 dopaminérgico sobre a comorbidade ansiedade social, depressão e estresse pós-traumático (Lawford & cols., no prelo); c) ao papel do eixo hipotálamo-hipofisário adrenal como um marcador da resposta de estresse e um mediador das mudanças fisiopatológicas decorrentes do estresse (Mello, Mello, Carpenter & Prince, 2003); d) ao papel da amígdala no condicionamento do medo e das fobias (Rosen, 2004); e) ao papel do córtex orbitofrontal no reconhecimento de expressões faciais aversivas em situação de ansiedade social (Adolphs, 2002) e f) à atuação do lactato de sódio sobre a ação aguda da ansiedade em episódios de pânico (Mattis & Ollendick, 2002). Nesse contexto, destacam-se as tentativas contemporâneas de avançar os estudos sobre ansiedade através de uma visão compreensiva que agregue os achados sobre influências genéticas, sociais e ambientais familiares às descobertas sobre alterações no processamento de informações, nas estruturas cerebrais e nos circuitos implicados na ansiedade. Essa perspectiva integradora é destacada no estudo desenvolvido por Norton e colegas (2000).

Entrevistas realizadas por Norton e colegas (2000) com os oito pesquisadores considerados pela comunidade acadêmica como os principais cientistas da área de ansiedade (James Ballenger, David Barlow, Aaron Beck, David Clark, Edna Foa, Rick Heimberg, Donald Klein e Isaac Marks) evidenciam que todos são unânimes em apontar como questão chave nas pesquisas futuras sobre o tema a necessidade de integração teórica e multidisciplinar dos estudos. Segundo os especialistas, isso permitiria elucidar os mecanismos básicos envolvidos na manifestação geral da ansiedade, bem como os fatores que competem para diferenciar quadros específicos de transtornos e para diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos que estão sob as mesmas condições estressoras de outros, mas mostram-se mais resilientes à ansiedade.

Para tanto, é imprescindível a utilização de técnicas avaliativas validadas, sensíveis às diferenças da fenomenologia e intensidade dos sintomas, a fim de aumentar a credibilidade desses estudos e possibilitar uma aproximação dos resultados. No entanto, embora o interesse na investigação dos processos de regulação da ansiedade seja evidente entre pesquisadores brasileiros, como Bandeira (2002) e Falcone (2001), a oferta de instrumentos validados ainda é restrita, especialmente no que concerne aos testes destinados à população adolescente. Para uma avaliação psicométrica da ansiedade infanto-juvenil, algumas das escalas mais utilizadas no contexto internacional para investigação de aspectos gerais da ansiedade ou medo são a *Revised Manifest Anxiety Scale for Children* – RCMAS, a *Spielberger State-Trait Inventory for Children* – STAIC, a

versão adaptada para adolescentes da *Hamilton Anxiety Rating Scales*, a *Anxiety Rating for Children - Revised – ARC-R*, a *Children’s Anxiety Sensitivity Index – CASI* e a *Fear Survey Schedule for Children-Revised – FSSC-R*.

Os instrumentos elaborados mais recentemente têm, em geral, a finalidade clínica de avaliar a presença e severidade de sintomas específicos de ansiedade, correspondentes a categorias diagnósticas do DSM-IV (APA, 2002). Nessa proposta, foram desenvolvidas a *Spence Children’s Anxiety Scale*, a *Multidimensional Anxiety Scale for Children - MASC*, as *Revised Child Anxiety and Depression Scales – RCADS* e a *Scree for Child Anxiety Related Emotional Disorders* em suas versões original e revisada.

Contudo, no Brasil, são poucos os instrumentos validados disponíveis para avaliação da ansiedade, especialmente se tratando de escalas adaptadas para população juvenil. Os principais instrumentos comercializados são a Escala Beck de Ansiedade (Cunha, 2001) e a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN (Hutz & Nunes, 2001), indicadas para o uso a partir dos 17 anos de idade. Vista a escassez de recursos, a ansiedade de adolescentes freqüentemente é avaliada em situações clínicas apenas através de entrevistas semi-estruturadas, de material gráfico ou projetivo, de técnicas não validadas ou por meio de construtos correlatos, como estresse (ESI – Escala de Stress Infantil), raiva (STAXI – Inventário de Expressão de Raiva como Traço e Estado) ou satisfação de vida (Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças adaptada para adolescentes). Nesse sentido, ressalta-se a importância de instrumentos objetivos que possam avaliar com maior precisão aspectos referentes especificamente às dimensões que constituem o construto ansiedade.

### **1.3.2. Depressão**

No início do século XXI, os estudos sobre depressão têm-se caracterizado como um dos principais temas de interesse dos pesquisadores relacionados à área da saúde em decorrência do aumento da prevalência de alterações de humor apresentado por estudos epidemiológicos contemporâneos (Garrison, Addy, Jackson, McKeown & Waller, 1997). Entre os adolescentes, por exemplo, a depressão é apontada como o distúrbio psicológico mais incidente (Kessler, Avenevoli & Merikangas, 2001; Kovacs & Devlin, 1998). Todavia, é preciso considerar que a ocorrência de sintomas depressivos não remete necessariamente a um diagnóstico psiquiátrico. A expressão do humor deprimido assume formas e intensidades diversas, que variam desde uma resposta assertiva a uma situação adversa até a incapacitação física e cognitiva e a prática de comportamentos suicidas.

Por ser uma manifestação tipicamente subsequente a eventos que envolvam perdas ou desapontamentos, a depressão, enquanto um estado afetivo passageiro e coerente com a realidade objetiva, é descrita em termos evolucionários como um comportamento adaptativo de autoproteção que torna o sujeito mais cauteloso e diligente diante de novos eventos estressores (Del Porto, 1999). No entanto, quando sentimentos de tristeza e frustração assumem a conotação de uma alteração persistente e intensa do humor e são associados à presença de outras alterações cognitivas, vegetativas e motoras, essas reações podem ser indicadores de disfunções afetivas que requerem intervenções específicas, mesmo entre crianças e adolescentes (APA, 2002). Do contrário, tendem a tornar-se uma condição médica crônica (Berk & Dodd, 2005; Brooks, Harris, Thrall & Woods, 2002; James, 1999), com evidentes e progressivos prejuízos psicossociais, inclusive àqueles que não apresentam sintomas com grave intensidade. Pacientes eutímicos e bipolares relatam experienciar baixos índices de funcionamento social, bem-estar subjetivo e qualidade de vida mesmo em fases estáveis de seus transtornos (Sierra, Liviano & Rojo, 2005).

Contudo, apesar dos visíveis danos funcionais que acarretam os sintomas depressivos, a depressão é freqüentemente subdiagnosticada e sub-tratada, principalmente na população infanto-juvenil. Estima-se que aproximadamente 60% dos casos de depressão entre adolescentes não são diagnosticados pelos clínicos gerais (Berk & Dodd, 2005; Bowden, 2005; Kelly, Lavory, Beardslee, Wunder & Ryan, 1991; McQuaid, Murray, Laffaye & McCahill, 1999), o que aumenta as chances de agravamento, cronificação e comorbidade dos distúrbios afetivos. Isso fica evidente em um estudo longitudinal que revelou que, ao final de uma década de investigação, um terço das crianças que apresentavam indicadores de humor deprimido já preenchiam critérios para o Transtorno bipolar tipo I<sup>5</sup>, e 15,7% apresentavam comportamentos típicos do Transtorno bipolar tipo II (Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner & Crafner, 2001). Esse padrão da piora do prognóstico dos sintomas relativos a alterações no humor é observado também em uma pesquisa dinamarquesa realizada com 4116 pacientes que deram baixa em um hospital psiquiátrico. Os resultados indicam que, desse total, aproximadamente 30% tiveram seu diagnóstico alterado, ao longo de sete anos, em função da piora de seus sintomas ou da sobreposição de outros sintomas (Kessing, 2005); sobretudo quando o início dos sintomas era identificado tardiamente, como acontece com muita freqüência no caso da depressão infanto-juvenil. Dados clínicos revelam que, em média, o período transcorrido entre a incidência das alterações afetivas e a realização de um diagnóstico médico nessa população

---

<sup>5</sup> A caracterização dos tipos de Transtorno Bipolar, propostos Akiskal e Pinto (1999), encontra-se explicada na página 43.

é de 10 anos, havendo nesse tempo evidentes diferenças na expressão dos comportamentos indicadores de desajustamento (Berk & Dodd, 2005) Em razão dessas evidências, é crescente o número de estudos que investigam modelos referentes à etiologia, ao curso e aos métodos de identificação precoce da depressão.

Nesse percurso científico, uma nova frente de investigação foi delineada a partir dos anos setenta, quando clínicos e pesquisadores começaram a compreender a depressão infantil como um possível quadro psiquiátrico (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent & Kaufman, 1997). Até aquele período, acreditava-se que preocupação, desinteresse e pessimismo fossem incompatível com a representação social da infância vigente na época e que, portanto, a depressão era infrequente ou mesmo inexistente entre crianças e adolescentes. Assim, embora já houvesse relatos de casos de depressão infanto-juvenil desde o século XVII, foi apenas em 1975 que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos reconheceu a existência da depressão nessa faixa populacional (Bahls, 2002).

Uma das principais contribuições dos achados pediátricos e hebiátricos sobre depressão refere-se aos indicadores do humor deprimido. Investigações realizadas a partir das evidências clínicas mostram, desde os anos 70, que crianças e adolescentes apresentam sintomas atípicos como irritabilidade, hostilidade, empáfia, hiper-reatividade, etc. (APA, 2002; Flory, Vance, Birlleson & Luk, 2002; Kennedy & cols., 2005; Kessler & cols., 2001; Simic & Fombonne, 2001). Esses dados subsidiam, desde então, investigações sobre características específicas da fenomenologia da depressão infanto-juvenil e, mais recentemente, sobre a trajetória da depressão e os processos de risco envolvido nas comorbidades do humor deprimido.

Pesquisas que avaliam a trajetória do humor deprimido afirmam que as crianças que experenciam precocemente um episódio de depressão maior apresentam um risco aumentado de manifestar outras desordens depressivas futuramente (Avenevoli, Stolar, Li, Dierker & Merikangas, 2001; Kessing, 2005; Kowatch, DelBello & Findling, 2002; Leventhal & Rehm, 2005; Smith, Harrison, Muir & BlackWood, 2005). Anderson, Nutt e Deakin (2000, citado por Fleck & cols, 2003) referem que cerca de 80% dos pacientes tratados após um episódio depressivo apresentam um segundo episódio ao longo da vida, em uma média de quatro. No entanto, Smith e seus colegas, assim como Kessing, afirmam que é alta a probabilidade dessa progressão resultar em um dos quadros típicos de bipolaridade. Assim sendo, conclui-se que ainda não é claro o tamanho de efeito dessa influência e nem mesmo se a expressão recorrente da depressão (ou seu espectro) é um processo de natureza dependente ou paralelo da manifestação anterior. Em vista disso, para

e elevar a precisão desses estudos, é imprescindível a elaboração de instrumentos que sejam alusivos à constelação de sintomas específicos a cada faixa do desenvolvimento e, portanto, realmente sensíveis à depressão juvenil.

Para caracterizar o humor deprimido, é útil ressaltar que afora os critérios específicos da infância e adolescência já citados, são diversos os marcadores clínicos da depressão que podem ser observados em uma avaliação do funcionamento emocional, cognitivo ou motor/vegetativo do adolescente. Indicadores afetivos englobam tristeza, apatia, isolamento, crises de choro, nostalgia, autopiedade e tédio. Além disso, perda da capacidade de experimentar prazer em atividades antes consideradas agradáveis, sentimentos de desvalia e culpa inadequados, instabilidade de humor, pesadelos e sensibilidade exagerada ao fracasso ou rejeição. Indicadores cognitivos do humor deprimido expressam-se através de pessimismo, distractibilidade, diminuição da capacidade de tomada de decisão, dificuldades de memorização, superestimação das perdas sofridas e desesperança. Indicadores motivacionais do humor deprimido são a emissão de comportamentos de indiferença diante de novas situações, o desinteresse do sujeito por quaisquer atividades, a sensação de impotência, a perda de afeição por outras pessoas e o baixo rendimento escolar. Por último, indicadores vegetativos ou motores podem envolver fadiga, retardo psicomotor, alterações do apetite ou do peso, enxaqueca, hipersonia, insônia ou despertar noturno e outras alterações do ritmo circadiano como a regulação da temperatura corporal e da produção de cortisol (APA, 2002; Bowden, 2005 Kovacs & Devlin, 1998; Leader & Klein, 1996; Merikangas & Angst, 1995; Ryan, 2001; Simic & Fombonne, 2001; Oedegaard & Fasmer, 2005).

Contudo, para classificação dos transtornos de humor, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002) aponta como critérios diagnósticos a necessidade dos sintomas 1) implicarem um sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo, ou, quando o sofrimento não é percebido pelo sujeito, um prejuízo em seu funcionamento social ou ocupacional e 2) não serem derivados dos efeitos fisiológicos de uma substância psicoativa, nem de uma condição médica geral (como uma disfunção da tireóide). Em acréscimo, o manual descreve que a depressão difere das reações de luto, as quais podem durar até dois meses e, em geral, não manifestam inibição psicomotora e sentimentos de culpa inapropriada.

Nesse contexto da avaliação psiquiátrica, Kaplan, Sadock e Grebb (1997) chamam atenção para o fato de que, muitas vezes, os transtornos depressivos são erroneamente designados de forma indiscriminada como transtornos de humor ou transtornos afetivos. Porém, a função psicológica envolvida nesses distúrbios é o humor, definido como uma

disposição emocional difusa que permeia a experiência cotidiana do indivíduo e que é mais constante que o afeto, qualificado como a expressão externa de um estado emocional. Sendo assim, a denominação transtornos afetivos torna-se inapropriada naqueles casos em que os sentimentos depressivos constituem um conjunto de sintomas subjetivos que se restringem à manifestação de comportamentos privados, como pensamentos nihilistas, baixa crença de auto-eficácia, sentimentos autodepreciativos, melancolia, etc.

Nos atuais sistemas de classificação psiquiátrica vigentes - DSM-IV-TR (APA, 2002) e CID-10 (OWH, 1993), os distúrbios depressivos listados diferem-se pela configuração e intensidade dos sintomas e pela duração das alterações de humor. Os três transtornos mais estudados são o transtorno depressivo maior, os transtornos bipolares e a distímia (Avenevoli & cols., 2001; Berck & Dood, 2005; Bowden, 2005; Kaplan & cols., 1997). O transtorno depressivo maior caracteriza-se por uma conjunto bastante heterogêneo de sintomas que incluem, segundo o DSM-IV-TR, a ocorrência de, no mínimo, cinco indicadores típicos durante um período igual ou maior que duas semanas. Desses marcadores, ao menos um deve ser a expressão de humor deprimido ou a inadequada perda de interesses por atividades cotidianas. Nesse transtorno, os sintomas podem estar presentes em um episódio único ou manifestar-se de forma recorrente, o que é mais comum (APA, 2002).

Já os transtornos bipolares incluem em seus quadros clínicos uma conjugação variada de marcadores depressivos e maníacos. Por sintomas maníacos, entenda-se euforia, excesso de confiança e auto-estima, júbilo excessivo, intensidade afetiva, desprezo fortuito a outras pessoas, falta de empatia e alta irritabilidade. Ainda, fuga de idéias, agitação psicomotora, fala ininterrupta e acelerada, comportamento dispendioso e dramático, excesso de extroversão e tenacidade na realização de uma tarefa, envolvimento insensato em atividades múltiplas e perigosas, alta distratibilidade, redução da necessidade de sono e, nos casos mais graves, delírios de referência e de grandeza. Porém, esses nem sempre chegam a constituir um episódio maníaco, Para assim ser caracterizado, um conjunto típico de indicadores do humor expansivo deve ter duração mínima de uma semana ou tornar-se tão adverso a ponto de requerer hospitalização (APA, 2002).

Para contemplar quadros clínicos que abrangem a amplitude da variação de humor, sem minimizar essa categorização aos pólos extremos de euforia/depressão, Akiskal e Pinto (1999) propõem que as alterações de humor sejam representadas por um espectro bipolar que diferencia quatro tipos de alterações clínicas, progressivamente mais brandas em seus efeitos. O tipo I refere-se aos casos que iniciam, em média, entre 15 e 30 anos e alternam picos de mania e depressões graves, podendo incluir sintomas psicóticos e

estupor. O tipo II, incidente, em geral, na adolescência, caracteriza os pacientes que mesclam um estado de hipomania (mania branda) com episódios depressivos profundos que poderiam levá-lo à hospitalização. O tipo III refere-se àqueles que habitualmente apresentam traços de dinamismo, entusiasmo, expansividade, empreendedorismo, carisma e abertura a novas experiências (características de um padrão de temperamento hipertímico), ou uma alternância de comportamentos de introversão/extroversão (padrão de temperamento ciclotímico), mas, quando sob efeito de antidepressivos ou psicoestimulantes, revelam comportamentos maníacos ou hipomaníacos, que tendem a ser remidos quando suspensa a medicação. Já o tipo IV distingue os indivíduos que durante sua história de vida, normalmente apresentam um temperamento hipertímico (que normalmente os fazem bem-sucedidos), mas, por volta dos cinquenta anos, manifestam uma fase de humor depressivo e oscilatório.

Embora os critérios diagnóstico do transtorno bipolar sejam os mesmos para todas faixas etárias, inclusive quanto à persistência dos sintomas, existem evidências de que, diferentemente dos adultos, crianças e adolescentes podem apresentar mudanças repentinas de humor, alternando as polaridades mania-depressão rápida e repetidamente em um mesmo dia (Davidson & Meltzer-Brody, 1999; Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas & Finkelstein, 1984). Os estudos mostram que, nos casos de bipolaridade, os sintomas maníacos tendem a ser os primeiros marcadores desse transtorno (Kawa & cols., 2005). Em razão disso e da idéia disseminada na cultura de que a adolescência é um período no qual comportamentos bizarros e hostis, momentos de choro isolados e a labilidade afetiva são fenômenos comuns, os episódios de mania e hipomania são freqüentemente questionados e subdiagnosticados (Flory & cols., 2002; Kessler & cols., 2001; Kennedy & cols., 2005; Kilbourne & cols., 2005). Dessa forma, é alta a possibilidade de cronificação dos transtornos de humor nesses casos.

De acordo com os achados apresentados pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), um episódio de mania único tende a tornar-se recorrente em 90% dos casos e, além disso, aumentar o risco de manifestação de outros sintomas depressivos. Segundo o Manual, cerca de 60% dos episódios maníacos são precedidos ou seguidos por episódios depressivos maiores, de modo a sobrepor as conseqüências deletérias de ambas desordens. Contudo, quanto ao nível de comprometimento social e acadêmico que implica, estudos naturalísticos demonstram que os prejuízos nessas diferentes áreas estão mais relacionados ao tempo de permanência dos sintomas do que à sua intensidade (Kovacs & Devlin, 1998; Leader & Klein, 1996), sendo assim menos graves do que nos casos de distímia, um tipo de depressão crônica.

A distímia é um quadro depressivo brando que, entre crianças e adolescentes, tem uma duração superior a um ano. Na distímia, os sintomas depressivos apresentam-se em menor intensidade em comparação aos episódios de depressão maior, o que torna o diagnóstico mais difícil de ser realizado por um terceiro e o auto-relato espontâneo das queixas pouco freqüente. Nesse tipo de depressão, muitas vezes confundida com um traço de personalidade introvertido (Pepper & cols., 1995; Spanenberg & Juruena, 2004), o indivíduo apresenta um estado de humor constantemente triste e nostálgico, acompanhado por uma sensação onipresente de morosidade, sarcasmo, indolência e descontentamento constante; ou, nos casos infantis, mais freqüentemente, inquietação, desobediência e irritabilidade. Alterações neurovegetativas são menos assíduas na distímia entre crianças e adolescentes, o que sugere uma especificidade para a elaboração de escalas avaliativas destinadas a essas populações (Flory & cols., 2002).

Além da idade, diferenças culturais e contingências de reforçamento parecem estar associadas à fenomenologia dos sintomas. Existem evidências de que nas culturas orientais a depressão seja expressa mais freqüentemente através de relatos de tristeza e desesperança (sintomas emocionais), enquanto nas culturas ocidentais, sejam mais freqüentes os relatos de sintomas vegetativos ou somáticos (Lam, Marra & Salzinger, no prelo). Essas diferenças sugerem que a descrição dos marcadores de alterações autopercebidos seja condicionada socialmente através de contingências ambientais (reforço verbal positivo ou “concessão” social para fuga/esquiva de situações aversivas), de modo a implicar disparidades nos resultados sobre a incidência dos diferentes transtornos do humor, bem como moderar os prejuízos sociais que a depressão acarreta.

O início dos sintomas típicos da depressão crônica, em geral, é mais precoce do que a idade de início dos episódios depressivos agudos. Kovacs, Akiskal, Gatsonis e Parrone (1994) revelam que a média de idade na qual se manifesta a distímia é 8,7 anos, ao passo que, no transtorno depressivo maior, essa média eleva-se para 10,9 anos. Segundo os autores, quanto mais cedo ocorrem os indicativos clínicos, piores são o prognóstico e a possibilidade de remissão dos sintomas. Em média, a duração de um episódio distímico entre adolescentes é de quatro anos (Kovacs & cols., 1994) e de um episódio depressivo maior, 20 semanas (Fleck & cols., 2002), o que é associado, em ambos os casos, ao aumento progressivo da vulnerabilidade emocional e social do adolescente.

Uma das explicações para esse aumento de vulnerabilidade pessoal refere-se ao fato de que o humor deprimido e suas variantes criam uma contingência de aversão social que reforça as crenças negativistas e autodepreciativas dos indivíduos, inserindo-o em um círculo vicioso. Assim, somada a outros fatores de risco, a constante impressão de

desagrado, incompetência e apatia e a baixa auto-estima paulatinamente deixam o sujeito à margem de um convívio social e familiar salutar e o expõem ao maior risco de coexistência de outros transtornos ao longo da vida (Reppold & Hutz, 2003). Isso vale sobretudo às mulheres. O estudo de Kendler, Myers e Prescott (2005), realizado com 1057 pares de gêmeos dizigóticos de sexo oposto (idade amostral entre 21 e 58 anos), revela que as mulheres são mais sensíveis aos efeitos depressiogênicos da falta de apoio social e têm maior chance de apresentar, ainda na adolescência, maior risco de manifestar quadros psicopatológicos diante da falta de apoio emocional percebido.

Os principais transtornos associados à depressão crônica entre os adolescentes nos estudos provindos de culturas ocidentais são os episódios depressivos agudos [presentes em 70% dos casos de distímia juvenil (Flory & cols., 2002)], os transtornos de ansiedade (Brooks & cols., 2002, Tramontina, Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2003), o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Kovacs & cols., 1994; Tramontina & cols., 2003) e os transtornos de conduta ou desafio e oposição (Bensley, Eenwyk, Spieker & Schoder, 1999; Eisenberg & cols., 2001; Tramontina & cols., 2003). Além disso, é alto o percentual de uso abusivo de álcool ou drogas psicoativas entre os depressivos (Bauer & cols., 2005; Birmaher & cols., 1997; Kawa & cols., 2005; Kandel & cols., 1999; Rohde, Lewinsohn & Seeley, 1996), o que pode estar relacionado a uma tentativa de automedicação para atenuar seu sofrimento.

Entre os adultos, é alta também a comorbidade com transtornos do eixo II do DSM-IV-TR (2002). Cerca de sessenta por cento dos adultos com diagnóstico de transtorno bipolar tipo I apresentam ao menos uma comorbidade com transtornos de personalidade. As co-ocorrências mais comuns são os transtornos do *cluster* C (obsessivo-compulsivo, dependente, passivo-agressivo e esquiva) (48,6%), seguidos pelos do *cluster* A (paranóide, esquizóide e esquizotípica) (25,7%) e do *cluster* B (histriônica, narcisista, *borderline* e anti-social) (20,3%) (Tamam, Ozpoyraz & Karataz, 2004). Outra evidência dessa comorbidade é apresentada por Pepper e colegas (1995). A pesquisa realizada junto a adultos que apresentavam depressão crônica, em média, desde os 10,9 anos de idade, indicou que 60% dos participantes distímicos e 18% dos participantes com depressão maior tinham, a partir dos 30 anos, diagnósticos sobrepostos de transtornos de personalidade, principalmente, transtorno de personalidade esquiva, histriônica ou *borderline*.

Quanto à prevalência das alterações de humor, pesquisas mostram que, independente do tipo de instrumento diagnóstico utilizado, da nacionalidade do estudo ou do intervalo de tempo para o qual a investigação da prevalência se aplica, o humor

deprimido é um estado emocional freqüente na população geral (Lima, 1999). Nos países ocidentais, os índices relativos aos transtornos de humor variam entre 3% e 13% em amostras da comunidade, sendo que a maior parte dos estudos indica uma prevalência superior a 10 % (Cicchetti & Toth, 1998; Fleck & cols., 2002; Tucci, Kerr-Correa & Dalben, 2001). Também entre os adolescentes, a casuística do humor deprimido é grande e próxima dos índices observados entre os adultos. Essa semelhança é explicada pelo sobressalto na incidência anual<sup>6</sup> dos transtornos de humor entre os adolescentes - cerca de 4% (Garrison & cols., 1997). Assim, os percentuais estimados de prevalência na adolescência aproximam-se dos resultados obtidos entre adultos, tanto no que se refere à casuística de transtornos de humor diagnosticáveis, quanto à manifestação de alterações de humor subclínicas.

Estudos realizados exclusivamente com adolescentes demonstram que a prevalência de humor deprimido entre estudantes americanos do ensino médio varia em torno de 25% a 35% (Brook & cols., 2002; Cicchetti & Toth, 1998). Índices próximos a esses também são encontrados em pesquisas brasileiras realizadas com amostras juvenis (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995). No estudo elaborado por Bahls (2002) a partir da administração do Inventário de Depressão Infantil – CDI, 20,3% da amostra composta por estudantes paranaenses entre 10 e 17 anos de idade situaram-se na faixa indicativa de sintomas depressivos, considerando o escore 19 como ponto de corte. Ampliado este limite demarcador para dois desvios-padrão acima da média (28 pontos) em outro estudo (Reppold & Hutz, 2003), a prevalência do humor depressivo entre adolescentes gaúchos não-clínicos entre 14 e 15 anos diminui para 5,8% da amostra. Esses dados são corroborados por outros pesquisadores brasileiros que descrevem que o humor depressivo é presente em cerca de 5% da população juvenil de sua comunidade (Bahls, 2002; Baptista, Baptista, & Dias, 2001; Bardagi, 2002). Diferenças de prevalência em relação ao sexo são observadas desde a adolescência e seguem ao longo do desenvolvimento. A partir dos 14 anos, as mulheres apresentam um risco de duas a três vezes maior de desenvolver uma alteração afetiva do que os homens (Brooks & cols., 2002; Kendler & cols. 2005; Reppold & Hutz, 2003).

Dentre os fatores que aumentam os riscos de alterações de humor na puberdade, estão as mudanças maturacionais, afetivas, cognitivas e sociais que caracterizam este período. Assim, para descrição da etiologia da depressão, alguns autores centram-se na

---

<sup>6</sup> Incidência é um termo estatístico utilizado nos estudos epidemiológicos para referir-se ao número de novos casos de uma determinada condição surgidos em uma população em um determinado período. Difere portanto dos estudos sobre prevalência, que avaliam o número total de casos que manifestam a referida condição clínica, independente do tempo decorrente do início dos sintomas.

predisposição genética ao humor deprimido (D'haenen & Andrews, 2000; Lafer & Vallada Filho, 1999), outros, em seus determinantes ambientais (Brown, Cohen, Johson, & Smailes, 1999; Canetti & cols., 2000; Eley & Stevenson, 2000; Heim & Nemeroff, 2001; Silberg & cols., 1999). Outros, ainda, na intersecção entre fatores orgânicos e contextuais (Lima, 1999; Schestatsky & Fleck, 1999; Souza, 1999).

As primeiras observações referentes à etiologia das alterações de humor foram realizadas por psiquiatras europeus, como Morel ou Kraepelin, ainda no século XIX. Desde então, diversos achados têm corroborado a hipótese de agregação familiar. Lafer & Vallada Filho (1999), ao apresentar uma revisão sobre o estado da arte nessa área, afirmam que os estudos realizados junto a gêmeos e adotados confirmam a existência de um componente genético para depressão, que representa cerca de 40% da susceptibilidade para o desenvolvimento de depressão unipolar. De fato, a taxa de concordância para depressão entre gêmeos monozigóticos (ocorrência paralela entre os irmãos) descrita nos estudos em geral é duas ou três vezes maior do que nos gêmeos bivitelineos (D'haenen & Andrews, 2000; Weissman & cols., 1997). Também para a mania, o risco genético é demonstrado. Estudos com adolescentes infratores privados de liberdade indicam que os sujeitos com uma comorbidade de bipolaridade e transtorno da conduta apresentam um histórico familiar similar de Transtorno Bipolar e de Transtorno de Personalidade Anti-social (Olvera, Semrud-Clikeman, Pliszka & Donnell, 2005). Entretanto, até o momento, nenhum pesquisador conseguiu identificar um *locus* gênico específico para as alterações de humor, possivelmente porque estas enfermidades apresentam uma herança multigênica.

Ainda em termos biológicos, desde a década de 70, as pesquisas evidenciam a existência de uma complexa interação entre os neurotransmissores na modulação do humor. A partir dessas investigações, observa-se que as disfunções no funcionamento neuroendocrinológico apresentados por indivíduos depressivos referem-se, principalmente, à liberação de noradrenalina, dopamina e serotonina e à hiperatividade do sistema nervoso central (Heim & Nemeroff, 2001; Leonard, 2000; Malhi & Yathan, 2003; Mann, 1998; Staley, Malison & Innis, 1998). Uma das principais descobertas dessa área foi a descrição do efeito mediador da serotonina sobre a dopamina e noradrenalina, o que permitiu que a depressão e a mania passassem a ser considerados como derivações de um processo que compartilha mecanismos monoaminérgicos e não mais como estados de humor independentes e opostos (Laffer & Vallada Filho, 1999).

Com o advento dos estudos de neuroimagem na década de 80, também foi possível a verificação de diversas anomalias anátomo-cerebrais em indivíduos depressivos através de tomografia computadorizada e, mais recentemente, do exame de ressonância magnética

nuclear (George, Ketter & Post, 1993; Swayze, Andreasen, Alliger, Erhardt & Yuh, 1990). Estudos contemporâneos investem em um modelo de regulação do humor fundamentado em circuitos neuronais que envolvem conexões entre o córtex pré-frontal, o tálamo, o complexo amígdala-hipocampo, os gânglios da base e possivelmente o cerebelo (Sassi & Soares, 2001; Yathan & Malhi, 2003). Com base nesse modelo neuroanatômico, as pesquisas indicam que as alterações de humor parecem estar relacionadas ao volume de substância branca subcortical e de substância cinzenta nos lobos frontais (córtex pré-frontal subgenual) e temporais, ao alargamento de ventrículos e à diminuição de volume em algumas estruturas estriatais (gânglios da base, tálamo, núcleo caudato, putâmen) e no cerebelo dos indivíduos (Lafer & Vallada Filho, 1999; Sassi & Soares, 2001), embora nas crianças e adolescentes essas diferenças sejam menos consistentes (Sanchez & cols., 2005a, 2005b). As diferenças observadas no córtex frontotemporal são justificadas pelos pesquisadores em razão do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal (HHA), o qual media o nível de estresse (liberação de cortisol) e as respostas fisiopatológicas decorrentes do estresse e encontra-se hiperativado em sujeitos deprimidos e também em indivíduos ansiosos. Visto sua função, o eixo HHA é compreendido por alguns como um elo que explicaria a ligação entre a ocorrência de adversidades na infância e a maior probabilidade do desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico posteriormente (Jurueña, Cleare & Parlante, 2004; Mello & cols. 2003; Rozenthal, Laks & Engelhardt, 2004, Shumake & Gonzalez-Lima, 2003)

Ainda em relação às modificações anatômicas e neurológicas, Soares (1999) afirma que pesquisas desenvolvidas na área do desenvolvimento cerebral embrionário revelam que a ocorrência de danos cerebrais nos período intra-uterino ou nos primeiros anos da infância pode resultar em alterações cerebrais permanentes e, eventualmente, em uma predisposição à manifestação de transtornos afetivos futuros. Outros estudos também indicam que o desenvolvimento das desordens de humor pode estar relacionado a privações alimentícias, cuidados pré-natais inadequados e às modificações orgânicas decorrentes da exposição ao álcool e às drogas no período fetal (Appleyard & cols., 2005; Eley & Stevenson, 2000; Lima, 1999).

Entretanto, a regulação do humor não é decorrência exclusiva de fatores hereditários, neuroquímicos ou hormonais. Os altos índices de sintomas depressivos entre adolescentes estressados, vitimizados ou provindos de famílias conflituosas endossam a idéia de que o meio social exerce uma influência moderadora sobre a depressão (Evans, Hawton & Rohdam, 2005; Friis, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002; Lau & Kwok, 2000; Petersen & cols., 1993; Tamplin, Goodyer & Herbert, 1998; Ullman, 2004). Nesse sentido,

Reppold e Hutz (2003) indicam que o estilo parental percebido é uma das variáveis associadas à depressão juvenil, uma vez que os adolescentes com humor deprimido tendem a considerar seus pais como mais negligentes ou autoritários que os demais. Os efeitos deletérios do controle parental sobre o humor dos filhos são ressaltados também no estudo experimental de Kenny-Benson e Pomerantz (2005), que revela que o perfeccionismo infantil é um padrão de comportamento aprendido que modera a relação entre a exigência materna e a ocorrência de sintomas depressivos. Embora essa decorrência seja observada já na infância, a influência do padrão disciplinar assumido pelos pais sobre o humor é observada principalmente na adolescência e vida adulta. Adultos que relatam situações de agressão psicológica por parte de um de seus pais durante a infância tendem a apresentar menor auto-estima e mais marcadores para depressão do que grupos controle (Renk, McKinney, Klein & Oliveros, no prelo). Uma hipótese é a de que essas associações sejam mediadas também pelo tipo de apego. Sabe-se já que os adolescentes que apresentam um padrão de apego evitativo ou ambivalente, apresentam com maior frequência comportamentos de submissão, autodepreciação, desamparo e ansiedade (Irons & Gilbert, no prelo).

Esses dados reforçam a importância do ambiente familiar sobre a saúde mental dos filhos, especialmente no que se refere à disponibilidade afetiva dos pais para auxiliar os adolescentes a compreender seus sentimentos e elaborar estratégias de *coping* assertivas à situação. Do contrário, experiências adversas vivenciadas sem a presença de um apoio social emocional e instrumental podem conduzir os jovens a perseverar em comportamentos que expressam pouca sensibilidade e baixa habilidade social, reforçando sua crença autoconfirmatória de incompetência e fazendo-o esquivar-se de novas situações sociais potencialmente traumáticas, segundo sua concepção.

O efeito deletério da falta de apoio social é evidente também nos estudos psiquiátricos. Uma pesquisa realizada em Pelotas/RS (Lima, Beria, Tomasi, Conceição & Mari, 1996) revela que os indivíduos que sofreram mais de dois eventos de vida negativos no último ano (separação conjugal, acidentes, morte de familiar, perda de emprego, migração ou ocorrência de doença crônica entre familiares) têm duas vezes e meio mais chances de apresentar transtornos psiquiátricos menores, entre os quais a depressão, do que os demais. Esses achados corroboram os dados apresentados por Zavaschi e colegas (2002) em uma revisão da literatura relativa à associação entre a depressão na vida adulta e a ocorrência de situações estressoras na infância. De acordo com os estudos investigados nessa pesquisa bibliográfica, os principais eventos traumáticos relacionados longitudinalmente à depressão são negligência e abuso infantil, *bullying*, violência

doméstica, superproteção parental, presença de doença crônica ou psicopatologia familiar e, especialmente, a ausência dos pais ou cuidadores, independente do motivo dessa privação.

Ao que parece nesses estudos, os eventos traumáticos têm um efeito cumulativo relacionado ao início dos sintomas. Contudo, as análises ressaltam que o tipo de evento apresenta pouca especificidade quanto à fenomenologia do transtorno associado (mania, depressão, tentativa de suicídio, etc.) e que a ocorrência das adversidades não pode ser analisada de forma isolada ao contexto do sujeito. No entanto, é preciso considerar que os delineamentos dessas pesquisas de auto-relato sobre eventos estressores não conseguem transpor um viés importante para os estudos de associação: o efeito da distorção cognitiva que caracteriza a depressão e que faz com que os indivíduos percebam e recordem suas experiências como mais lesivas, negativas e desamparadas. Estudos que buscam integrar pesquisa básica e psicoterapia mostram que os pacientes depressivos, quando solicitados a relatar uma memória autobiográfica, tendem a um processo mnemônico supergeneralizado (inespecífico) (Pergher, Stein & Wainer, 2004) e autodepreciativo (Casbon & cols., 2005; Gilbert, Cheung, Irons & McEwans, 2005). Esse padrão dificulta a discriminação de futuras situações aversivas e relaciona-se à maior dificuldade apresentada por esses pacientes de imaginarem o futuro, sustentarem atenção e motivação diante de suas tarefas e desenvolverem estratégias de assertividade e inibição de pensamentos ruminativos. Gilbert e colegas, enfatizam, que a ruminação difere da auto-reflexão por apresentar um conteúdo autodepreciativo relacionada ao medo, culpa e vergonha. Difere também da ansiedade social, porque ao longo de um evento estressor o sujeito que apresenta uma ansiedade social tende a diminuir progressivamente seu estado de tensão e vergonha, ao passo que um sujeito depressivo tende a expressar uma vergonha crescente, em razão de ruminar os acontecimentos desse evento durante e após seu acontecimento, distorcendo-os negativamente (Beck, Emery & Greenberg, 1985, citado por Gilbert & cols., 2005).

Para a Psicologia Cognitiva, a ruminação de pensamento é um dos processos centrais para compreensão da depressão e desesperança, e relaciona-se estreitamente com as crenças de auto-eficácia do sujeito e com a ideação suicida. Stewart e colegas (2005) demonstram que, entre amostras de adolescentes caucasianos e asiáticos, a auto-eficácia é o principal preditor da ideação suicida, e a desesperança, o maior preditor dos sintomas cognitivos da depressão. Nessa interação, um modelo que explicaria a vulnerabilidade à depressão e suicídio poderia ser fundamentado na hipótese de que os adolescentes que são mais sensíveis ao *feedback* negativo de terceiros (seja por uma distorção cognitiva ou por um padrão de comportamento aprendido em situações adversas vivenciadas), tenderiam a

ruminar esses pensamentos e paulatinamente aumentar seus índices de desesperança, diminuir suas crenças de auto-eficácia e aumentar as chances de responder socialmente de acordo com essas crenças, reforçando a iminência de rejeição social e ideação suicida.

Esse modelo encontra respaldo em estudos empíricos que apontam que os adolescentes que apresentam uma interpretação distorcida sobre eventos de sua vida, expressam com maior frequência comportamentos socialmente inadequados e relatos de rejeição social percebida (Casbon & cols., 2005). Também, um estilo atribucional externo (Martins, Richardson, Berger, Roegen & Allison, 2005), menor auto-estima, menos cooperatividade, menor competência social (habilidades sociais e estratégias de *coping* funcionais) (Gendron, Royer, Bertrand & Potvyn, 2004; Wilson, Pritchard & Revalee, no prelo) e baixo desempenho em diferentes testes neuropsicológicos.

Entre os adultos com episódios de alterações de humor (principalmente mania), são frequentes os resultados de baixa performance em testes de atenção, funções executivas, memória verbal, memória de reconhecimento visoespacial e memória episódica. Contudo, há poucas pesquisas sobre o tema realizadas com adolescentes. A revisão realizada por Olvera e colegas (2005) indica que a depressão juvenil está relacionada a baixo desempenho em testes de funções executivas (*Wisconsin e Stroop*), solução de problemas, tarefas sensório-motoras, atenção visual e acuidade/velocidade visomotora, memória verbal, memória a curto prazo para nomes e faces e identificação de emoção facial.

Frente à diversidade das hipóteses que buscam explicar a etiologia da depressão, os modelos teóricos mais coerentes parecem ser aqueles preocupados em integrar neurobiológicos a adversidades contextuais (eventos de vida estressores). Nesta perspectiva, diversos estudos revelam que o estresse interage com mecanismos neuro-hormonais, alterando funções cerebrais específicas (Brown & Moran, 1994; Frank, Anderson, Reynolds, Ritenour, & Kupfer, 1994). Estes achados enfatizam a necessidade de intervenções interdisciplinares, especialmente quando a intensidade dos sintomas depressivos chega a situações extremas, como o comportamento suicida. Nestes casos, a rápida resposta de uma terapêutica farmacológica [cuja ação mostra-se efetiva, em 60% dos casos, em até um mês (Schestatsky & Fleck, 1999)] tem a função de resguardar o indivíduo deprimido dos riscos a qual está susceptível e motivá-lo para o desenvolvimento de mudanças em seu estilo de vida, através de tratamento psicoterápico.

O tratamento combinado de técnicas psicoterápicas e farmacológicas é descrito na literatura da área como o mais eficaz para o abrandamento da depressão (Fleck & cols., 2002; Fountoulakis & cols., 2005; Miklowitz, 2005; Souza, 1999). No entanto, para maior precisão desses estudos é previamente necessária a validação de recursos avaliativos de

auto-relato que permitam a investigação de aspectos subjetivos dos sintomas depressivos, inclusive a ideação suicida. Os avanços nessa área são especialmente importantes se considerados os dados que referem que a depressão é atualmente a quarta causa de incapacitação e perda de anos de vida por morte prematura e que, para o ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde estima que esse índice suba para o segundo lugar nos países desenvolvidos e o primeiro lugar nos países em desenvolvimento (OWH, 2001, citado por Zavaschi & cols, 2002).

Em relação aos adolescentes, esses relatos são particularmente preocupantes, em razão das conseqüências que as alterações de humor acarretam ao desenvolvimento sócio-psicológico. Dentre estas, destaca-se o engajamento em situações de risco relacionadas, por exemplo, ao consumo de substâncias psicoativas, à promiscuidade e à prática de agressão contra si ou terceiros.

A correlação existente entre a manifestação de desordens afetivas e o suicídio é um dos aspectos de especial interesse à Organização Mundial de Saúde (Dutra, 2002; Retterstol, 1993; Turecki, 1999). Os índices de crescimento das taxas de suicídios observados nos últimos vinte anos, principalmente entre os adolescentes, variam entre 200 e 400% (Mello, 2000). Teixeira e Luiz (1997) revelam que as tentativas de suicídio e as lesões auto-infligidas correspondem à segunda maior causa de internação hospitalar de adolescentes do sexo feminino no setor de urgência psiquiátrica. Em muitos países desenvolvidos, o suicídio é uma das dez principais causas de mortalidade entre a população em geral e uma das três primeiras entre indivíduos mais jovens (de 15 a 34 anos) (Retterstol, 1993).

Conforme se observa nos estudos da área, o comportamento suicida é comumente classificado em três categorias distintas: ideação suicida (pensamentos, idéias e desejo de estar morto), tentativa de suicídio (efetivação de planos suicidas) e o suicídio propriamente dito. Apesar da relação entre o ato suicida e o suicídio consumado ser alta, o perfil sócio-demográfico daqueles que, de fato, chegam a óbito por suicídio é diferente daqueles que ameaçam fazê-lo (Cassorla, 1984). Enquanto a maior freqüência de tentativas de suicídio ocorre entre as adolescentes e mulheres de até 25 anos, a taxa de mortalidade por suicídio no sexo masculino é duas vezes superior a do sexo feminino (Carlini-Cotrim & cols., 2000; Minayo, 1998). Contudo, seja nos casos de tentativa ou de suicídio efetivo, adolescentes e adultos jovens são, em termos de categoria etária, os segmentos da população mais vulneráveis. Esses dados são corroborados também por uma série de estudos nacionais realizados por Cassorla em quase duas décadas que revela que 75% dos casos de suicídios

registrados no Brasil envolvem jovens menores de 27 anos (Cassorla, 1994, citado por Dutra, 2002).

Em relação às tentativas de suicídio, é consenso entre os pesquisadores da área que a idade média daqueles que atentam contra sua vida tem decrescido nos últimos tempos (Cassorla, 1984) e que muitos desses acabam por obter êxito em suas tentativas. Dutra (2002) descreve que cerca de metade dos suicídios ocorridos entre indivíduos entre dez e vinte anos são precedidos por tentativas frustradas. A vulnerabilidade dos adolescentes é evidenciada também no estudo realizado por Barros, Ximenes e Lima (2001) sobre a mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas. Segundo os dados apresentados pelos autores, 91,8% dos casos de suicídio registrados no período de 1979 e 1995 ocorreram entre adolescentes de 15 a 19 anos.

O panorama sobre a saúde emocional dos adolescentes pode ser ainda mais preocupante se considerarmos que os índices sobre a incidência de depressão e, em sua conseqüência extrema, o suicídio podem ser subestimados pelo estigma social que cerca o quadro. Diekstra (1993) estima que, para cada tentativa de suicídio registrada, existam quatro não conhecidas. Em muitos círculos familiares, o humor deprimido, a depressão e as conseqüências destes são tratados como uma situação a ser abordada na esfera privada, a fim de não expor os problemas de interação familiar e as dificuldades cotidianas. Neste sentido, no caso do suicídio, os dados referentes à sua prevalência originários de estudos retrospectivos, realizados por meio de uma autópsia psicológica<sup>7</sup>, devem ser analisados com cautela, visto o envolvimento emocional das fontes nas quais os dados foram coletados. Apesar desta limitação, os estudos produzidos a partir desta técnica apresentam informações relevantes para o planejamento de políticas de saúde mental.

Uma constatação destas pesquisas é o fato de que, enquanto o comportamento suicida é freqüente entre a maioria dos grupos diagnósticos psiquiátricos, os transtornos mais comuns entre as vítimas de suicídio são a depressão, a ansiedade, o abuso de álcool e a farmacodependência (Dutra, 2002), em especial entre as mulheres. O número de alcoolistas que apresentam tentativas de suicídio é significativamente maior entre amostras femininas ( $p < 0,01$ ) (Pektas, Mirsal, Kalyoncu, Ünsalan & Beyazyürek, 2005). Existem relatos de que os transtornos depressivos podem ser responsáveis por 45% a 70% dos suicídios (Mello, 2000) e por mais de 70% da dependência a substâncias psicoativas (Silveira & Jorge, 1999).

---

<sup>7</sup> Autópsia psicológica refere-se à reconstrução diagnóstica realizada nos casos de suicídio, através dos dados coletados entre familiares e médicos que acompanhavam o paciente (Werlang, 2002).

Neste sentido, ressalta-se que a depressão é um problema de saúde pública, principalmente se analisarmos os custos relacionados à diminuição do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida, à evasão escolar e à assistência médica necessária. Em termos de planejamento de políticas de saúde coletiva, a literatura indica que a depressão associa-se positivamente a um excesso de consultas médicas e hospitalizações por razões diversas e que as despesas relacionadas, direta ou indiretamente, à doença excedem aos valores relativos ao tratamento dessa (Lima & cols., 1996).

Portanto, ao considerar que o diagnóstico da depressão, enquanto classificação nosográfica, fundamenta-se em sintomas que, em geral, iniciam na adolescência e configuram um transtorno clínico por volta da terceira década de vida (Lima, 1999), a possibilidade de observar precocemente a ocorrência de seus indicadores viabiliza um atendimento profilático. A elaboração de programas de atenção à saúde emocional permite, assim, o acompanhamento da evolução dos sintomas e a prevenção à recorrência e cronicidade desses. Nesta perspectiva, o presente estudo visa inclusive a auxiliar indiretamente a organização de projetos de saúde coletiva e de proteção ao desenvolvimento adaptativo dos adolescentes, através da proposição de uma nova escala para avaliação de indicadores de humor deprimido e da investigação da prevalência de indicadores de depressão entre jovens.

No panorama científico internacional, alguns dos principais instrumentos para avaliação da depressão de adolescentes são o *Children Depression Inventory* – CDI, a *Children Depression Rating Scale Revised*, a *Depression Self-Rating Scale*, o *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* – K-SADS, a *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* - CAPA, o *Mood and Feeling Questionnaire* – MFQ, a *Adolescent Mood Scale* – MAS e o *Child Behavior Checklist/Young Self Report*. Já no Brasil, os principais instrumentos para avaliação do humor deprimido entre amostras juvenis são o Inventário de Depressão Infantil, adaptado para amostras infanto-juvenis por Gouveia e colegas (1995) e para amostras adolescentes por Reppold & Hutz (2003) e as Escalas Beck de Depressão, Desesperança e Ideação Suicida (Cunha, 2001). As Escalas Beck são indicadas até o momento para uso clínico em pacientes a partir dos 17 anos de idade, mas já há pesquisas realizadas com adolescentes para população adolescente (Argimon, 1997).

Em função da escassez de instrumentos validados para avaliação clínica, os profissionais devem muitas vezes recorrer a instrumentos correlatos que avaliam construtos convergentes ou divergentes da depressão, tais como neuroticismo (Escala Fatorial de Neuroticismo, indicada a partir dos 16 anos – Hutz & Nunes, 2001), ou, no caso de pesquisa, a instrumentos não normatizados, como a Escala Multidimensional de Satisfação

de Vida para Crianças adaptada para adolescentes (Arteche, 2003). Assim, em razão da escassez de escalas apropriadas para uso de adolescentes aprovadas para uso segundo avaliação do Conselho Federal de Psicologia, entende-se que a elaboração do referido instrumento é uma contribuição importante à área da saúde mental, especialmente no campo da psicoprofilaxia.

### **1.3.3. Atenção e atividade motora**

A atenção, enquanto uma capacidade que o sujeito dispõe de selecionar informações relevantes do contexto para uma avaliação mais precisa dos dados de realidade, é um dos processos psicológicos centrais do desenvolvimento humano. Segundo Sternberg (2000), a atenção tem como função monitorar o ambiente, de modo a auxiliar na avaliação de quão adaptado o sujeito está à situação e também no controle e planejamento de ações futuras. Quando alterações dessa natureza ocorrem, sérios prejuízos podem ser observados em relação à orientação e interação social dos indivíduos. Isso é o que acontece no Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), uma desordem classificada pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) como um dos transtornos diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência mais prevalentes na atualidade entre os meninos (Biederman, 1997; Faigel, Sznajderman, Tishby, Turel & Pinus, 1995; Rohde, Biederman & cols., 1999).

O TDAH é descrito na literatura científica desde a metade do século XIX (Benczik, 2000; Guardiola, 1994; Rohde, 1997). No entanto, ao longo desse tempo, diversas mudanças foram propostas quanto aos critérios diagnósticos desse quadro, à população etária que abrange e a sua nomenclatura.

Até o início da década de 60, as crianças que apresentavam um padrão desadaptativo de comportamento desinibido e impulsivo eram classificadas como tendo uma “lesão cerebral mínima” (LCM). Essa orientação diagnóstica modificou-se em 1962, quando esse quadro passou a denominar-se de “disfunção cerebral mínima” (Rohde, Barbosa, Tramontina & Polanczy, 2000). A principal razão dessa mudança foi a descoberta de que sintomas como a hiperatividade e as deficiências de aprendizagem eram melhor explicadas por uma disfunção em vias nervosas do que por uma lesão cerebral propriamente dita. A partir de então, muitos avanços ocorridos no campo da Psicofarmacologia e da Neuropsicologia contribuíram para melhor compreensão desse fenômeno e para descrição dos danos associados a sua manifestação. A publicação do DSM-III-R, em 1987, reflete esses progressos. Nessa edição, observa-se tanto um interesse maior na investigação clínica de sintomas de desatenção, quanto a inclusão de uma avaliação sobre a severidade

das indicações clínicas e os prejuízos decorrentes desse transtorno, já nessa publicação designado “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade” (Rohde & cols., 2000).

Atualmente, pesquisadores e clínicos compreendem que o TDAH caracteriza-se por apresentar uma tríade de marcadores relativos a problemas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, os quais se distribuem, em análises fatoriais exploratórias e confirmatórias, em um construto bidimensional (desatenção e hiperatividade/impulsividade) (Burns & cols., 1997; Faraone, Biederman, Weber & Russel, 1998; Lahey & cols., 1994; Morgan, Hynd, Riccio & Hall, 1996; Rasmussen & cols., 2002; Rohde, 1997, 2002). A dimensão relacionada aos problemas de atenção refere-se, de modo geral, à dificuldade dos indivíduos em manter-se vigilante e cauteloso ao realizar uma tarefa ou atividade lúdica, o que os leva freqüentemente a cometer erros por descuido.

Expressões comportamentais típicas da desatenção são a dificuldade do sujeito planejar suas atividade de modo sensato e coerente com o tempo disponível; freqüentes mudanças de uma atividade inacabada por outra e falta de organização e desleixo com os materiais necessários para realização das tarefas diárias (o que o leva constantemente à perda de seus pertences). Em razão da distração, é comum que os adolescentes com TDAH deixem de atender a instruções alheias e relutem em envolver-se em atividades que exijam constante esforço mental (APA, 2002). Dessa forma, apresentam um potencial risco de absenteísmo, expulsão e evasão escolar (AACAP, 1997; Cantwell, 1996; Young, Heptinstall, Sonuga-Barke, Chadwich & Taylor, 2005).

O baixo rendimento escolar desses jovens pode ser decorrente também da sua dificuldade de concentrar-se mediante estímulos externos – alterações ambientais relacionadas à luz, som ou temperatura – irrelevantes às demais pessoas. Outra característica dessa dimensão é a tendência dos indivíduos desatentos a esquecerem freqüentemente suas atividades diárias e a perseverarem nos assuntos abordados em suas conversas (APA, 2002). Com freqüência, os indivíduos com prejuízo de atenção parecem não escutar quando alguém lhe dirige a palavra ou lhe faz uma solicitação, o que dificulta o estabelecimento de um vínculo social responsivo e cortês com seus pares ou sua família.

As dificuldades de interação são observadas principalmente quando, em acréscimo aos sintomas de desatenção, são presentes também comportamentos que evidenciam impulsividade, dificuldade de postergar gratificações e excesso de atividade motora. Nesses casos, é alto o índice de rejeição dos adolescentes por parte de seus pares (Gaub & Carlson, 1997; Lahey & cols., 1994). Isso porque os adolescentes que expressam tais comportamentos tendem a promover um estilo de interação mais controlador e agressivo sobre seus pares, com pouca reciprocidade verbal (Hoza, Waschbusbh, Pelham, Mollina &

Milich, 2000). Os sintomas de impulsividade que contribuem para esse distanciamento são a freqüente dificuldade do sujeito em esperar sua vez para expressar sua opinião ou ser atendido, sua precipitação em responder a uma interrogação antes mesmo de alguém encerrar a formulação de sua pergunta e seu hábito de interromper uma conversa alheia ou intervir na conversa de terceiros (APA, 2002). Todos esses comportamentos têm em comum uma demonstração de conduta social invasiva.

Já entre os sintomas típicos da hiperatividade, estão a dificuldade do indivíduo em manter-se em silêncio ao realizar uma tarefa, sua necessidade em manter-se constantemente em movimento (balançando as mãos ou as pernas, por exemplo) e sua dificuldade a permanecer sentado ou parado durante muito tempo (APA, 2002). Em razão dessa agitação, observa-se uma freqüente imprudência e propensão a acidentes (ferimentos, atropelamentos, colisões, quedas, etc.) e à ocorrência de problemas disciplinares por infrações não premeditadas (Tramontina & cols., 2001). Evidências consistentes apontam que o transtorno é mais freqüente no sexo masculino. As razões masculino-feminino variam de 2:1 a 9:1, dependendo do tipo do transtorno e do contexto (APA, 2002). A maior desproporção ocorre em relação ao tipo hiperativo/impulsivo e às amostras clínicas.

Além do sexo, outro fator que modera a epidemiologia do TDAH é a idade do indivíduo. Ocorre que as alterações de atenção/atividade motora constituem quadros clínicos que tendem a apresentar características diferentes ao longo do desenvolvimento. Entre as crianças, os indicadores de TDAH mais freqüentes são os marcadores de hiperatividade, ao passo que, entre os adultos, existe uma prevalência dos sintomas de desatenção e desorganização, geralmente subdiagnosticados (Biederman, 1997). Conforme se observa na prática clínica, a hiperatividade é, em geral, o primeiro sintoma a apresentar remissão e a distratibilidade o último. Na maioria dos casos, porém, os sintomas de desatenção têm uma remissão apenas parcial e tornam-se mais evidentes à medida que aumenta a complexidade das tarefas escolares e das demandas sociais (AACAP, 1997).

Quanto à prevalência de TDAH encontrada entre amostras de crianças e adolescentes da comunidade, os índices nacionais e internacionais variam de 3% a 9%. (APA, 2002; Benczik, 2000; Dulmen & cols., 2002; Faigel & cols., 1995; Guardiola, 1994; Poeta & Rosa Neto, 2004; Rohde, Biederman & cols., 1999), conforme a idade amostral e os instrumentos diagnósticos utilizados. Contudo, a maioria dos estudos situa-se na faixa dos 3% aos 5%. Já entre amostras adultas, os índices reduzem-se para cerca de 1% a 2% (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy & LaPadula, 1998).

É importante enfatizar que esses índices são baseados nos parâmetros do DSM-IV e, portanto, são um pouco maiores do que os apresentados pelas pesquisas que utilizam

outras versões do DSM. Nesse sentido, o DSM-IV-TR (APA, 2002) indica que a inclusão no DSM-IV dos tipos predominantemente hiperativo-impulsivo e predominantemente desatento faz com que as estimativas de prevalência do TDAH devam ser revistas para cima nas hipóteses de investigação epidemiológicas atuais.

Embora relevantes, essas modificações dos critérios diagnósticos dificultam não apenas as estimativas de prevalência, como também a realização de estudos clínicos longitudinais e as estimativas sobre o curso dessa alteração psicológica. Ainda assim, estima-se que de 30% a 60% dos sintomas apresentados pelas crianças persistam na vida adulta. De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), os sintomas são relativamente estáveis durante o início da adolescência. Isso é o que demonstra também Hill e Schoener (1996) a partir de uma revisão dos estudos longitudinais sobre a cronificação dos sintomas de TDAH. O estudo de Hill e Schoener conclui que a) as crianças, em geral, apresentam uma redução de 50% dos sintomas em cinco anos e b) 8% permanecem apresentando ao menos um sintoma que implica forte prejuízo psicossocial após esse tempo.

Em muitos casos, o que ocorre ao longo do desenvolvimento é uma atenuação dos sintomas de hiperatividade, embora os sujeitos permaneçam impulsivos, invasivos e propensos a acidentes (Faigel & cols., 1995; Jester & cols., 2005; Thompson, Morgan & Urquhart, 2003). Em vista disso, pesquisadores têm sugerido que o número de sintomas mínimos para determinação diagnóstica seja reduzido de seis para cinco entre adolescentes e adultos. Isso porque, ainda que o número de indicadores de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade diminua à medida que a imaturidade neurológica dos indivíduos é superada, os sintomas subclínicos podem apresentar um grave dano social ao sujeito (McBurnett, Pfiffner & Frick, 2001; Murphy & Barkle, 1996, citado por Rohde & cols., 2000; Young & cols., 2005). Especialmente em relação a sua capacidade de manter relacionamentos interpessoais, de tolerar frustrações, de esquivar-se de situações de perigo e de progredir acadêmica e culturalmente.

Atualmente, para o diagnóstico de TDAH, o DSM-IV-TR (APA, 2002) propõe a necessidade de pelo menos seis sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade incidirem antes dos sete anos de idade e persistirem por um período de, no mínimo, seis meses. No entanto, Rohde e colegas (2000) recomendam também que os clínicos não descartem a possibilidade do diagnóstico em sujeitos que apresentem sintomas após os sete anos de idade. Segundo os achados de seus estudos, o prejuízo funcional, o padrão sintomatológico e o potencial de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos equivalem-se entre aqueles que manifestam seus marcadores antes ou depois dos sete anos.

É consenso entre os especialistas que a intensidade dos prejuízos implicados têm mais valor do que o número de sintomas apresentados (AACAP, 1997). Nesse sentido, diversas pesquisas têm sido elaboradas para avaliar a influência dos problemas de atenção e hiperatividade sobre o desenvolvimento.

Um estudo sobre atividades diárias desenvolvido com adolescente desatentos/hiperativos e um grupo controle revelou a extensão dos efeitos da desatenção/agitação sobre o cotidiano dos jovens e outras variáveis psicológicas (Whalen, Jamner, Henker, Delfino & Lozano, 2002). Para coleta dos dados, o adolescente era solicitado, ao longo de quatro dias, a registrar a cada meia-hora as atividades praticadas naquele intervalo de tempo, seus sentimentos e seus contextos sociais. A análise desses registros evidenciou que os participantes com altos indicadores de TDAH mencionaram ter mais afetos negativos e menos afetos positivos e sentir-se menos alerta às situações. Sentimentos de angústia, tristeza, culpa e estresse foram descritos cerca de duas vezes mais freqüentemente nesse grupo do que nos demais, ao passo que o relato de sentimentos de bem-estar subjetivo foi duas vezes menos freqüente no grupo com altos escores de desatenção e hiperatividade. Adolescentes hiperativos referiram envolver-se mais freqüentemente com atividade de entretenimento e bate-papo, consumo de álcool e drogas e menos com atividades de leitura ou tarefas escolares. Participantes desse grupo relataram também gastar mais seu tempo com amigos ou com namorado(a) e menos com a família.

No estudo de Whalen e colegas (2002), os piores índices de bem-estar subjetivo, afeto negativo e uso de drogas são observados entre os adolescentes que apresentam altos indicadores de déficit de atenção e hiperatividade e que não são vistos pelos pais como tendo essas dificuldades. Isso sugere que o agravamento do transtorno e das conseqüências negativas atreladas possa ser moderado pelo apoio social recebido e pelo monitoramento parental. Assim, a falta de orientação e exigência parental explicaria o aparente paradoxo existente entre o alto nível de interação com amigos relatados pelos participantes com TDAH nessa pesquisa e a indicação da literatura científica (Clarke, Ungerer, Charoud, Johnson & Stiefel, 2002; Hinshaw & Melnick, 1995; Wheeler & Carlson, 1994) de que os jovens com esse transtorno têm dificuldades para manter suas amizades. Ocorre que a não rejeição dos pares talvez seja decorrente da aproximação do jovem com grupos de pares desviantes que tendem também a apresentar comportamentos disfuncionais e a serem mais tolerantes à falta de habilidades sociais dos demais adolescentes (Reppold, Pacheco & Hutz, 2005).

Outra explicação para esse fato pode estar fundamentada no processo de auto-avaliação cognitiva dos jovens com TDAH. Hinshaw e Melnick (1995) afirmam que os

meninos com TDAH apontados por seus pais e professores como impopulares tendem a descrever-se como tendo vários amigos. Os autores sugerem que os adolescentes com hiperatividade e desatenção apresentam um padrão de autopercepção otimista, porém irreal, o que pode, de alguma forma, implicar uma especificidade na elaboração de instrumentos de auto-relato. Em acréscimo a estes dados, Erdley, Cain, Loomis, Dumas-Hines e Dweck (1997) e Hoza, Waschbusch, Pelham, Molina e Milich (2000) indicam que os meninos com TDAH tendem a atribuir menos responsabilidade pessoal a situações de inadequação social, a sentir-se menos frustrado e incapaz diante de suas falhas e a apresentar maior crença de *locus* de controle externo, determinado por fatores incontroláveis.

Nesse sentido, ao enfatizar que o diagnóstico de TDAH é fundamentalmente clínico, Rohde, Roman e Aronivich (2003) ressaltam a importância da integração dos processos de investigação dos sintomas, os quais devem triangular os dados obtidos junto aos pais, professores e ao próprio adolescente. A consideração isolada de uma única fonte de informações pode ser enviesada tanto pelos altos índices de negligência e baixo monitoramento que geralmente ocorre nessas famílias (Barkley, Anastoupoulos, Guevremont & Flechter, 1992; Falceto, 1998; Jester & cols., 2005; Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini & Hutz, 2005), quanto pela tendência dos professores maximizarem o caráter negativo dos sintomas de TDAH, principalmente quando há outros problemas de externalização combinados (Rohde & cols., 2003).

Dessa forma, destaca-se que o propósito da elaboração de uma escala de auto-relato para avaliar adolescentes é auxiliar na coleta de dados suplementares e subjetivos para uma formulação diagnóstica. Ressalte-se que as escalas devem ser utilizadas em um processo psicodiagnóstico em adição às entrevistas clínicas e não como fonte exclusiva de diagnóstico. Especialmente porque o TDAH é um quadro que apresenta uma baixa concordância entre pais e filhos, com um índice de correlação em geral menor que 0,30 (Achenbach, 1991; Bird, Gould, Staghezza, 1992; Cantwell, Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1997; Jensen & cols., 1999; Van der Oord & cols., no prelo; Whalen & cols., 2002) e baixa concordância teste-reteste (Cantwell, 1996).

No entanto, a avaliação baseada apenas em técnicas de observação e exame clínico pode não ser capaz de identificar alguns marcadores de TDAH. Muitas vezes, as crianças e adolescentes conseguem controlar seus sintomas temporariamente através de esforço voluntário ou do envolvimento em atividades que lhe despertem forte interesse (APA, 2002). Em razão disso, a abordagem interdisciplinar e a utilização de recursos variados para diagnóstico e tratamento do TDAH é recomendada expressamente pela Academia

Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP, 1997) e por outros especialistas da área (Hill & Cameron, 1999; Rohde & cols., 1998)

Através dessa triangulação, é possível analisar comportamentos disfuncionais previamente identificados pelas escalas objetivas de forma contextualizada à história de vida do sujeito e a suas contingências atuais e compreender que nem todas indicações de alteração são evidências de psicopatologia. Ocorre que a presença de indicadores de desatenção e hiperatividade/impulsividade pode ser decorrente de uma alteração afetiva (p. ex., a euforia de uma paixão) ou de uma situação estressora (p. ex, uma separação parental ou mudança de escola) e portanto não preencher necessariamente critérios para TDAH.

Assim, em uma situação clínica, é imprescindível que os resultados relativos à investigação da duração, frequência e intensidade dos marcadores clínicos apresentados sejam interpretados de forma aliada à avaliação da extensão de seus efeitos. Nesse sentido, é útil lembrar que um dos critérios para classificação diagnóstica do TDAH é a obrigação dos sintomas estarem presentes não ocasionalmente em pelo menos dois contextos de interação cotidiana (APA, 2002). Essa exigência justifica-se porque quando os indicadores de desatenção e hiperatividade restringem-se ao ambiente familiar ou escolar, é alta a probabilidade desses marcadores serem, respectivamente, sinalizadores de uma estrutura familiar negligente e caótica ou de um sistema educacional inadequado.

Além disso, os sistemas de classificação psiquiátricos (APA, 2002; OWH, 1993) apontam que os comportamentos inassertivos observados no TDAH (as dificuldades escolares, a desorganização ou o não cumprimento de combinações cotidianas, etc.) devem ser resultados de alterações dos processos psicológicos tipicamente envolvidos nesse quadro (atenção, memória, etc.). Ou seja, não devem ser reflexo de um traço de personalidade adaptativo ou consequência exclusiva de outras disfunções psicológicas, como um padrão de comportamento deliberadamente oposicionista ou desafiador, dependência a substâncias, transtorno de aprendizagem ou expressão de um retardo mental. Contudo, é alta a comorbidade entre o TDAH e outros problemas psiquiátricos, incluindo comportamentos anti-sociais, abuso ou dependência de álcool ou drogas (9% a 40%), transtornos de ansiedade (25% a 35%), transtornos do humor (15% a 20%) e transtornos de aprendizagem (10 a 25%) (AACAP, 1997; Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1993; Cantwell, 1996; Faraone & cols., 1998; Poeta & Rosa Neto, 2004; Whalen & cols., 2002). Um estudo realizado com crianças e adolescentes cariocas de 6 a 16 anos de idade atendidos em um hospital universitário, revelou que 85,7% dos pacientes com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade apresentavam um transtorno comórbido. A ocorrência de outros dois distúrbios, além do TDAH, foi identificada em 57% da amostra,

o que altera tanto o prognóstico da doença, quanto as estratégias terapêuticas preconizadas para cada caso (Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001).

A co-ocorrência dos transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno desafiador opositivo) é a comorbidade mais frequentemente relacionada ao TDAH, sendo observada em até 50% dos casos, tanto em amostras nacionais, quanto internacionais (Faigel & cols., 1995; Rohde, Biederman & cols., 1999; Souza & cols., 2001). De fato, crianças e adolescentes com TDAH caracterizam-se por serem mais impulsivas, intrusivas e agressivas, o que pode resultar em dois possíveis efeitos: um agravamento da severidade das adversidades próprias do déficit de atenção e da hiperatividade, ou uma maior vulnerabilidade a outros comportamentos de risco. A direção desses efeitos parece ser mediada pelo subtipo de TDAH apresentado pelo indivíduo (TDAH tipo predominantemente desatento, TDAH tipo predominantemente hiperativo/impulsivo ou TDAH tipo combinado). Nos casos em que há uma preponderância dos sintomas de hiperatividade/impulsividade, o TDAH é associado, em geral, a um maior risco de problemas de externalização e de rejeição pelos pares, enquanto os casos no qual há um predomínio dos sintomas de atenção são mais relacionados a problemas de internalização e ao isolamento social. Já o tipo misto tende a ser associado tanto aos problemas de internalização, quanto aos comportamentos anti-sociais, delinquência e à drogadição (APA, 2002; Gaub & Carlson, 1997; Morgan & cols., 1996).

Assim, visto que os meninos apresentam maior incidência do tipo hiperativo/impulsivo, esses achados clínicos sobre os padrões fenomenológicos de cada tipo podem ser interpretados à luz de outros estudos que sugerem que os efeitos deletérios e o padrão de metabolismo cerebral dos sujeitos com TDAH parecem diferir em função do sexo. As meninas com TDAH ou Transtorno Hiperkinético tendem a referir menos sintomas motores (hiperatividade, agressividade e comportamentos anti-sociais) e mais sintomas cognitivos ao longo da vida, bem como maior incidência de disfunções da linguagem e maior comprometimento neurológico (Young & cols., 2005). Esses efeitos provavelmente justifiquem estudos longitudinais e retrospectivos que apontam que as meninas com diagnóstico de TDAH apresentam maior risco de desenvolver um padrão de comportamento ansioso e uma probabilidade 2,4 vezes maior de ser internada em um hospital psiquiátrico durante a adultez (Dalsgaard, Mortensen, Frydenberg & Thomsen, 2002; Young & cols., 2005).

Em razão da relação específica entre os tipos diagnósticos e a vulnerabilidade à dependência química, existe uma discussão na literatura científica questionando se o TDAH seria, por natureza, um fator de risco para o abuso de substâncias ou se a

drogadição seria melhor explicada pela comorbidade com o transtorno de conduta. Na primeira hipótese, a droga atuaria mantendo a “homeostase neurológica” do sujeito; na segunda, a associação entre o TDAH e a drogadição seria explicada pela freqüente inclusão dos jovens hiperativos em grupos de pares que apresentam comportamentos anti-sociais (Rohde & cols, 2000). Uma terceira hipótese assinala que a alta comorbidade entre TDAH e o uso de drogas pode estar relacionado ao envolvimento dos receptores nicotínicos como moderadores do sistema noradrenérgico (Rohde, Roman & Aronivich, 2003). Seja qual for a causa dessa relação, é preciso considerar que a manutenção dos problemas de atenção e hiperatividade parece ser um fenômeno multideterminado.

Na perspectiva neurobiológica, os estudos sobre a etiologia e curso do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade sugerem: a) que o fator genético é responsável por mais da metade da variância do risco do transtorno (Cadoret & Stewart, 1991; Faigel & cols., 1995); b) que a hipótese de uma desregulação de neurotransmissores monoaminérgicos é apoiada pelos estudos que demonstram o efeito benéfico dos estimulantes no tratamento do transtorno (AACAP, 1997; Connor & cols., 2002; Serra-Pinheiro & cols., 2004); c) que o TDAH é associado a uma diminuição do comportamento inibitório e das funções executivas relacionadas à porção fronto-subcortical do cérebro e a sinais neurológicos não focais leves, o que determina uma dificuldade de controle cognitivo e concentração (Barkley, 1997; Fallgatter & cols., 2005; Schmitz & cols., 2002); d) que a hipótese de alterações no sistema fronto-subcortical é apoiada por estudos de neuroimagem estrutural e funcional (Booth & cols., 2005; Durston & cols., 2004; Fallgatter & cols., 2005; Faraone & cols., 1998; Szobot, Eizirik, Cunha, Langleben & Rohde, 2001); e) um possível envolvimento do lobo parietal superior e do córtex pré-motor lateral na regulação da atenção seletiva e da exploração e orientação espacial (Booth & cols., 2005; Hendren, Backer & Pandina, 2000); f) o papel proeminente do circuito frontoestriatal (região frontal, núcleo caudado, gânglios da base e globo pálido) na regulação do controle inibitório, isto é, na inibição de comportamentos inibitórios (Booth & cols., 2005; Casey, Castellanos, Giedd & Marsh, 1997; Hendren, Backer & Pandina, 2000).

Estudos de neuroimagem mostram uma redução da atividade cerebral de áreas do lobo frontal (circuito frontoestriatal) durante a execução de diversos testes neuropsicológicos, o que leva os pesquisadores a hipotetizar que o TDAH estaria relacionado ao uma diminuição do controle inibitório (Booth & cols., 2005; Durston & cols., 2004). No entanto, esses achados não são conclusivos, visto que o estudo de Vaidya e colegas (1998), por exemplo, mostram não uma diminuição, mas um aumento da atividade bilateral do lobo frontal em crianças com TDAH que desempenhavam tarefas

cognitivas, o que é explicado pelos autores como um aumento do esforço cognitivo que o sujeito faz para conseguir inibir respostas. Pesquisas morfológicas ratificam a relação dessas áreas com o funcionamento cognitivo. Esses estudos demonstram que os sujeitos com menor volume do núcleo caudado e do globo pálido tendem a apresentar pior desempenho nas tarefas de inibição de respostas inassertivas (Booth & cols., 2005; Durston & cols., 2004; Fallgatter & cols., 2005). Há evidência também de que os indivíduos com TDAH apresentam menor volume de substância branca na região cerebral posterior (Fillipek & cols., 1997, citado por Booth & cols., 2005)

Características ambientais presentes nos contextos familiar, escolar e social também parecem ter um papel relevante na determinação da manutenção dos comportamentos disfuncionais, no grau de severidade desses e nas comorbidades que se expressam. Existem evidências de que as crianças que passaram por situações de vida adversas (institucionalização, traumas e privação de atenção) ou que percebem seus pais como negligentes ou indulgentes apresentam maior risco de desenvolver TDAH (Clarke & cols., 2002; Ford & cols., 2000). Outros achados mostram ainda uma alta vulnerabilidade entre os adolescentes com baixo nível de educação materna, entre os que convivem em situações de pobreza, baixa coesão familiar psicopatologia parental e entre os filhos de pais solteiros (Rohde & cols., 2003; Jester & cols., 2005). No entanto, tais preditores não são específicos dos problemas de atenção e atividade motora.

Esses mesmos fatores de risco parecem estar associados, de forma inespecífica, a todos atributos do ajustamento psicológico, especialmente àqueles relacionados aos problemas de externalização. Isso sugere que as adversidades psicossociais podem ser moderadores de uma predisposição neurobiológica subjacente e/ou da evolução e dos prejuízos que os indicadores de desajustamento psicológico (p. ex., comportamentos anti-sociais ou hiperatividade motora) acarretam.

Segundo Patterson, DeGarmo e Knutson (2000), a hiperatividade e os problemas de comportamento compartilham uma etiologia comum, determinada pela associação de fatores como o temperamento difícil e a não-reponsividade de cuidadores. A hipótese de Patterson e colegas propõe que o TDAH representa um estágio inicial, e o comportamento anti-social, uma manifestação posterior desse processo. O que favoreceria a evolução de um transtorno para o outro seriam práticas educativas ineficazes, em um ambiente que permitiria a ocorrência de atos anti-sociais e que fosse pouco atento ao treino de habilidade sociais assertivas (Pacheco, Alvarenga & cols., 2005; Pacheco, Reppold & cols., 2005; Reppold & cols., 2005). No entanto, diante das evidências dos estudos neurológicos e do consenso atual de que nenhum fator isolado parece ser determinante de um quadro tão

heterogêneo quanto o TDAH, Patterson e colegas assinalam ainda nessa discussão a possibilidade do treino de habilidades sociais ser mediado pelas capacidades neurocognitivas dos indivíduos.

Nessa perspectiva, autores como Wheeler e Carlson (1994) e Barkley (1997) são enfáticos ao afirmar que a utilização inadequada de habilidades sociais por parte dos adolescentes com TDAH é consequência de déficits nas funções executivas relacionadas à memória de trabalho, compreensão verbal e raciocínio abstrato demonstrados em estudos de neuroimagem. Segundo Barkley, a inassertividade social do comportamento de adolescentes hiperativos ou desatentos ocorre porque suas habilidades sociais são reguladas, respectivamente, pelo controle inibitório (controle da impulsividade) e pela organização cognitiva (controle da atenção seletiva), ambos processos alterados no caso do TDAH. Tais alterações podem justificar o fato de os sujeitos com déficit de atenção e hiperatividade serem menos sensíveis a reforçamento e terem maior dificuldade para compreender as contingências de reforçamento estabelecidas e para protelar uma gratificação (inibir um comportamento impulsivo) (Barkley, 1997).

A relação entre os problemas de atenção/hiperatividade e o desenvolvimento neurológico é apresentada também pelas pesquisas que investigam variáveis relacionadas ao ambiente pré-natal. O estudo de Rodriguez e Bohlin (2005) revela que a exposição pré-natal ao fumo e ao estresse é independentemente associada aos sintomas de TDAH em crianças, especialmente em meninos. Esses estudos são apoiados por outros trabalhos que investigam, através de experimentos com nicotina, modelos animais de risco para déficit de atenção e hiperatividade e concluem que a exposição produz mudanças estruturais e comprometimento da maturação neural em células que irão se desenvolver em período pós-natal. Tais mudanças possivelmente estejam relacionadas aos mecanismos de regulação dopaminérgica sobre a ansiedade e o estresse. Os estudos do grupo de O'Connor (vide O'Connor, Heron, Golding & Glover, 2003) demonstram que a ansiedade materna em período gestacional prediz hiperatividade e inatenção tanto em meninos, quanto em meninas aos quatro e aos oito anos de idade.

No campo dos estudos neonatais, existem duas abordagens que buscam explicar os mecanismos neurológicos subjacentes ao risco de TDAH (Auerbach & cols., no prelo). A primeira abordagem refere-se a diferenças individuais, relacionadas à afetividade, atenção, orientação e atividade motora, que são analisadas sob a chancela de temperamento e compreendidas como características inatas que promovem e regulam as interações do sujeito com o seu ambiente. A segunda, refere-se à imaturidade neurodesenvolvimental. Nessa concepção, compreende-se que uma defasagem na maturação neurológica resulta na

expressão de comportamentos incongruentes com a idade cronológica da criança. No caso dos neonatais, os principais marcadores que podem refletir indicadores de imaturidade neurobiológica são o funcionamento do sistema nervoso autônomo e a organização motora (reatividade a um estímulo sensorial ou coordenação viso-espacial, por exemplo); no entanto, déficits ou peculiaridades nesses sistemas não podem ser considerados critérios diagnósticos para TDAH, senão possíveis indicadores precoces de imaturidade neurodesenvolvimental que podem aumentar a vulnerabilidade do sujeito ao déficit de atenção e/ou à hiperatividade.

No campo da avaliação neuropsicológica, os estudos mostram que crianças, adolescentes e adultos com TDAH tendem a apresentar piores escores nas escalas de avaliação global e um comprometimento em diversas medidas cognitivas. Os prejuízos freqüentemente citados, além da hiperatividade e distratibilidade, são dificuldades percepto-motoras, labilidade emocional e baixo escore nas avaliações intelectuais (AACAP, 1997; Barkley, 1997; Cantwell, 1996; Guardiola, 1994; Mangina, Beuzeron-Mangina & Grizenko, 2000). No entanto, é preciso ponderar que a menor aquisição de competências cognitivas pode ser um sintoma secundário do TDAH, decorrente da evasão escolar ou da falta de paciência e impulsividade ao responder aos testes. A atenção e especialmente a atividade motora podem não ter uma relação direta com a inteligência; alguns indivíduos com TDAH apresentam, inclusive, um desempenho nas escalas de QI acima da média ou na faixa dos superdotados (APA, 2002). Apesar dessa ressalva, avaliações neuropsicológicas, como as realizadas por Amaral e Guerreiro (2001), Bauermeister e colegas (2005), Bayliss e Roodenrys (2000), Faraone e colegas (1998) e Guardiola (1994), Schmitz e colegas (2002) indicam, de modo geral, um desempenho inferior do grupo-caso em todos testes utilizados (*Wisconsin Card-Sorting Test*, Escalas Weschler de Inteligência – tarefas de vigilância e matemática, *Stroop Test*, Teste de Desempenho Escolar, etc).

Essas investigações apontam evidências de importantes limitações cognitivas a serem investigadas na clínica de forma multidisciplinar. Contudo, deve-se lembrar que muitos testes neurológicos utilizados nas pesquisas sobre detecção de indicadores de TDAH são de uso restrito do contexto de pesquisa, sendo contra-indicados para avaliação clínica (Rohde & cols., 2003). Assim, uma vez que não existem exames de neuroimagem ou testes neurofisiológicos que avaliem com precisão marcadores de TDAH e que sejam liberados para prática clínica, a proposição de instrumentos psicométricos e neuropsicológicos é uma importante contribuição enquanto diretrizes para o tratamento da desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Dos testes validados e aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003), o mais frequentemente recomendado pela literatura nacional e internacional é a Escala Weschler de Inteligência – WISC III. Mais especificamente, os subtestes que compõem o fator distratibilidade (números e aritméticas). Ao investigar padrões de atenção e concentração, esses subtestes podem reforçar ou não a hipótese diagnóstica de TDAH (Rohde & cols., 2000). Em acréscimo, Benczik & Leal (1997) sugerem que a atenção vigilante seja avaliada pelo subteste Dígitos, a atenção difusa, pelo subtestes Código, a atenção mantida, pelo subteste Aritmética e a impulsividade, pelo subteste Labirinto.

A avaliação de indicadores de problema de atenção/hiperatividade também pode ser feita por alguns instrumentos nacionais próprios para serem respondidos por terceiros. No entanto, tratam-se, em sua maioria, de instrumentos até o momento não incluídos na lista dos testes aprovados pelo CFP para uso por parte dos psicólogos, em razão da não submissão desses testes à avaliação de qualidade. Dentre as escalas para preenchimento pelos pais ou professores, destacam-se a Escala Conners, adaptada por Barbosa, Dias e Gaião em 1997, a Escala Abrangente de Pontuação para Professores (ACTeRS), a Escala para Pais e Professores SNAP-IV, o Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência – Ficha de Relato dos Professores (Rohde & cols., 2003) e a Escala de Problemas de Atenção do Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência (*Child Behavior Checklist – CBCL*), adaptado e validado preliminarmente por Bordin, Martin e Caeiro (1995). No entanto, até o momento, o único instrumento aprovado pelo CFP para avaliação específica do TDAH é a Escala de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Benczik, 2000), cujo preenchimento é realizado por um professor da criança ou adolescente. Em vista dessa lacuna, destaca-se novamente a importância de um instrumento capaz de identificar, em uma situação de triagem, indicadores clínicos de disfunções relacionadas à desatenção e hiperatividade/impulsividade e auxiliar nas diretrizes diagnósticas e na organização de intervenções subsequentes.

#### **1.3.4. Pensamento**

Os problemas de pensamento contemplados nesse trabalho referem-se a comportamentos disfuncionais que expressam alterações do processo de pensar quanto ao conteúdo do pensamento e uma provável fusão psicológica evidente entre o pensamento e a ação. Especificamente, esse construto faz alusão ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Embora seja classificado pelo DSM-IV-TR (APA, 2002) como um transtorno de ansiedade, compreende-se que a natureza bizarra dos pensamentos/comportamentos que o

caracteriza confere ao TOC algumas peculiaridades que legitimam o interesse dos pesquisadores em investigá-lo à parte dos transtornos de ansiedade. Tal qual os indivíduos com um nível de ansiedade exacerbada, os sujeitos que desenvolvem obsessões/compulsões apresentam um padrão recorrente de comportamentos motivados por impulsos vivenciados como intrusivos e inadequados. Tendem a subestimar sua capacidade de ser assertivo diante de situações-limite ou tolerar experiências adversas e a superestimar a possibilidade de que acontecimentos estressores venham a ocorrer. Ambos acreditam que, em razão de sua ansiedade, podem perder o controle da situação e agir de forma inapropriada. No entanto, em diferencial, os indivíduos com problemas de pensamento tendem a suprimir a expressão de seus pensamentos invasivos através de compulsões que diminuem sua ansiedade. Essas compulsões têm o propósito de evitar fatalidades e anular a crença de que pensar algo negativo pode, por si só, se reverter na realização desse pensamento (APA, 2002; OWH, 1993; Torres & Smaira, 2001).

Desta forma, os sujeitos que apresentam obsessão/compulsão adotam prioritariamente como estratégias de enfrentamento comportamentos de repetição ou de esquiva que revelam uma tentativa ilusória de controlar situações imprevisíveis e evitar que seu descontrole resulte em ações moralmente inadequadas (APA, 2002). Em última instância, buscam evitar sentimentos de culpa por eventos que, na realidade, independem de seu comportamento ou volição e que, na maioria das vezes, se quer vieram a acontecer. Assim, tanto pelo caráter ineficaz de suas estratégias, quanto pela sua capacidade de autocrítica, vivenciam intenso sofrimento psíquico e graves prejuízos emocionais que dificultam seu desenvolvimento social adaptativo (Mataix-Cols, Rosário Campos & Leckman, 2005; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group - OCCWG, 1997; Stekette & Van Noppen, 2003).

#### **1.3.4.1. Obsessão/compulsão**

Alterações do pensamento expressas através de obsessões e conseqüentes compulsões são relatadas na história desde a Idade Antiga, quando esses sintomas eram muitas vezes confundidos com possessões demoníacas. Apesar disso, os problemas de pensamento manifestos por crianças e adolescentes permaneceram ignorados pela ciência até o início do século XX em razão da suposição de que o TOC era um transtorno praticamente exclusivo de indivíduos adultos (Lacerda, Dalgalarrodo & Camargo, 2001).

Com a descrição, realizada por Pierre Janet, em 1903, da síndrome obsessivo-compulsiva infantil, um novo campo de investigações foi aberto e, desde então, muitas evidências sobre as peculiaridades clínicas do TOC na infância e adolescência têm sido

sistematicamente incorporadas aos manuais psiquiátricos e às diretrizes de tratamento. Um dos principais achados apresentados por esses estudos refere-se à semelhança quanto à prevalência do TOC entre crianças e adultos - 2% a 3% na população geral (Geller & cols., 2001; Zohar, 1999). Outro é o reconhecimento de que as obsessões e/ou compulsões podem iniciar em qualquer etapa do ciclo vital, embora em pelo menos um terço dos casos ocorra primeiramente na infância (Fontenelle, Mendlowicz, Marques & Versiani, 2003; Geller & cols., 1998; Mataix-Cols & cols., 2005).

Ressalte-se que as obsessões e compulsões diferem do pensamento mágico, freqüente em crianças com desenvolvimento típico, por serem invasivos, estressantes e não por não terem qualquer propósito de auxiliar na compreensão lógica (Bolton, 1996). Compulsões distinguem-se também de rituais próprios de algumas fases do desenvolvimento. Por exemplo, na fase pré-escolar, é comum que as crianças peçam aos cuidadores para contar a mesma história várias vezes da mesma forma, ou cultivem hábitos ritualísticos para dormir, comer ou tomar banho (Rosário-Campos & Mercadante, 2000). Esses comportamentos auxiliam-nas a ter uma sensação de controle sobre a imprevisibilidade das situações e a limitação de seu repertório. Além disso, não causam incômodo, não têm a intensidade de uma compulsão e não interferem no desempenho de outras tarefas.

Comportamentos repetitivos podem ser normais e adaptativos também na vida adulta dependendo de sua freqüência, intensidade e adequação social. Exemplos disso são o desenvolvimento de hábitos que promovam um melhor desempenho dos indivíduos em atividades diárias, as superstições ou ainda a organização isolada de uma coleção de objetos de preferência pessoal (Janeck, Calamari, Riemann & Heffelfinger, 2003). Conforme se observa, pensamentos recorrentes e comportamentos ritualizados são comuns mesmo em pessoas com desenvolvimento típico. No entanto, enquanto esses podem facilmente postergar sua realização de acordo com as demandas da realidade ou mesmo se desvincular dessas idéias, o mesmo não ocorre com os indivíduos que apresentam sintomas de obsessões e/ou compulsões. Nesse caso, a impossibilidade de atingir objetivos vinculados a suas compulsões implica-lhes forte sofrimento e prejuízos relevantes a sua rotina.

Obsessões são definidas como pensamentos, idéias, imagens ou impulsos que assumem, no plano mnêmico, a forma de palavras, falas, números, músicas, figuras ou cenas repetitivas, vivenciadas como invasivas e desagradáveis (APA, 2002). Pelo seu caráter irracional, as obsessões diferem de preocupações lógicas e excessivas relacionadas a problemas cotidianos e são normalmente consideradas “egodistônicas”, à exceção dos

casos infantis (APA, 2002; Rasmussen & Eisen, 1994; Shafran, 2001). Assim, em razão da ansiedade que evocam, os sujeitos procuram ativamente ignorar, suprimir ou neutralizar esses pensamentos invasivos através de outros pensamentos ou ações, denominados compulsões.

As compulsões são definidas como comportamentos ou atos mentais repetitivos realizados para aliviar o mal-estar provocado por uma obsessão ou para evitar que uma temida situação imaginada repetidamente venha a acontecer (APA, 2002). Por terem um objetivo definido, ainda que irreal, e por não terem o propósito de atingir um prazer e sim atenuar um desconforto emocional, as compulsões diferem também de outros comportamentos repetitivos, como os transtornos de tique, a tricotilomania (ato impulsivo e persistente de arrancar cabelo) ou o jogo patológico (um transtorno no qual o indivíduo sente-se impelido a participar de jogos de azar, em detrimento de seus compromissos sociais ou financeiros) (APA, 2002). No caso da compulsão, o sujeito engaja-se nesse padrão de comportamento para atenuar sua ansiedade (uma sensação de premência ou imperfeição); Em contrapartida, sente-se paulatinamente mais frustrado e estressado em função do tempo que leva para completar sua compulsão e da interferência dessa atividade sobre seu funcionamento social, acadêmico ou profissional (Rapoport & cols., 2000; Purdon, Rowa, Summerfeldt & Anthony, no prelo). Assim, enreda-se em um ciclo de difícil rompimento.

A maioria dos indivíduos com TOC apresentam múltiplas obsessões e compulsões simultâneas, embora seja comum, no caso das crianças, a ocorrência de compulsões sem obsessões (Geller & cols., 2001; Hanna, 1995). Porém, os pesquisadores ainda têm dificuldades em afirmar a independência desses fenômenos (Shafran, 2001). Quando incidem na vida adulta, compulsões e obsessões tendem a surgir de modo concomitante. Já na infância, as compulsões geralmente antecedem o início das obsessões (APA, 2002; Piacentini & Bergman, 1999). O intervalo médio entre o início das compulsões e o das obsessões obtido em um estudo brasileiro foi de 1,6 ano, considerando uma amostra composta por sujeitos que apresentaram o início de seus sintomas antes dos dez anos de idade (Rosário-Campos, 1998, citado por Rosário-Campos & Mercadante, 2000).

As obsessões mais comuns entre a população infanto-juvenil são as de contaminação (p.ex., ser contaminado pela sujeira de um ambiente ou por uma doença), de agressão (medo de ferir-se, ferir aos outros, ou agir de forma ofensiva, anti-social ou invasiva, p. ex., humilhando ou assediando alguém, gritando um obscenidade em local público ou furtando um objeto), sexuais (p. ex., uma imagem pornográfica recorrente), de religiosidade (p. ex., uma memória religiosa intrusiva) e de simetria/exatidão (p. ex., idéia

constante de paralelismo e regularidade) (Geller & cols, 1998, 2001; Hanna, 1995; Leckman & cols., 1997; March & Leonard, 1996). No caso das obsessões agressivas, muitas crianças e adolescentes desenvolvem também uma fobia<sup>8</sup> de impulso e evitam manusear objetos cortantes ou pontiagudos ou permanecer sozinhos por não confiarem em si próprios (Torres & Smaira, 2001; Zohar, 1999). Esse e os demais tipos de obsessões tendem a ser associados à dúvida patológica, um persistente questionamento que o sujeito se faz sobre ter ou não executado um ato temido. Na incapacidade de se certificar de suas ações anteriores, o indivíduo permanece ruminando a idéia de ter ou não deixado a porta aberta, maldito um amigo, colocado fogo em objetos, engolido cacos de vidro ou mantido uma relação homossexual, por exemplo, mesmo sem perceber (APA, 2002). Os conteúdos das obsessões não são arbitrários. Rowa e colegas (no prelo) indicam que as obsessões mais intrusivas tendem a ser classificadas pelos sujeitos como as mais temerárias ou mais impressionantes por seu conteúdo. Geralmente, são relacionadas a aspectos inaceitáveis de seu caráter relacionados à moralidade, organização, agressividade e controle de impulsos (Ferrier & Brewin, no prelo).

Quanto às compulsões mais freqüentemente observadas entre crianças e jovens, estão as compulsões de limpeza, repetição, verificação, simetria/ordenação e os rituais de tocar em objetos ou pessoas (Geller & cols, 1998; Hanna, 1995; March & Leonard, 1996; Rettew, Swedo, Leonard, Lenane & Rapoport, 1992; Zohar, 1999). Entre os adultos, tendem a ser mais freqüentes as compulsões de verificação e limpeza e as obsessões relativas à agressividade, contaminação e a questões somáticas (preocupação com doenças ou com a aparência física) (Del Porto, 1999; Janeck & cols., 2003; Rasmussen & Eisen, 1994). Impressiona nos estudos transculturais a semelhança dos sintomas quanto à forma e ao conteúdo das compulsões, o que demonstra que este é um transtorno que parece sofrer pouca influência de fatores sócio-econômicos (Geller & cols., 1998; Leckman & cols., 1997; Leonard & cols., 1993).

Desde o primeiro caso de TOC, relatado no campo psiquiátrico por Esquirol, em 1838, observa-se essa convergência universal e a multiplicidade dos sintomas que compõe o quadro clínico desse transtorno (Del Porto, 2001). Rituais de lavagem e conferência (p. ex, lavar repetidamente as mãos, verificar constantemente se as roupas estão limpas, seguir rituais excêntricos de higiene, etc.), de preocupação com demarcação de limites (p. ex.,

---

<sup>8</sup> Ressalte-se que embora as fobias e o transtorno obsessivo-compulsivo apresentem diversas características em comum (medos irracionais, ansiedade extrema, preservação da capacidade crítica), diferem principalmente por três razões: 1) os fóbicos não apresentam sentimentos distorcidos e exagerados de autculpabilização; 2) a esquiva passiva é menos eficaz no TOC do que na fobia, visto que estímulos que iniciam obsessões e compulsões são muitas vezes internos e onipresentes; 3) os sintomas do TOC tender à modificação ao longo do tempo, ao contrário das fobias, que apresentam um conteúdo estável (Torres, 2001).

fechar portas, armários e janela, não pisar nas riscas das calçadas, etc.) e as compulsões de simetria/ordenação (p. ex., ordenar as roupas no armário de acordo com normas rígidas, ter que tocar com a mão esquerda o que tocou com a direita, etc) são todos exemplos da fenomenologia de compulsões descritas em diversas culturas (Fontenelle & cols., 2003; Mancini, D'Olimpio, Del Genio, Didonna & Prunetti, 2002; Rettew, Swedo, Leonard, Lenane & Rapoport, 1992; Zohar, 1999).

Outros indicadores do TOC são a constante solicitação e exigência de garantias, a intolerância a incertezas e ambigüidades, as preocupações exacerbadas com regras e formalidades e a dedicação exagerada às tarefas escolares ou profissionais (Janeck & cols., 2003; Leckman & cols., 1997). São típicos ainda a expressão de impulsos sexuais e agressivos, o excesso de escrúpulos morais e um sentimento exagerado e inapropriado de responsabilidade (Foa, Amir, Bogert, Molnar & Przeworski, 2001; Tolin, Abramowitz, Brigidi & Foa, 2003). Uma sensação de fragilidade orgânica, seguida por obsessões somáticas e compulsões de verificação (auto-exame), também é comum no TOC, porém mais freqüente entre adultos (OCCWG, 1997).

Entre os adolescentes, outras compulsões que ocorrem com certa regularidade são as de contagem e repetição, geralmente mantidas como um comportamento privado (p. ex., executar mentalmente somas e divisões desnecessárias, reproduzir um ato em um número de vezes determinado aleatoriamente, repetir palavras em silêncio, etc.) e os rituais associados a um ciúme demasiado e irracional (expressas, p. ex., através de compulsões de verificação relacionadas a obsessões de cunho sexual ou de traição) (Mancini & cols., 2002; Piacentini & Bergman, 1999; Torres, Ramos-Cerqueira & Dias, 1999). Também são comuns os rituais de colecionamento (incapacidade de se desfazer de objetos, muitas vezes inúteis), compulsões semelhantes a tiques (*tic-like*) e outros rituais bizarros evidentes em comportamentos cotidianos, como dançar, rezar, comer, interagir socialmente, etc. (Geller & cols., 2001; Zohar, 1999). De forma geral, qualquer comportamento pode potencialmente ser considerado compulsivo, desde que seja excessivo e irracional e siga um rígido e idiossincrático padrão de funcionamento.

Visto que as compulsões tendem a co-ocorrer e constituir um panorama clínico, a princípio, com grande variação sintomatológica entre os indivíduos, Leckman e colegas (1997) realizaram um estudo para verificar a tendência de agrupamento dos comportamentos compulsivos. Seus achados indicam uma organização fatorial com quatro dimensões principais, responsáveis por 60% da heterogeneidade da amostra, composta majoritariamente por adultos. Os fatores discriminados foram obsessões (agressivas, sexuais, somáticas ou religiosas) associadas a compulsões de verificação (fator I);

obsessões de simetria e compulsões de ordenação e contagem (fator II); obsessões de contaminação e compulsões de limpeza (fator III) e obsessões e compulsões de colecionismo (fator IV). Essa estrutura fatorial é confirmada por um estudo meta-analítico envolvendo mais de 2000 participantes adultos (Mataix-Cols & cols., 2005). Quanto a amostras infanto-juvenis, não foram encontradas publicações que investigassem essa distribuição, o que torna precipitada a generalização dessa organização fatorial até o momento.

Contudo, apesar da heterogeneidade dos indicadores de obsessões/compulsões, três características parecem ser norteadoras para investigação diagnóstica do TOC, independente da idade dos sujeitos avaliados: a apresentação de preocupações superestimadas de riscos, a permanência de uma dúvida patológica e uma recorrente sensação de incompletude. Essas características constituem, segundo Rasmussen e Eisen (1994), um espectro relacionado à ansiedade. Nos extremos desse espectro, os menores índices de ansiedade são observados entre aqueles indivíduos que apresentam preponderantemente uma sensação de incompletude, cuja atenuação geralmente é obtida através de comportamentos ritualísticos isolados, como o colecionismo. Já os maiores índices de ansiedade são relatados por aqueles que apresentam uma avaliação exacerbada de possíveis riscos associados normalmente a obsessões de contaminação e a compulsões de verificação e limpeza. Nesse contínuo, a ansiedade é progressivamente maior entre aqueles que revelam uma necessidade de ordem e simetria, obsessões sexuais e agressivas (freqüentemente associados à dúvida patológica) e um senso de responsabilidade patológico. A Figura 1 ilustra o espectro dos subtipos do TOC e a sua associação com a ansiedade.

Preocupações com contaminação	Responsabilidade patológica	Obsessões sexuais e agressivas	Necessidade de ordem e simetria	Ritualizadores puros
Avaliação anormal de riscos		Dúvida patológica		Sensação de incompletude
(Altos níveis de ansiedade)			(Baixos níveis de ansiedade)	

Figura 1. Espectro dos subtipos do TOC e a sua associação com a ansiedade

Figura retirada de Torres e Smaira (2001, p. 6).

Sob outra perspectiva, as experiências relacionadas a obsessão e compulsão podem ser classificadas a partir de três dimensões, que englobam fenômenos cognitivos (pensamentos, idéias e imagens), sensações somáticas de ansiedade e fenômenos sensoriais (Hounie, Brotto, Diniz, Chacon & Miguel, 2001). Essa última dimensão inclui sensações corporais focais ou generalizadas que precedem um comportamento compulsivo (desconforto abdominal, p. ex.) e também sensações subjetivas de premência, tensão emocional, incompletude ou de que algo não está certo (*just right*). Tais experiências são narradas tanto por crianças, quanto por adolescentes e adultos. Em razão dessa convergência, os manuais de investigação psiquiátricos (APA, 2002; OWH, 1993) aplicam os mesmos critérios diagnósticos para crianças e adultos. A única exceção refere-se à não necessidade de crítica infantil quanto ao caráter excessivo ou irracional de suas obsessões ou compulsões. Como cerca de 30% das crianças com indicadores de TOC descrevem seus sintomas como egossintônicos (Geller & cols, 1998), esse critério é prescindível nessa faixa etária. Possivelmente em função disso, as crianças são apontadas na literatura clínica como mais sigilosas em relação a seus sintomas (Rapoport & cols., 2000).

A avaliação do juízo crítico é realizada, em termos operacionais, através de uma classificação categórica proposta pelo DSM-IV-TR (APA, 2002). Todavia, alguns estudos sugerem ser mais adequada a adoção de uma perspectiva dimensional para avaliação dessa função (Emmelkamp, Kraaijkamp & Van Den Hout, 1999; Thomsen, 1995; Türkoy, Tükel, Ösdemir & Karali, 2002; Yaryura-Tobias & cols., 2000). Ocorre que muitos sujeitos apresentam algum grau de comprometimento do *insight*, com a apresentação de idéias prevalentes ou mesmo delirantes (egossintônicas) em níveis distintos, o que torna vaga e difícil uma avaliação categórica. De qualquer forma, adolescentes e adultos apresentam, na maioria dos casos, uma crítica preservada em relação a seus sintomas (Hanna, 1995; Rowa & cols., 2005). O caráter autocrítico dessas obsessões e compulsões é o que faz com que os obsessivos lutem contra suas idéias e não por suas idéias, como é o caso dos que apresentam sintomas paranóides.

Diante da preservação da capacidade de discernimento, os indivíduos que apresentam obsessões e compulsões que julgam bizarras ou desadaptativas tendem a ocultar seus pensamentos e comportamentos, restringindo, à medida do possível, seus rituais a alguns cômodos da casa ou aos momentos de privacidade (Ferrier & Brewin, no prelo; Leckman & cols., 1997; Torres & Smaira, 2001; Shafran, 2001). Deste modo, mesmo familiares ou pessoas próximas podem desconhecer a ocorrência desses comportamentos disfuncionais (Rapoport & cols., 2000). Essa dificuldade ressalta a importância da elaboração de um instrumento de auto-relato para uma avaliação de triagem

e para execução de intervenções preventivas em casos subclínicos. Nessas condições, rituais considerados pelo senso comum como “manias” ou excentricidades ainda não são vistos de forma repreensiva pelo adolescente, mas já implicam certa limitação funcional, embora dificilmente os façam procurar tratamento.

Geralmente, o tempo transcorrido entre o início dos indicadores de obsessões e compulsões e a busca de tratamento é grande (Bolton, 1996; Fontenelle, Mendlowicz, Marques & Versioni, 2003; Miranda & Bordin, 2001). Isso porque possivelmente não são vistos como problemáticos em um primeiro momento, até que impliquem acentuado sofrimento psíquico ou físico e interfiram na rotina do sujeito, seja pelo tempo que demandam (mais de uma hora por dia para fins diagnósticos) ou pelos prejuízos sociais que sua expressão ou tentativa de esquiva acarretam (distração, isolamento social, declínio do rendimento escolar, depressão secundária, etc.). No caso das crianças e adolescentes, ocorre ainda que muitos comportamentos compulsivos são tratados pela família como passageiros e típicos dessa faixa do desenvolvimento. Os adultos demoram, em média, sete anos para buscar tratamento aos seus sintomas (Marques, 2001) e as crianças, 2,5 anos (Geller & cols, 1998).

O transtorno obsessivo-compulsivo, com frequência, tem um curso crônico e flutuante, com exacerbações normalmente relacionadas ao estresse. Seu início costuma ser gradual, mas em alguns casos pode ser agudo. Durante a evolução desse quadro clínico, dois fenômenos ocorrem com frequência: 1) obsessões e compulsões apresentados tendem a modificar-se, envolvendo novos conteúdos e rituais e 2) com o tempo, aumentam a incidência de marcadores de compulsão e o agravamento das obsessões. Sob tratamento farmacológico ou psicoterapêutico, esses sintomas diminuem de intensidade, mas a remissão completa não ocorre na maioria dos casos (Mataix-Cols & cols., 2005; Marques, 2001; Miranda & Bordin, 2001; Skoog & Skoog, 1999).

Segundo a revisão realizada por Zohar (1999), a remissão completa dos sintomas de TOC em amostras infanto-juvenis acontece somente em cerca de 10% a 15% dos casos. No entanto, o estudo de Leonard e colegas (1993), realizado com sujeitos clínicos de 10 a 24 anos, submetidos a diferentes intervenções, revela um índice de remissão ainda menor (6%). Outras pesquisas apontam que o curso periódico dos sintomas ocorre mais frequentemente no início do transtorno (Skoog & Skoog, 1999) e em pessoas do sexo feminino (Thomsen, 1995).

Enfatizam-se os indícios de que a maioria dos casos subclínicos de TOC observados em amostras adolescentes da comunidade não clínica não chegam a desenvolver o transtorno na vida adulta (Berg & cols, 1989). Dentre os fatores que

contribuem para um bom prognóstico, estão a ausência de comorbidade com outros quadros psiquiátricos, a preservação da saúde mental dos pais e o curso episódico dos sintomas. Além desses, são também fatores protetivos o grau de adaptação social do indivíduo, a ausência de eventos traumáticos prévios e, principalmente, a ocorrência tardia do início dos sintomas (Fontenelle & cols, 2003; Skoog & Skoog, 1999). Apesar da relevância desse último fator, os critérios para demarcação da incidência do TOC são um ponto controverso nesses estudos.

Embora na maioria dos casos, o aparecimento dos primeiros indicativos de compulsões ou obsessões ocorra na infância ou adolescência, os pesquisadores ainda discutem se deveriam considerar como marcador para os estudos sobre prevalência a época do aparecimento dos sintomas iniciais, o período do preenchimento de critérios diagnósticos ou a data da busca de tratamento (Emmelkamp & cols., 1999; Fontenelle & cols., 2003). Em geral, o critério adotado refere-se ao aparecimento dos primeiros sintomas. Segundo esse parâmetro, no estudo de Geller e colegas (1998), a idade referida por pacientes clínicos adultos quanto ao início de seus sintomas variou de 7,5 a 12,5 anos e a média obtida foi igual a 10,3 anos. Já nos estudos de Rasmussen e colegas (1994) e Nelson & Rice (1997), as médias de idade relativas ao início dos sintomas elevaram-se, respectivamente, para 20,9 anos (d.p. 9,6 anos) e 18,7 anos (d.p. 13,6 anos), sendo em ambos maior no grupo feminino. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), a idade modal de início dos sintomas entre os homens varia de 6 a 15 anos e entre as mulheres, de 20 a 29 anos.

Embora o TOC seja um dos únicos transtornos de ansiedade que não apresente diferenças sexuais quanto à prevalência dos sintomas na vida adulta (Fontenelle, Marques & Versiani, 2002), entre a população infantil, a ocorrência desse diagnóstico é mais freqüente em pessoas do sexo masculino (Geller & cols., 1998; Hanna, 1995; Rapoport & cols., 2000; Zohar, 1999). Possivelmente, porque as compulsões, conforme já citado, tendem a anteceder as obsessões na infância e a serem consideradas egossintônicas pelas crianças, assumindo características mais próximas dos problemas de externalização do que dos problemas de internalização. Desta forma, parte das explicações que justificam a prevalência dos problemas de comportamento entre meninos poderia ser generalizada para justificar essas diferenças em relação ao TOC (tolerância social, práticas socializadoras parentais, fatores neuroquímicos, etc.), especialmente no que diz respeito a fatores disposicionais. Contudo, é interessante notar que essa diferença diminui justamente a partir do período em que os sintomas tendem a tornar-se egodistônicos. Visto que os sintomas têm uma baixa estimativa de remissão (Fontenelle & cols., 2003), o que ocorre

provavelmente é uma maior incidência dos sintomas, sobretudo das obsessões, nas meninas durante a adolescência. Nesse período, as adolescentes passam a ter maior consciência da repercussão social de suas atitudes e a investir mais em suas relações interpessoais, tornando-se mais vulneráveis às situações de estresse relacionadas a questões afetivas. Além desses determinantes, outro fator de risco relacionado ao surgimento do TOC na adolescência e vida adulta é a ocorrência de eventos traumáticos e as condições ambientais de socialização.

Pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos que iniciam tardiamente são mais freqüentemente desencadeados por eventos estressores externos, como um rompimento afetivo, a morte de um ente próximo ou a exposição continuada a situações de abuso ou autoritarismo (Amir, Freshman & Foa, 2000; Gonzalez, 1999; Rosario-Campos, 2001). Evidências relacionadas a determinantes ambientais indicam que as práticas parentais têm uma influência importante sobre o desenvolvimento de obsessões/compulsões, o que talvez exerça um efeito mediador sobre outras variáveis, como auto-estima e crença de auto-eficácia. Nessa perspectiva, Hibbs e colegas (1993, citado por Steketee & Van Noppen, 2003) e Amir e colegas (2000), ao investigarem a relação pais-filhos de crianças e adolescentes com TOC, indicam que as práticas parentais nessas famílias tendem a ser pautadas pelas críticas em relação ao comportamento infanto-juvenil, pela hostilidade e/ou pela superproteção emocional.

Segundo o modelo teórico cognitivo comportamental, a experiência de situações adversas contribui para o desenvolvimento do TOC à medida que subsidia a formação de crenças irrealistas. Nessa concepção, os comportamentos disfuncionais próprios do TOC são mantidos quando pensamentos intrusivos, vivenciados rotineiramente pela maioria dos indivíduos com desenvolvimento típicos, são superestimados pelos sujeitos, em função de um controle cognitivo inadequado, fazendo com que estes se considerem responsáveis pela eventual ocorrência dos danos imaginados (Janeck & cols, 2003; Salkovskis, Forrester & Richard, 1998). Assim, poder-se-ia pensar que os indivíduos com essa distorção cognitiva tenderiam a apresentar uma crença de *locus* de controle interno. No entanto, a necessidade de rituais compulsivos e de outros comportamentos que visem à anulação desses pensamentos, bem como os sentimentos de incapacidade que caracterizam o TOC sugerem também uma crença de *locus* de controle externo. Porém, não são encontrados na literatura estudos que investiguem essa relação, o que poderia contribuir para direcionar o foco de tratamentos psicoterápicos baseados em uma diretriz cognitivista.

A essência básica dos modelos cognitivo-comportamentais explicativos do transtorno obsessivo-compulsivo é a criação de pensamentos automáticos errôneos (Rangé,

Asbahr, Moritz & Ito, 2001). No conjunto, esses pensamentos formam um sistema de crenças que influencia a execução de rituais compulsivos e a expressão de uma ansiedade exacerbada. De acordo com esse modelo, à medida que os indivíduos superdimensionam as ameaças do ambiente (interno ou externo) e acreditam poder causar sérios danos a si ou a outras pessoas, mantêm seus comportamentos compulsivos através de um esquema de reforçamento negativo, no qual os prejuízos temidos são supostamente prevenidos através de comportamentos que apresentam uma relação espúria com a realidade.

Com a perseveração dos rituais e o agravamento das obsessões e dos sintomas secundários, essas crenças e rituais passam muitas vezes a ser reforçadas de forma negativa também pelos familiares desses sujeitos, à medida que a família se acomoda diante da excentricidade dos comportamentos disfuncionais, esquivando-se das conseqüências negativas que a ansiedade da dúvida patológica ou de outras obsessões provoca. É comum também que as famílias reforcem positivamente compulsões apresentadas pelas crianças ou adolescentes, envolvendo-se ativamente em rituais bizarros. Steketee e Van Noppen (2003) revelam que 75% dos parentes de pacientes com TOC referem participar dos rituais obsessivo-compulsivos apresentados por seus familiares ou modificar seu comportamento para se acomodar a esses ritos (p. ex., reorganizando as rotinas domésticas, dirimindo dúvidas patológicas, etc.). Vale lembrar que, no caso de famílias consangüíneas, a possibilidade de que essa interação ocorra entre sujeitos que apresentem concomitantemente obsessões ou compulsões é elevada, visto que, de forma geral, o fator genético é um importante fator de risco para esse transtorno. Nestadt e colegas (2000) afirmam que os parentes em primeiro grau de indivíduos com diagnóstico de TOC apresentam, ao longo da vida, uma prevalência cinco vezes maior desse mesmo diagnóstico dos que os sujeitos de um grupo controle. As altas taxas de concordância de TOC entre gêmeos monozigóticos corroboram os efeitos da hereditariedade sobre a transmissão desse transtorno. Certos sintomas em específico (especialmente os de simetria e ordenação) parecem ser muito susceptíveis ao risco de transmissão genética (Gonzalez, 2001).

Achados sobre a etiologia do TOC sugerem que alguns fatores biológicos, de modo geral (genética, funcionamento neurológico, etc.), parecem ser mecanismos determinantes de dois subtipos específicos do transtorno obsessivo compulsivo: um caracterizado por seu início precoce e outro relacionado a alterações imunológicas. O subtipo peculiar aos indivíduos que manifestam sintomas obsessivos/compulsivos precocemente, na maior parte meninos, parece ter sua etiologia mais diretamente relacionada a questões orgânicas, traumas pré-natais e evidente risco transgeracional (Fontenelle & cols., 2002; Hounie &

cols, 2001; Thomsen, 1995). As análises indicam que quanto mais precoce é a incidência das obsessões/compulsões nos probandos, maior é a probabilidade de ocorrer compulsões de verificação e maior é o número de casos de parentes em primeiro grau também apresentarem esses sintomas. Já o subtipo imunológico, caracterizado por quadro de sintomas obsessivos/compulsivos observados entre as crianças que apresentam transtornos neuropsicológicos auto-imunes associados à infecção estreptocócica, conduz os pesquisadores a levantar a hipótese de que obsessões e compulsões, nessas condições, podem ter um modelo auto-imune como mecanismo patofisiológico (Giedd, Rapoport, Garvey, Perimutter & Swedo, 2000; Swedo & Grant, 2005). De acordo com a revisão apresentada por Rosário-Campos e Mercadante (2000), cerca de 10% a 30% das crianças com TOC demonstram alterações imunológicas associadas.

No entanto, os cientistas ainda são controversos sobre a legitimidade da existência desse último subtipo como um transtorno primário, por desconhecer os mecanismos de ação dessa infecção sobre o sistema nervoso central, cujo efeito aumenta o risco não apenas do TOC, como também dos transtornos de tique em geral (Hounie & cols, 2001; Shafran, 2001). Acredita-se que o mecanismo imunológico possa ter um efeito funcional direto sobre neurotransmissores ou uma ação indireta, por exemplo, criando microlesões capazes de romper conexões neurológicas em áreas cerebrais envolvidas na manifestação do TOC (Giedd & cols., 2000; Mercadante, 2001; Swedo & Grant, 2005). Embora incipientes, estas investigações podem contribuir para melhor entendimento da heterogeneidade de características fenomenológicas e etiológicas dos sintomas obsessivos/compulsivos, trazendo, inclusive, informações sobre as disfunções neuropsicológicas típicas do TOC que podem auxiliar as intervenções de psicólogos.

A identificação das áreas cerebrais e das funções neuropsicológicas afetadas por essa psicopatologia é, de fato, uma das principais pautas de interesse na pesquisa neuropsicológica relacionada ao transtorno obsessivo-compulsivo. Recentes estudos que avaliam o papel dos circuitos neuronais envolvidos nas disfunções do TOC sugerem que alterações do sistema serotoninérgico sejam responsáveis pela hiperativação do circuito caudato-tálamo-frontal, responsável pela manifestação obsessivo-compulsiva (Graeff, 2001; Williams & Allsopp, 1999). As evidências sobre essas disfunções são corroboradas por pesquisas de neuroimagem estrutural e funcional (Ho Pian & cols. 2005; Lacerda & cols., 2001; OCCWG, 1997; Saxena, Brody, Schwartz & Baxter, 1998), de tratamento neurocirúrgico do TOC - indicado para mais de 20% dos pacientes com TOC, os quais não respondem a tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos (Lopes e cols., 2004) e também por estudos experimentais.

Investigações experimentais demonstram que animais pertencentes a espécies que manifestam comportamentos homólogos aos atos compulsivos humanos (ou seja, comportamentos que apresentam o mesmo substrato neurobiológico) têm suas “compulsões” diminuídas com o uso de inibidores de recaptção de serotonina (Graeff, 2001).

A semelhança entre os sintomas de TOC e o comportamento ritualístico de animais, como aves de cativeiro e cães, leva alguns teóricos, como Rapoport (1991, citado por Graeff, 2001, p. 35), a assumir uma perspectiva evolutiva para explicar a alta frequência das compulsões de limpeza (p.ex., lavar as mãos excessivamente) e verificação (p. ex., conferir repetidamente se portas e janelas estão trancadas). Segundo Rapoport, essas compulsões seriam, respectivamente, exageros de rotinas de autolimpeza e de conferência de marcação territorial, expressas por diversas espécies animais. Tais comportamentos teriam um valor adaptativo para profilaxia de doenças e para garantia da ocupação de um espaço suficiente para supressão de suas necessidades básicas de alimentação e reprodução.

No caso dos humanos, os atos compulsivos parecem ser associados, especialmente, à desregulação do sistema serotoninérgico sobre os gânglios da base. Essas estruturas são responsáveis pela regulação de *feedback* dos movimentos e por outras características mais complexas do comportamento, como motivação, aprendizagem, planejamento motor sequencial, inibição do comportamento e direcionamento cognitivo (Lacerda & cols, 2001; Saxena & cols., 1998). De acordo com o modelo caudato-tálamo-frontal, o excesso de atividade talâmica, causado por uma falha do núcleo caudado em inibir impulsos corticais, produz uma hiperativação do córtex órbito-frontal. Essa desregulação impede o sujeito de retirar do seu foco de atenção pensamentos fugazes e irrelevantes às demais pessoas e o faz perseverar em comportamentos desajustados. Em última instância, a falha nesse circuito atinge áreas cerebrais responsáveis pelas funções de motivação, processamento de emoções e regulação dos processos de reforço-recompensa (Fontenelle, 2001; OCCWG, 1997; Saxena & cols., 1998; Valente e Busatto Filho, 2001). Por conseguinte, as disfunções neuropsicológicas comumente associadas ao transtorno obsessivo-compulsivo referem-se a alterações de funções que abrangem o circuito caudato-tálamo-frontal. Especificamente as funções executivas, mnêmicas e visoespaciais. Isso é o que indica recentes estudos no campo da Neuropsicologia.

A revisão apresentada por Fontenelle (2001) torna evidente que os indivíduos com sintomas clínicos ou mesmo subclínicos de TOC apresentam pior desempenho em testes que avaliam áreas cerebrais envolvendo esse circuito, como, por exemplo, o *Wisconsin*

*Card Sorting Test*, o *Stroop Test*, o *Benton Visual Retention Test*, a Figura Complexa de Rey e os subtestes *Spatial Working Memory* e *Attentional Set-Shifting Task* da *Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery*. Os resultados das avaliações neuropsicológicas com esses instrumentos revelam comprometimentos em relação à memória de trabalho, evocação livre de ações prévias, monitoramento da realidade (capacidade de distinguir se algo foi executado ou apenas imaginado), memória não-verbal e aprendizagem associativa. Prejuízos também ocorrem quanto a habilidades visoespaciais, à dificuldade de tomada de decisão, à expressão de pensamentos rápidos e espontâneo e à capacidade do sujeito mudar seus cenários cognitivos e interromper uma obsessão ou comportamento compulsivo. Os estudos que denotam os prejuízos em habilidades visoespaciais, atenção e memória, sobretudo no que tange aos déficits de conteúdos não verbais, são ressaltados por Muller e Robert (2005), Penadés, Cataláns, Andrés, Salamero e Gastó (2005) e por Tuna, Tekcan & Topçuoğlu (2005). As pesquisas indicam ainda uma baixa competência dos indivíduos com marcadores de compulsão/obsessão para planejar atividades e elaborar estratégias organizacionais que auxiliem o desenvolvimento de tarefas como copiar a Figura Complexa de Rey e inibir comportamento indesejado (Bohne, Keuthen, Tuschen-Caffier & Wilhem, no prelo; Fontenelle, 2001; OCCWG, 1997; Penadés & cols., 2005). Outros estudos indicam não haver diferenças significativas no desempenho de pacientes com TOC e outros adolescentes controle em testes neuropsicológicos, embora mostrem que uma boa performance em testes de atenção e funções executivas (teste das trilhas e Wisconsin) possa prever o sucesso do tratamento de compulsões (Moritz & cols., 2005).

A similaridade evidente entre disfunções neuropsicológicas típicas do TOC e de outras psicopatologias que implicam pensamentos recorrentes e/ou comportamentos repetitivos e compartilham os mesmos circuitos neurobiológicos fundamentam a idéia de que os sintomas obsessivo-compulsivos constituem um espectro que engloba várias categorias nosográficas (Mercadante, Rosário-Campos, Quarantini & Sato, 2004; Thomsen, 1995). Nessa agregação, incluem-se, entre outros quadros, transtornos de tiques, compras compulsivas, jogos patológicos, cleptomania, comportamento incendiário patológico, compulsão alimentar. As altas taxas de co-existência do TOC e dos transtornos de tique (tiques motores e Síndrome de Tourette), encontradas principalmente em amostras juvenis, corroboram essa concepção.

Ainda sobre as comorbidades associadas ao TOC, os mais altos índices são observados em relação aos problemas de comportamento, aos transtornos de ansiedade e de humor, ao abuso e dependência de substâncias e aos transtornos alimentares (Apter &

cols., 2002, Geller & cols., 1998; OCCWG, 1997). Segundo Geller e colegas, cerca de 70% das crianças e adolescentes com TOC apresentam em paralelo um transtorno disruptivo. Entre os adultos, as mulheres parecem ter um risco aumentado de comorbidade para depressão, distúrbios alimentares e ataques de pânico, enquanto os homens apresentam maior risco de desenvolver quadros de ansiedade, abuso de drogas e depressão (Apter & cols., 2002; Leckman & cols., 1997; Petribú, 2001; Yaryura-Tobias & cols., 2000). Em geral, os distúrbios de ansiedade (principalmente as fobias) precedem o aparecimento dos sintomas obsessivo-compulsivos, ao passo que os transtornos de humor incidem-se em um período concomitante ou posterior ao TOC, sendo em muitos casos reativo ao sofrimento psíquico e às adversidades sociais que o TOC implica (Miranda & Bordin, 2001). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001, citado por Miranda & Bordin, 2001), o transtorno obsessivo-compulsivo é hoje a 10ª maior causa de incapacitação, condição esta que certamente repercute sobre o bem-estar dos sujeitos.

São consideráveis também os altos índices de comorbidade entre o TOC e os transtornos de personalidade. A tese desenvolvida por Torres (1994, citado por Petribú, 2001) a partir do estudo de 40 pacientes psiquiátricos revela que 70% de sua amostra apresentavam em conjunto ao TOC um transtorno de personalidade. O tipo de transtorno varia, segundo os achados de Türkoy e colegas (2002), de acordo com o *insight* do sujeito sobre seus sintomas. Os indivíduos com uma crítica preservada sobre o caráter disfuncional de seus comportamentos obsessivos/compulsivos tendem a apresentar um transtorno de personalidade esquiava. Já os transtornos de personalidade *borderline* ou narcisista são mais comuns entre os sujeitos com um *insight* pobre.

Quanto à avaliação do TOC, a literatura indica que esse diagnóstico depende basicamente de manejo clínico (observações, entrevistas, indicações de testagem psicológica ou neuropsicológica, etc.), pois, tal qual ocorre com outros transtornos, como o TDAH, não existem exames laboratoriais ou radiológicos de uso clínico que o comprove. Os principais instrumentos de auto-avaliação disponíveis na literatura (Asbahr, 2000; Araújo, 2000; Emmelkamp & cols., 1999; Williams & Allsopp, 1999) para investigar o transtorno obsessivo-compulsivo são o *Leyton Obsessional Inventory* (LOI), nas versões original ou infantil, o *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory* (MOCI) e o *Padua Inventory* (PI). Esses inventários avaliam o número e a gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos. O MOCI e o PI discriminam, respectivamente quatro e cinco fatores (MOCI: dúvida, conferência, limpeza e lentidão; PI: impulsividade, conferência, limpeza, ruminação e precisão). Dentre as escalas de heteroavaliação, destacam-se a *National Mental Health Obsessive-Compulsive Scale* (NIMHOC), versões adulto e infantil, e a *Yale*

*Brow Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS)*, versões original e infantil, ambas destinadas a avaliação da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos em ensaios clínicos sem fins diagnósticos. A YBOCS consiste em uma lista de sintomas com mais de 50 exemplos referentes a 15 categorias distribuídos em quatro fatores (obsessão/verificação, simetria/ordem, limpeza/lavagem e colecionismo). Essa lista é acompanhada de duas subescalas que medem a extensão na qual obsessões e compulsões afetam em separado o indivíduo.

Contudo, embora esses instrumentos apresentem boas propriedades psicométricas em estudos estrangeiros, não são encontradas publicações científicas brasileiras relativas aos processos de adaptação e validação das escalas descritas. As pesquisas psiquiátricas nacionais realizadas com esses instrumentos até o momento utilizam versões apenas traduzidas dos instrumentos originais (Araújo, 2000; Asbahr, 2000). Nesse sentido, compreende-se que a proposição de um instrumento desenvolvido de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de elaboração de testes psicológicos possa contribuir para os estudos sobre fenomenologia e prevalência de indicadores de obsessão e compulsão entre adolescentes e, em conjunto com outros recursos avaliação, auxiliar o refinamento de avaliações diagnósticas.

### **1.3.5. Conduta social**

Os registros contemporâneos sobre violência têm despertado um forte interesse das ciências da saúde nas investigações sobre a trajetória de problemas de conduta apresentados por crianças e adolescentes, sobretudo, pela tentativa de prevenir comportamentos anti-sociais. Projeções estatísticas no campo da saúde coletiva sugerem que os problemas de conduta constituem uma das principais questões a serem enfrentadas pelos países ocidentais ao longo dessa década (Deptula & Cohen, 2004; Guille, 2004; Knapp, Scott & Davies, 1999; Sourander Helstelä, Helenius & Piha, 2000). Esses fenômenos são especialmente preocupantes em razão de sua tendência a persistir no tempo, escalar em gravidade e aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos (Gomes, 1998; Griffin & Gross, 2004; Higgins & McCabe, 2001; Sappington, 2000; Sposito, 2001; Stowman & Donohue, no prelo). Pesquisas nessa linha de investigação que assumem uma perspectiva desenvolvimental têm evidenciado que indicadores prévios de problemas de comportamentos são fortes preditores de violência, dificuldades de interação social, envolvimento criminal e abuso de drogas na vida adulta (Capaldi, Chamberlain & Patterson, 1997; Capaldi & Patterson, 1991; Capaldi, Pears, Patterson & Owen, 2003; Guille, 2004; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Terzian & Frasen, no prelo). Assim,

propõem que os pesquisadores invistam no desenvolvimento de recursos que possibilitem a identificação prévia de comportamentos anti-sociais.

Contudo, a definição do construto relativo a problemas de conduta é uma das propostas mais controversas na literatura científica atualmente, em razão da abrangência do espectro de comportamentos desviantes que compreende. Em termos gerais, os indicadores de problemas de conduta referem-se a um conjunto de comportamentos relacionado à agressividade, oposicionismo, negativismo, teimosia, provocação, desafio à autoridade, impulsividade, humilhação, vandalismo e violação dos direitos alheios. Essas manifestações são pertinentes à investigação diagnóstica de transtornos mentais diversos. Dentre esses, o transtorno da conduta, o transtorno desafiador opositivo e o transtorno de personalidade anti-social (APA, 2002), os quais são analisados cada vez mais como transtornos relacionados longitudinalmente, não apenas em razão da natureza de seus sintomas, como também pela trajetória de prejuízos que a progressão de condutas anti-sociais aparentemente aceitáveis em suas primeiras manifestações implica (Pacheco, Alvarenga & cols., 2005; Tramontina & cols., 2001).

Contudo, a perspectiva da existência de um contínuo entre as condutas agressivas infantis e a exibição de problemas de comportamentos futuros é um paradigma recente no campo científico. Tremblay (2000) afirma que, no século passado, o foco de investigação dos estudos sobre comportamento agressivo passava distante do aspecto evolutivo dos comportamentos anti-sociais. Assim, as pesquisas sobre comportamentos agressivos em adultos eram realizadas sem referências à manifestação de comportamentos agressivos na infância. Da mesma forma, as avaliações de adolescentes eram realizadas como se a incidência de comportamentos agressivos fosse desvinculada da conduta infantil. Porém, atualmente, dispõe-se de um conjunto de evidências contrárias a essa hipótese.

Estudos contemporâneos sobre a escalada dos comportamentos anti-sociais (Capaldi & cols., 1997; Davey, Day & Howell, 2005; Griffin & Gross, 2004; Loeber & cols., 2000; Sourander & cols., 2000; Vermeiren, 2003) apontam que as crianças que, desde cedo, apresentam um padrão de comportamento impulsivo, impaciente, inconsolável, desobediente e socialmente indesejado tendem a apresentar maior risco de desenvolver o transtorno desafiador opositivo (TDO). Ou seja, um quadro psicopatológico caracterizado pela dificuldade do sujeito em reconhecer seus próprios erros e por um padrão persistente de ações negativistas, hostis, vingativas e desafiadoras dirigidas a uma figura de autoridade - geralmente um dos pais (APA, 2002). A manifestação precoce de comportamentos típicos do TDO tende a criar sucessivas situações de exclusão social e a aumentar as chances de as crianças preencherem futuramente critérios diagnósticos para o

transtorno de conduta (TC) na adolescência e para o transtorno de personalidade anti-social (TPAS) na vida adulta (Elkins, Iacono, Doyle & McGue, 1997; Patterson, 1998; Serra-Pinheiro, Schmidt, Mattos & Souza, 2004). Em comum, o TC e o TPAS caracterizam-se por graves e recorrentes violações das normas sociais e condutas agressivas que incluem comportamentos de provocação, intimidação, crueldade, falta de empatia e solidariedade, envolvimento em lutas corporais, porte/uso de armas que possam causar lesões e delinqüência (APA, 2002).

No entanto, o curso dos problemas de comportamento não remete necessariamente à uma trajetória crônica, progressiva e psicopatológica (APA, 2002). Cerca de 40% das crianças com problemas de conduta não desenvolvem um comportamento anti-social persistente e severo ao longo da vida (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). O prognóstico varia de acordo com a constelação dos comportamentos manifestos e da moderação de variáveis contextuais (p. ex., estratégias disciplinares, apoio social, histórico de abuso, etc.) e disposicionais (p. ex., idade, sexo, funcionamento neuropsicológico, etc.).

Ao analisar o curso dos comportamentos anti-sociais de acordo com a idade de início de sua manifestação, Moffitt (1993, citado por Vermeiren, 2003) separa os indivíduos que apresentam problemas de condutas em dois grupos: um com incidência precoce e com um padrão de comportamento anti-social persistente ao longo da vida e outro nos quais comportamentos anti-sociais são limitados à adolescência. No primeiro grupo, os comportamentos disfuncionais tendem a iniciar na idade pré-escolar com comportamentos oposicionistas e desafiadores e seguem escalando, de modo a resultar em sérios problemas anti-sociais na adolescência e na vida adulta. No segundo, os problemas de conduta restringem-se ao período da juventude. De acordo com o autor, os adolescentes incluídos nesse grupo apresentam concomitantemente uma tendência a engajar-se em comportamentos anti-sociais quando estes parecem vantajosos e apoiados por seu grupo de pares e uma capacidade de manifestar atitudes pró-sociais quando estas parecem ser mais recompensadoras. Embora sejam determinadas por fatores multidimensionais, no grupo cujos problemas são limitado à adolescência, o comportamento parece estar mais sob controle de contingências de reforçamento e punição. Já no grupo cujo padrão de comportamentos anti-sociais é persistente ao longo da vida, a vulnerabilidade parecer estar mais relacionada a um conjunto de fatores de risco que alia variáveis individuais (deficiências neuropsicológicas, como impulsividade e déficit de atenção) a fatores sociais e familiares (violência cultural, padrões de socialização parental, situação sócio-econômica, etc). Nessa direção, apontam também os estudos que indicam que as

influências genéticas são mais fortes entre as crianças que precocemente desenvolvem problemas de conduta (Frick & cols., 1993; Steiner, Cauffman & Duxbury, 1999).

Especialmente nesses casos, os efeitos da inassertividade dessas condutas são observados não apenas na esfera da saúde mental individual, como também nos custos sociais que representam à comunidade. A manifestação de problemas de comportamento entre crianças é um dos principais preditores de evasão escolar (Tramontina & cols., 2001) e um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil no Brasil (Bordin & Offord, 2000). Esses dados são corroborados por levantamentos internacionais que indicam que as crianças que apresentam comportamentos anti-sociais representam a maior parte dos atendimentos prestados pelas clínicas americanas de saúde mental infantil (APA, 2002; Knapp & cols., 1999). De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), as taxas de prevalência do transtorno de conduta variam entre 1% e 10% e as do transtorno desafiador de oposição, entre 2 e 16%, dependendo da natureza da amostra e do delineamento das pesquisas.

Embora essas taxas sejam de fato altas mesmo em estudos não clínicos, é importante considerar que os marcadores de problemas de comportamento por vezes são superestimados por pais e professores. Frequentemente, crianças e adolescentes são erroneamente encaminhadas para avaliação clínica em função de seus pais ou professores interpretarem aspectos típicos de seu desenvolvimento (impulsividade, curiosidade, teimosia, etc.) como indicativos de um distúrbio de conduta. Esse equívoco é consequência de uma confusão, observada no senso comum e em parte também na literatura científica, sobre as diferenças entre problemas de conduta e “falta de limites”.

A discussão apresentada por Pacheco, Alvarenga e colegas (2005) sobre o conceito de comportamento anti-social ilustra a confusão existente no campo das ciências médicas e sociais quanto ao uso indiscriminado das expressões ‘comportamento anti-social’ e ‘problema da conduta’ como sinônimos de comportamento agressivo, delinquência, transtorno de conduta ou problema de externalização. Em comum, esses termos representam comportamentos que implicam incômodo no contexto familiar, escolar e/ou social e que compartilham uma natureza que parece convergir em diversos aspectos ambientais e neurofisiológicos. No entanto, tratam-se de manifestações comportamentais bastante distintas em relação ao seu caráter funcional, à gravidade de suas consequências e ao prognóstico que sugerem. De forma geral, pode-se afirmar que os problemas de conduta representam uma dimensão do construto ‘problemas de externalização’ que envolve diferentes comportamentos anti-sociais (agressividade, oposicionismo, etc.), inclusive comportamentos delinquentes, isto é, ações que infringem o código penal. No entanto, não

necessariamente referem-se a um quadro psicopatológico, como é o caso do transtorno de conduta.

Sob uma perspectiva dimensional, compreende-se que o espectro que caracteriza o construto ‘problema de conduta’ engloba, em um extremo, comportamentos desviantes e por vezes adaptativos que fazem parte do cotidiano da maioria da população e implicam irrelevantes prejuízos sociais. Em outro extremo, envolve um protótipo comportamental típico de indivíduos que preencheriam critérios diagnósticos para o transtorno de personalidade anti-social. Ou seja, um contínuo que inclui mentiras funcionais/pragmáticas, desobediências, descumprimento de combinações, pequenos atos de irresponsabilidade, condutas provocativas e humilhantes (*bullying*<sup>9</sup>) e comportamentos hedonistas indiferentes aos direitos alheios (ex., “furar” a fila ou narrar uma história constrangedora sobre um amigo em benefício próprio). Tais comportamentos podem nunca trazer problemas graves ao indivíduo ou podem evoluir até um nível psicopatológico. Em última instância, podem progredir para um padrão estável de condutas cruéis ou violentos, defraudações, invasão, violação de normas morais e regras sociais e falta de empatia ou remorso diante do sofrimento de outros sujeitos. Assim, observa-se que o caráter desajustado dos comportamentos que fogem aos preceitos sociais depende da frequência, intensidade e contingência de suas manifestações. Contudo, especialmente em se tratando da avaliação de adolescentes, são pouco conhecidos dos especialistas até o momento os parâmetros normativos que indicam o que seja um desenvolvimento juvenil salutar ou disfuncional no contexto brasileiro.

Ocorre que, durante a adolescência, a manifestação de comportamentos desobedientes e hostis no ambiente doméstico ou escolar tende a ser entendida na literatura clínica e no senso-comum como parte de um processo de aquisição de autonomia, exploração do ambiente e formação de identidade (Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995; Lerner & Galambos, 1998; Steinberg, 1999). De acordo com os teóricos que assumem esse paradigma, eventos como faltar deliberadamente às aulas, enfrentar pais, professores ou opositores e envolver-se em discussões verbalmente agressivas são um exercício de enfrentamento, independência e reivindicação, através do qual os adolescentes experimentam diferentes papéis sociais e testam os limites e as conseqüências de suas ações. No entanto, essas conjecturas provêm, em sua maioria, de especulações clínicas que, por razões metodológicas, não conseguem estabelecer os padrões normativos para avaliação de problemas de conduta.

Assim, é indubitável que a expressão esporádica e isolada de comportamentos moralmente condenáveis pela sociedade é um fato comum a todos indivíduos, em qualquer idade. Porém, em termos científicos, são necessários parâmetros objetivos que consigam discriminar padrões de comportamento adaptativos de padrões disfuncionais. Ressalta-se que o desajustamento pode se referir tanto a condutas anti-sociais persistentes que envolvam agressividade, impulsividade, atividades de risco ou práticas ilegais, quanto a comportamentos excessivamente passivos, os quais aumentam o risco dos jovens sofrerem situações de *bullying* (Connolly & O'Moore, 2003). Nessa concepção, a agressividade, uma das facetas do construto 'problemas de conduta', não deve ser entendida, *a priori*, como um fator indesejado no repertório dos adolescentes, visto seu potencial adaptativo de enfrentamento das situações adversas. Todavia, também não deve ser um fenômeno naturalizado e indiscriminadamente tolerado na adolescência em nome de uma suposta crise do desenvolvimento. A presunção dessa crise tem sido desmistificada tanto pelos recentes estudos sobre comportamentos típicos da juventude (Larson, Moneta, Richards & Wilson, 2002, Oliveira & Costa, 1997), quanto por aqueles que investigam os preditores e a progressão dos comportamentos anti-sociais (Assis & Constantino, 2005; Connolly & O'Moore, 2003; McHale, Crouter & Tucker, 2001).

Visto que a agressividade é apenas um dos diferentes comportamentos representativos dos problemas de conduta, torna-se pertinente questionar quais dimensões compõem o construto 'problemas de conduta'. Um dos mais importantes estudos já realizados com o propósito de responder a essa questão foi a revisão meta-analítica desenvolvida por Frick e colegas (1993) a partir da re-análise de 60 fatores descritos em 44 estudos que, no conjunto, reuniram 28.401 crianças e adolescentes. Os resultados apresentados pelos autores através de análises de covariação fatorial sugeriram a extração de duas dimensões ortogonais para os problemas de comportamento na população infanto-juvenil. Uma dimensão refere-se à polaridade evidente/dissimulado (*overt/covert*) e outra, à polaridade destrutivo/não destrutivo. Quando cruzadas, ambas dimensões constituíram, no estudo de Frick e colegas, quatro padrões de comportamento (oposicionismo, agressividade, violação de propriedades e atos delinqüentes), os quais correspondem a características próprias do TC ou do TDO. Em termos específicos, os resultados revelaram que praticamente todos os sintomas do TDO são expressos de forma evidente e não-destrutiva, o que resulta em um padrão opositivo. Já os sintomas de TC tendem a

---

<sup>9</sup> Bullying refere-se a um comportamento abusivo das crianças ou adolescentes no contexto escolar em relação a seus pares. Caracteriza-se principalmente pelas condutas agressivas que implicam medo, humilhações e violência.

enquadrar-se em um dos três dos demais quadrantes, isto é, como comportamentos dissimulados, destrutivos ou não, ou comportamentos anti-sociais evidentes e destrutivos.

No entanto, embora as distinções propostas por Fricks e colegas (1993) mostraram-se validadas em estudos com amostras clínicas, outros estudos têm apresentado soluções fatoriais diferentes dessa para investigação dos comportamentos anti-sociais. Storvoll & Wichstrom (2002), por exemplo, decompõem os problemas de comportamento em três dimensões: delinqüência e vandalismo, oposição escolar e comportamento dissimulado. Já o estudo de Achenbach, Connors, Quay, Verhulst e Howell (1989, citado por Deater-Deckard, 1999) apresenta duas dimensões referentes ao construto em questão: o fator agressividade, que inclui comportamentos de desafio e oposicionismo, *bullying* e brigas físicas ou verbais, e o fator delinqüência, que inclui comportamentos dissimulados típicos do TC (mentiras, defraudações, etc), uso de drogas e envolvimento em ações infracionais. No entanto, é preciso destacar que ambos estudos foram conduzidos a partir de amostras clínicas. Outros estudos realizados com amostras de professores, de crianças pré-escolares ou de crianças da comunidade em geral extraem um único fator dessas análises, que cobre tanto comportamentos opositivos, quanto agressivos (Frick & cols., 1993). Assim, para investigação das dimensões pertinentes aos problemas de comportamento e dos efeitos que comportamentos cobertos por esse construto produzem longitudinalmente, parece ser imprescindível considerar a idade das amostras estudadas e a trajetória típica de progressão dos comportamentos agressivos.

#### **1.3.5.1. Implicações da agressividade, oposição e delinqüência sobre a vulnerabilidade social e psicológica dos adolescentes**

A agressão pode ser definida como qualquer forma de expressão física ou verbal que acarreta danos físicos ou psicológicos a outros indivíduos (Kaplan & cols., 1997; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Fundamentada nos estudos de modelo animal e na teoria da Aprendizagem Social, a agressão pode ser caracterizada com base, exclusivamente, na topografia do comportamento manifesto, independente da intenção do agressor (Tremblay, 2000). Contudo, outros estudos, como os desenvolvidos por Loeber e Hay (1997) ou por Kristensen, Lima, Ferlin, Flores e Hackmann (2003), sugerem que a agressividade seja diferenciada da violência em função do impacto negativo que as condutas violentas trazem às suas vítimas.

Segundo Loeber e Hay (1997), a agressão provoca danos menos severos ao indivíduo, ao passo que a violência envolve atos de hostilidade, crueldade e delinqüência e

causa sérios prejuízos a suas vítimas. Nessa mesma perspectiva, Kristensen e colegas (2003) afirmam que a agressividade é uma aptidão comum a diversas classes animais, definida como uma disposição para condutas de ataque (aplicação de força física ou verbal) mediante a percepção de uma ameaça. Já a violência é um comportamento exclusivamente humano, melhor definido como uma característica própria de algumas formas de agressão que causam, deliberadamente, graves danos a outro indivíduo. Esses danos podem envolver opressão, ameaça, constrangimento físico ou moral ou qualquer ação exercida contra a vontade alheia (premeditada ou não).

Dogde e Coie (1987, citado por Detputa & Cohen, 2004) diferenciam ainda dois subtipos de agressão: a agressão reativa e a pró-ativa. Ambas distinguem-se em razão da volição e iniciativa do agressor, haja visto que a agressão reativa é definida como uma reação defensiva diante de um estímulo ameaçador e a pró-ativa, um ato deliberado, guiado pelo propósito de obter um privilégio ou provocar uma situação de prejuízo, sofrimento físico ou escrutínio alheio (por exemplo, um comportamento de *bullying*).

A adoção dessas perspectivas teóricas acarreta uma importante consequência metodológica: a consideração de que aspectos específicos dos comportamentos agressivos (intencionalidade, gravidade, comportamentos envolvidos, prejuízo, etc.) podem servir de parâmetro para que a agressividade seja estudada a partir de classes de comportamentos específicos (provocações, humilhações, intimidações, brigas de rua, violação de regras, homicídios, assaltos, lesões intencionalmente aplicadas, etc.). O benefício disso é que essa classificação pode permitir uma compreensão mais detalhada sobre a evolução, função e natureza desses comportamentos. No entanto, a abrangência conceitual que decorre da ausência de unicidade na definição das categorias relativas aos comportamentos agressivos dificulta a aproximação das pesquisas e a descrição de um real panorama sobre a frequência dos problemas de conduta.

Essa disparidade não é proveniente somente da carência de interlocução dos pesquisadores da área. Um dos fatores que embarga a comparação de estudos realizados nas últimas décadas foi a modificação, ocorrida nos anos 80, dos critérios propostos pela Associação Americana de Psicologia para os diagnósticos de transtorno de conduta e de transtorno desafiador opositivo. Em 1987, o DSM-III-R flexibilizou os parâmetros clínicos de avaliação ao retirar da caracterização do TC os sintomas “permanecer fora de casa à noite” e “intimar outros” (TC) e do TDO, o sintoma “usar linguagem obscena”. Assim, diminuiu virtualmente a possibilidade de incidência desses transtornos.

Apesar dessa modificação e das dificuldades operacionais dos estudos sobre prevalência comparada, pode-se afirmar que, em linhas gerais, os dados epidemiológicos

brasileiros revelam um aumento da incidência de casos de agressividade juvenil e de violência doméstica, a partir dos anos 70. Esses índices referem-se a situações de hostilidade familiar e escolar, brigas violentas entre pares, sérias violações de regras e outras expressões de comportamentos impulsivos e anti-sociais mais graves, como o cometimento de atos delinquentes ou homicidas por adolescentes (Macedo, Paim, Silva & Costa, 2001; Vermelho & Mello Jorge, 1996).

A conseqüência desse aumento é a crescente exposição da população infanto-juvenil a riscos iminentes (Podeus, Fraga & Facó, 2003; Vermelho & Mello Jorge, 1996). Atualmente, nas principais metrópoles do país, acidentes e atos violentos são os motivos mais freqüentes da mortalidade juvenil e o segundo maior responsável pela mortalidade da população brasileira (Drumond, Lira, Freitas, Nitri & Shibao, 1999). No município de São Paulo, por exemplo, o coeficiente de mortalidade por causas externas<sup>10</sup> entre os jovens de 15 a 19 anos de idade em 1995 foi de 278,5/100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 1997, citado por Drumond & cols., 1999). Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2005) revelam o crescimento progressivo desses índices. Apenas no ano de 2002, 14425 jovens entre 15 e 19 anos morreram por causas externas (sudeste: n=7351, nordeste: n=3262, sul: n=1798, centro-oeste: n=1095, norte: n=919).

O alto engajamento dos jovens em situações de perigo, como o porte de arma e o envolvimento em brigas com agressão física, é observado não apenas em grupos restritos, mas de forma difundida na comunidade escolar. A investigação de comportamentos de saúde entre jovens realizada por Carlini-Cotrim e colegas (2000) revelou que 8,7% dos estudantes masculinos da rede pública de ensino que foram investigados relataram portar armas de fogo. Já o porte usual de armas brancas, como facas ou canivetes, foi referido por 20,8% dos estudantes de escolas particulares. Quanto ao envolvimento em brigas e comportamentos autodestrutivos, os resultados evidenciam uma alta prevalência de agressões contra si e contra terceiros. Cerca de 22% dos meninos da rede estadual e um terço dos estudantes da rede privada afirmaram já ter se envolvido em pelo menos duas brigas violentas. Além disso, 12,7% das adolescentes procedentes de escolas particulares relataram ao menos uma tentativa de suicídio no último ano, o que pode estar relacionado à alta comorbidade existente entre transtornos da emoção e a impulsividade típica do transtorno de conduta.

Esses índices contribuem para que muitos pesquisadores acreditem que o contexto desempenha um papel primordial na etiologia dessas condutas agressivas e delinquentes. Segundo os estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa liderado por Patterson (Capaldi,

---

<sup>10</sup> Acidentes, homicídios ou lesões físicas.

& cols., 1997; Patterson, 1998; Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989), comportamentos dessa natureza são explicados como decorrentes de um modelo de interação inadequado aprendido através das estratégias de socialização aplicadas. A influência ambiental é evidente também em outros estudos que privilegiam a análise do contexto sócio-econômico e os padrões de relacionamento interpessoal dos indivíduos.

Um desses estudos é a investigação realizada por Kodato e Silva (2000) sobre os fatores associados à prática de homicídio juvenil. De acordo com os resultados obtidos, o contexto dos jovens envolvidos em disputas pela apropriação de bens materiais e tráfico de drogas apresenta um modelo disseminado de relacionamento interpessoal, no qual a resolução de situações conflitivas tende a ocorrer de forma impulsiva e não mediada. Nessas condições, a violência e a delinqüência muitas vezes refletem uma trajetória progressiva, incentivada pela exposição a modelos agressivos e reforçadores, que viabilizam a oportunidade de infrações e banalizam as perdas iminentes. Assim, ocorre que, à medida que tais infrações são de modo sucessivo reforçadas negativamente (não apresentam conseqüências aversivas) no plano pessoal e positivamente no plano coletivo (viabilizam uma rápida mobilidade social), tendem a escalar em termos de frequência e gravidade, expondo os adolescentes a reais situações de perigo e evasão escolar. Assis e Constantino (2005) enfatizam que 51% dos adolescentes infratores que cumpriam medidas de internação em 2002 estavam evadidos da escola no momento da apreensão.

A influência do contexto social sobre o desenvolvimento de problemas de conduta parece produzir seus efeitos desde os primeiros anos de vida da criança. Isso é o que revela os estudos que indicam que os estudos que apontam que as crianças pertencentes a famílias com baixo nível sócio-econômico tendem a apresentar maior prevalência de problemas de conduta precoce (Bradley & Corwyn, 2002; Evans & English, 2002) e a manter um padrão recorrente de comportamentos anti-sociais posteriormente (Capaldi & cols., 1997, 2003; Patterson, 1998). No entanto, é preciso considerar que a estrutura social familiar pode ser uma variável interveniente nesses estudos, mediada por fatores como a competência dos pais para modelar práticas disciplinares assertivas (consistência, responsividade, indução, controle, etc.), negligência ou discórdia familiar, ajustamento psicológico parental, histórico de abuso, apoio social percebido ou popularidade social.

Uma série de estudos desenvolvidos no *Oregon Social Learning Center* constataram que famílias de adolescentes agressivos são menos calorosas, apresentam mais conflitos e demonstram poucas habilidades de comunicação (Patterson, 1998; Capaldi & cols., 1997, 2003). As pesquisas específicas sobre delinqüência realizadas no centro ressaltam também que os pais de jovens delinqüentes monitoram menos efetivamente seus

filhos e aplicam-lhe práticas disciplinares que tendem a modelar comportamentos inadequados (Capaldi & cols., 1997, 2003; Patterson & cols., 1989).

Quanto à disponibilidade parental, os estudos apresentados por Duncan e Muller (2002) em uma revisão sobre o tema reforçam a idéia de que a perda da figura paterna, seja a perda real ou sua ausência afetiva, é um dos mais importantes preditores dos comportamentos anti-sociais ao longo do ciclo vital. Nesses casos, parece estar em questão a falta de apoio emocional e instrumental decorrente da ausência parental, o que implica, muitas vezes, na omissão de modelos assertivos que modelem um padrão de comportamentos ajustados, estabeleçam limites e ofereçam à criança um ambiente afetivo e seguro. Essa hipótese é apoiada por estudos comparativos que analisam grupos de criminosos e não criminosos e evidenciam que os autores de infrações violentas tendem a relatar mais freqüentemente situações de alcoolismo parental e agressões físicas na infância (Coie & Dodge, 1998; Ford & cols., 2000; Malinosky-Rummell & Hanson, 1993).

Ocorre que, ao agir de forma agressiva para modificar as condutas indesejadas dos filhos, os pais ou qualquer outro modelo presente no contexto da criança ou do adolescente inadvertidamente apresentam um protótipo de comportamento que demonstra aos filhos a efetividade dos atos agressivos na obtenção dos resultados esperados. Dessa forma, treinam-no para a aquisição de um repertório agressivo e para a manifestação de comportamentos anti-sociais, como ameaças, traças e intimidações, cujo objetivo é maximizar gratificações e evitar as exigências impostas por terceiros (Capaldi & cols., 1997; Patterson, 1998). Possivelmente, isso auxilie a explicar as evidências de que os indivíduos que apresentam um padrão recorrente de condutas agressivas e dissimuladas tendem a relatar, quase que invariavelmente, experiências de *bullying*, abuso e violência – inclusive doméstica – na infância (Bensley & cols., 1999; Criss, Petti, Bates, Dodge & Lapp, 2002; Ford & cols., 2000; Griffit & Gross, 2004; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen & Rimpelä, 2000; Sourander & cols., 2000; Stowman & Donouhe, no prelo).

Ainda de acordo com o modelo teórico proposto por Patterson e seus colegas para explicar o estabelecimento e o agravamento dos problemas de externalização na infância, os pais também contribuem para a manutenção dos problemas de comportamento de seus filhos ao reforçar positivamente condutas inadequadas através do consentimento, da aprovação e da atenção que dispensam à criança após ela agir agressivamente (Capaldi & cols., 2003; Patterson & cols., 1989, 1992). Além disso, os pais dificultam o estabelecimento de um repertório assertivo na medida em que agem de forma incongruente com as regras que determinam. Nesse caso, a criança pode, por exemplo, ficar confusa

diante da ordem de nunca mentir e de uma eventual solicitação da mãe para dar uma informação incorreta ao telefone, em razão da indisponibilidade materna no momento.

O fato de os pais serem inconsistentes no reforçamento de comportamentos pró-sociais é outro fator contribuinte para o enfraquecimento de condutas socialmente adequadas (Capaldi & cols., 1997). Dessa forma, ao não ser reforçada por apresentar comportamentos que protelem gratificação em nome do bem-comum ou que demonstrem tolerância à frustração é possível que a criança diminua a probabilidade de emitir tais comportamentos futuramente. Assim, para prevenção de problemas de condutas, é importante que os pais compreendam que sua tarefa enquanto agente socializador é não apenas estabelecer restrições quanto à manifestação de condutas anti-sociais, mas valorizar comportamentos que promovam relacionamentos interpessoais satisfatórios (Falcone, 2001; Marinho & Silares, 2001; Reppold & cols., 2002). Através do *feedback* dos pais, os filhos podem aprender, por exemplo, a discriminar a melhor maneira de expressar seus pensamentos e sentimentos e buscar seus objetivos. Esse treino familiar aumenta a possibilidade de a criança desenvolver habilidades sociais que as capacitariam a discernir características do ambiente onde determinados comportamentos são mais ou menos assertivos e criar auto-regras que facilitariam seu desempenho interpessoal (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Falcone, 2001; Marinho, 1999, 2000; Pacheco, Reppold & cols, 2005).

Contudo, embora os pais empreguem várias estratégias para lidar com o comportamento dos filhos, é principalmente por meio do reforçamento negativo que os pais incentivam o estabelecimento de um padrão de comportamentos anti-sociais. Através da esquiva dos comportamentos infantis aversivos, os pais acabam ensinando a criança que a utilização de estratégias aversivas, como a teimosia, o choro e a violência são capazes de interromper exigências parentais ou fornecer gratificações almejadas (Patterson & cols, 1992). Assim, torna-se paulatinamente mais difícil aos pais modelar o comportamento do filho e evitar a generalização desse padrão comportamental a outros contextos.

Tal dificuldade é ainda maior quando esses comportamentos produzem outras conseqüências (como a popularidade) que aumentam sua probabilidade de ocorrência em diferentes ambientes. Conforme afirmam Criss e seus colegas (2002), a aceitação dos pares e as relações de amizade moderam o efeito da disciplina parental sobre os problemas de conduta. A triangulação dessas variáveis é mostrada também em outro estudo que indica que, dos fatores relacionados a práticas parentais (controle comportamental e psicológico, afeto e existência de conflitos pais-filho), os principais mediadores do envolvimento dos adolescentes com *gangs* e uso de drogas são o controle comportamental e o nível de

afetividade percebida pelo adolescente (Walker-Baner & Mason, 2004). A falta de monitoramento propicia a relação com pares desviante e a incidência de atos de *bullying* e delinquência e conseqüentemente, uma maior rejeição social. Laird, Pettit, Dodge e Bates, (2005) e Chen, Ce, Li e He, em estudos longitudinais, indicam que, em diferentes culturas, adolescentes descritos por si ou por seus pais como envolvidos com amigos desviantes aos 13-16 anos, tinham significativamente mais chances de apresentar comportamentos delinqüentes aos 17-18 anos, bem como menores índices de cooperação e aceitação social junto a outros adolescentes.

No entanto, Rodkin, Farmer, Pearl e Van Acker (2000) apresentam outros argumentos a essa discussão ao revelar que, ao contrário do que a literatura até então sugeria, meninos agressivos podem estar entre os mais populares nas séries de ensino fundamental. As análises apresentadas pelos autores enfatizam que crianças do sexo masculino que manifestam comportamentos anti-sociais podem ser divididas, na visão dos colegas e professores, em três grupos. Um grupo (*troubled boys*) caracteriza-se por apresentar os índices menos ajustados de popularidade, competência física e acadêmica, amizade, cooperação, agressividade e saúde emocional (problemas de internalização). Outro, por ser impopular, agressivo, pouco competente para prática de esportes e para manutenção de amizades e por apresentar fortes indicadores de problemas de internalização, embora demonstre alta competência acadêmica (*bright-antisocial boys*). Um terceiro grupo caracteriza-se por ser agressivo, desafiador, fisicamente competente, mediano em relação à competência acadêmica e a sua saúde emocional e pouco disponível a amizades, embora bastante popular (*tough boys*).

A partir dessa distinção, é possível constatar diferenças na autopercepção e na qualidade do relacionamento interpessoal dos alunos agressivos. Todos os grupos concordam com seus pares e professores quanto a seu *status* de popularidade. Porém, os estudantes pertencentes ao segundo grupo (*bright-antisocial boys*) tendem a não se perceber como agressivos, o que pode representar uma alta probabilidade de manutenção desses comportamentos. A discussão dessas análises remete a questões chave que podem nortear futuras investigações, tais como: 1) Quais os efeitos da interação existente entre os problemas de conduta e a popularidade escolar em crianças e adolescentes sobre o ajustamento emocional? 2) Quais as motivações ou fatores etiológicos envolvidos na perseverança de problemas de conduta nos grupos impopulares? 3) Qual a popularidade das meninas que apresentam problemas de comportamento?

Os estudos realizados sobre ajustamento juvenil feminino enfatizam que o número de meninas que apresentam problemas de externalização (TDAH, transtornos disruptivos,

etc.) é bastante reduzido em comparação aos meninos. Prova disso é o dado de que 94% dos adolescentes que cumpriam medidas sócio-educativas no Brasil em 2002 eram do sexo masculino (Assis & Constantino, 2005). As meninas tendem a ser mais vulneráveis às desordens afetivas, muitas vezes associadas à percepção de rejeição social, timidez e baixa popularidade. Assim sendo, é pertinente imaginar que os comportamentos vinculados à percepção de popularidade podem também estar relacionados ao desenvolvimento de problemas de internalização nessa população. Contudo, a pesquisa de Wangby, Bergman e Magnusson (1999) aponta uma direção para a compreensão da comorbidade entre os problemas de externalização e os problemas de internalização no sexo feminino ao corroborar dois pressupostos importantes. Um deles refere-se ao fato de a timidez e os problemas de externalização correlacionarem-se de forma negativa e outro, ao fato de as adolescentes com um padrão de comportamento tímido na infância apresentarem um risco aproximadamente 50% menor de desenvolverem problemas de conduta. Isso sugere que, ao contrário do caso dos meninos, no qual a ocorrência de problemas de internalização é, na maioria das vezes, secundária aos problemas de condutas (Russo & Beidel, 1994; Eisenberg & cols., 2001), nas meninas, o envolvimento em atividades anti-sociais (agressão, envolvimento criminal, lesões, etc.) parece ser, em muitas situações, decorrente dos problemas de internalização (Wangby & cols., 1999; Wilson & Steiner, 2002). Principalmente, quando se trata de comportamentos que denotam um padrão não episódico de condutas depressivas ou maníacas que trazem por consequência situações de marginalização social.

Ainda sobre a etiologia dos problemas de conduta, Deater-Deckard e Plomin (1999) demonstram em sua pesquisa realizada com famílias adotivas/biológicas que os fatores hereditários e ambientais apresentam um efeito moderado sobre a agressão e a delinqüência, correspondendo a 49% e 42% da variância respectivamente. A revisão apresentada pelos autores enfatiza que nos estudos existentes as variáveis genéticas apresentam um efeito que varia de moderado a substancial sobre desenvolvimento de problemas de externalização em crianças de idade escolar (o qual explica de 13% a 94% da variância). Já as variáveis ambientais, apresentam um efeito moderado que chega até 62% das explicações da variância da manifestação dos problemas de externalização. Porém, quando o construto problemas de externalização é analisado em duas dimensões separadas (agressão e delinqüência), observa-se que os fatores explicativos representam riscos com pesos distintos. Em geral, características genéticas tendem a explicar uma variância maior da agressividade e características ambientais, uma variância maior dos comportamentos delinqüentes, o que demonstra a existência de uma interação entre fatores genéticos e

ambientais. Essa interação é evidenciada também por uma pesquisa que revela que a experiência de maus tratos é associada a um aumento de 2% na possibilidade de incidência de transtorno da conduta entre adolescentes com baixo risco genético e um acréscimo de 24% entre aqueles com histórico familiar de condutas anti-sociais (Jaffee & cols., 2005)

É preciso considerar, contudo, que uma crítica consistentemente encontrada nos estudos sobre a etiologia dos problemas de conduta é a falha metodológica de muitas pesquisas que se propõem a investigar os fatores preditores da delinquência e da agressividade a partir de amostras pequenas, não randomizadas e privadas de liberdade. Ou então, a partir de critérios subjetivos que carecem de parâmetros comparativos (grupo controle) e do controle de variáveis intervenientes (como o uso de drogas ou a presença de sintomas psicóticos, como a alucinação e delírio). Essas dificuldades são as mesmas relatadas na literatura referente às investigações dos prejuízos neuropsicológicos associados aos problemas de conduta.

Apesar dessas adversidades, os achados das pesquisas neuropsicológicas têm mostrado que mais da metade dos adolescentes envolvidos em condutas delinquentes (de 60% a 80%) apresentam um comprometimento em suas funções neuropsicológicas. O estudo de Teichner e Golden (2000) mostra que, de forma recorrente, a literatura indica a associação existente entre o transtorno de conduta e prejuízos relacionados a habilidades verbais. Outras evidências apontam também prejuízos relacionados a diferentes funções executivas (atenção, flexibilidade cognitiva, formação de objetivos, julgamento, abstração, planejamento da seqüência de comportamentos motores, inibição de comportamentos impulsivos ou inadequados e automonitoramento). Com bases nesses prejuízos, é possível distinguir quatro subgrupos que melhor explicam a heterogeneidade dos danos neuropsicológicos associados aos problemas de conduta na adolescência. Os quatro grupos são formados, respectivamente, por adolescentes com lesões/disfunções nas áreas subcorticais, no hemisfério dominante parieto-temporal, no hemisfério não-dominante parieto-temporal e nas regiões pré-frontais (Teichner & Golden, 2000).

Disfunções subcorticais costumam ter um importante efeito sobre a capacidade dos sujeitos regularem sua atenção e emoção e, assim, estão estreitamente ligadas ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e à super-reatividade emocional. Em termos neuropsicológicos, esses prejuízos são expressos nas crianças através de baixo desempenho em tarefas verbais auditivas e em outras tarefas que requeiram habilidades ou competências aprendidas em situações cotidianas e estruturadas (leitura, escrita, p. ex.) (Teichner & Golden, 2000). Esse baixo rendimento em tarefas escolares ou mesmo o baixo QI que tendem a apresentar, em geral, não é devido à falta de capacidade cognitiva da

criança, mas a sua dificuldade de direcionar suas ações, estabelecer estratégias de solução de problemas, controlar seus impulsos e trabalhar junto a outras crianças.

Na adolescência, o curso dos danos decorrentes de disfunções subcorticais segue dois possíveis rumos, dependendo da preservação das funções pré-frontais (Faraone & cols., 1998; Teichner & Golden, 2000). Se o lobo pré-frontal apresenta um padrão de funcionamento normal, é provável que as crianças consigam desenvolver uma capacidade de inibir comportamentos impulsivos nos anos seguintes. Porém, quando as disfunções estendem-se também ao lobo pré-frontal, graves comportamentos agressivos podem ser esperados, visto que esses adolescentes tendem a ter sérias dificuldades para controlar seus impulsos e para negociar diante de pressões externas. Assim, apresentam grande risco de ingresso em clínicas psiquiátricas ou em instituições legais de acolhimento aos adolescentes infratores. Nesses subgrupos, pode-se afirmar que, as perdas sociais e cognitivas resultantes da incapacidade de inibir comportamentos já apontados como inassertivos anteriormente geralmente fazem com que os problemas neurológicos apareçam de forma difusa nas avaliações.

O grupo dos adolescentes que apresentam disfunções no lobo dominante parieto-temporal também pode ser dividido em diferentes subgrupos, em razão da área e das funções que os prejuízos implica aos sujeitos (Faraone & cols., 1998; Teichner & Golden, 2000). Em um desses, os problemas de conduta são relacionados a disfunções no lobo temporal anterior, nas áreas subcorticais e na Área de Wernicke, as quais se manifestam através da falta de controle dos impulsos, baixa tolerância e violência. Esses comportamentos não necessariamente constituem um padrão estável de comportamento para os sujeitos que apresentam esse tipo de disfunção, posto que condutas agressivas podem aparecer repentinamente, mesmo sem ter um objetivo bem definido. A fenomenologia desses comportamentos esporádicos pode ser semelhante ao que ocorre com os indivíduos antes ou durante um ataque de epilepsia temporo-límbica. Nesse caso, as lesões provocadas pela convulsão podem ou não determinar uma mudança permanente no funcionamento da personalidade, tornando o indivíduo mais agressivo, impulsivo e opositor.

O efeito das disfunções do lobo temporal sobre os problemas de conduta sugere que os prejuízos observados nessas condições envolvem, em outro subgrupo, um déficit em um dos processos essenciais para administração do autocontrole: as habilidades verbais. Segundo Skinner (1953), o desenvolvimento do autocontrole depende da capacidade do sujeito seguir instruções verbais externas que, quando aprendidas, são inicialmente generalizadas para outras situações e, a partir das conseqüências que produz, são mantidas

ou não. Nesse sentido, observa-se que a falha no automonitoramento é associada a uma inabilidade verbal do indivíduo que modera sua capacidade de avaliar escolhas e decidir o curso de sua ação. Isso faz com que o prognóstico nesse subgrupo seja melhor do que no anterior (Teichner & Golden, 2000). Visto que a disfunção neurológica nesse caso se manifesta como uma inabilidade do sujeito reconhecer, em seu repertório, alternativas ajustadas de comportamento, o treino assertivo pode produzir mudanças adaptativas e diminuir sentimentos de frustração (Teichner & Golden, 2000).

No grupo dos adolescentes com distúrbios no lobo parieto-temporal não dominante também as conseqüências neuropsicológicas são dependentes da área atingida. Disfunções na porção anterior ou medial do lobo temporal produzem os mesmos padrões de agitação, impulsividade e agressividade observada no caso de disfunções no lobo dominante. Porém, disfunções na porção posterior tendem a manter preservadas funções verbais, mas trazer prejuízos às capacidades de orientação espacial e julgamento (análise de modelos), implicando, assim, déficits nas tarefas de leitura, escrita e cálculo aritmético (Teichner & Golden, 2000). Nas situações em que há lesões severas ou um ambiente escolar hostil e não responsivo, as progressivas dificuldades de aprendizagem podem levar crianças ou adolescentes à evasão escolar e indiretamente aumentar a probabilidade de comportamentos delinqüentes se, em razão de suas limitações, a criança é motivo de chacota e rejeição na escola ou na família. Contudo, as crianças que apresentam disfunções no hemisfério não dominante freqüentemente se beneficiam das intervenções terapêuticas oferecidas e conseguem minimizar os prejuízos (Teichner & Golden, 2000).

Por fim, o grupo caracterizado pelas disfunções pré-frontais diferencia-se dos demais não apenas por envolver deficiências em funções executivas específicas, como também pelo fato de seus prejuízos não serem observáveis na infância. A menos que os indivíduos apresentem outras disfunções cerebrais conjuntas, a agressividade e a falta de habilidades em resolver adversidades sociais não costuma anteceder a adolescência (Teichner & Golden, 2000). Nesse período, o descompasso na regulação neurológica do lobo pré-frontal apresenta prejuízos para concentração, raciocínio abstrato, antecipação de possíveis conseqüências, formulação de metas e planejamento de ações estratégicas, automonitoramento efetivo, autoconhecimento e inibição de comportamentos impulsivos e inassertivos. No conjunto, falhas nessas funções executivas representam uma dificuldade relevante do sujeito criar situações alternativas e adequadas às contingências. Especialmente nesse grupo, a agressividade é compreendida como uma continuação de padrões de interação e comportamento infantis (Teichner & Golden, 2000).

Em avaliações neuropsicológicas, disfunções pré-frontais são expressas através de perseverações, baixo desempenho em tarefas de atenção, desinibição comportamental, defensividade e labilidade afetiva, impulsividade, falta de crítica, inibição em seguir modelos e aprender com experiências prévias e baixa capacidade de *insight*. Isso é observado, por exemplo, através do baixo desempenho no Wisconsin, um teste que avalia abstração, formação de conceitos e dificuldade de planejar estratégias cognitivas (Olvera & cols., 2005). Nesse grupo, a modificação dos padrões de comportamentos desajustados é uma tarefa mais complexa, visto o caráter assintomático desses comportamentos, a falta de empatia e a dificuldade dos adolescentes com lesões pré-frontais internalizarem regras e controles (Faraone & cols, 1998; Teichner & Golden, 2000). Sob efeito de intervenções psicoterapêuticas, esses adolescentes em geral reduzem a frequência e gravidade de seus problemas de conduta diante de situações estruturadas e responsivas; no entanto, tendem a não generalizar estratégias assertivas de ação a ambientes evidentemente agressivos e hostis. Dois fatores associados à limitação de funções executivas que contribuem para isso são as dificuldades desses jovens anteciparem a consequência de suas ações ou imaginarem-se no lugar de outras pessoas e a falta de crítica que os leva a aceitar e ingressar em uma cultura violenta sem questioná-la (Teichner & Golden, 2000).

Assim, conforme se observa nas descrições acima, o diagnóstico de problemas de conduta depende em grande parte de observações clínicas e entrevistas trianguladas. Todavia, a consideração dos dados relativos à percepção dos adolescentes sobre comportamentos agressivos, dissimulados ou delinqüentes – os quais nem sempre são comportamentos evidentes e conhecidos por terceiros – é um elemento clínico importante para avaliação da gravidade de possíveis padrões de comportamento anti-sociais que se desviam dos padrões do desenvolvimento típico. No campo internacional, alguns dos instrumentos comumente utilizados para avaliação de problemas de conduta entre adolescentes são o *Child Behavior Checklist – CBCL (Externalizing Syndrome Scale* - adaptado e validado para o Brasil por Bordin, Martin & Caeiro, 1995), a *Conners Conduct Problem Scale*, as *Rutter Scales* (versões A2 para pais e B2 para professores), a *Disruptive Behavior Disorder Scale*, o *Child Behavior Questionnaire – CBQ* e o *Millon Adolescent Clinical Inventory*, dentre outros. Já no Brasil, não são encontrados instrumentos aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia para uso clínico. Assim, a avaliação dessa medida baseou-se na comparação de resultados obtidos em instrumentos divergentes, tais como o Inventário de Habilidades Sociais, validado por Del Prette e Del Prette em 2003.

Frente à escassez de testes validados disponíveis para uso clínico dos profissionais da área da saúde, sobretudo no caso dos psicólogos, compreende-se que a formulação de

uma escala de auto-relato relativa a problemas de condutas pode ser de grande valia para investigação diagnóstica e para o campo científico. Esse material possibilita recursos para triangulação dos dados e análise do julgamento crítico dos adolescentes envolvidos em persistentes comportamentos anti-sociais.

#### **1.4 Objetivo geral da pesquisa**

O objetivo geral desta pesquisa de tese foi construir, validar e estabelecer uma normatização prévia de uma bateria de instrumentos psicométricos destinada à avaliação do ajustamento psicológico de adolescentes.

#### **1.5 Objetivos específicos da pesquisa**

Os objetivos específicos desta pesquisa foram:

- Elaborar instrumentos psicométricos para avaliação dos seguintes construtos relativos ao ajustamento psicológico de adolescentes: ansiedade, humor, atenção/atividade motora, pensamento e conduta social.
- Verificar a validade (de conteúdo, de construto e de critério) dos instrumentos elaborados.
- Apresentar dados referentes aos padrões normativos do desenvolvimento juvenil típico (específicos da população gaúcha estudada).
- Discutir os parâmetros sobre normalidade *versus* psicopatologia na adolescência a partir de uma perspectiva dimensional.

#### **1.6 Contribuições da pesquisa às áreas da Psicologia Clínica e do Desenvolvimento**

- Tornar disponíveis instrumentos validados aos profissionais que intervêm no campo clínico, de modo a oferecer recursos que permitam maior triangulação dos dados e maior segurança em uma avaliação diagnóstica.
- Validar escalas que possibilitem aos clínicos acompanhar, em pacientes adolescentes, o efeito terapêutico de intervenções relacionadas a um dos cinco construtos avaliados.
- Oferecer recursos objetivos e validados que possibilitem aos pesquisadores distribuir de forma homogênea amostras juvenis constituídas para investigação de aspectos etiológicos, clínicos ou terapêuticos de transtornos mentais associados ao ajustamento psicológico.

- Apresentar resultados sobre o ajustamento psicológico juvenil que subsidiem futuros projetos de intervenção de cunho terapêutico ou profilático no campo da saúde mental.

### **1.7 Delimitação dos objetivos específicos de cada estudo**

A fim de operacionalizar a descrição dos procedimentos executados ao longo dessa pesquisa, o trabalho desenvolvido foi distribuído didaticamente em cinco estudos que representam etapas distintas do processo de construção, validação e normatização da bateria criada para avaliação do ajustamento psicológico juvenil. O propósito específico de cada estudo é apresentado a seguir:

- Estudo 1: refere-se ao trabalho de construção das escalas e validação de conteúdo. Essa etapa tem como objetivos: a) produzir itens para cada uma das escalas planejadas e b) analisar a validade de conteúdo (teórica e semântica) das versões prévias das escalas elaboradas.
- Estudo 2: refere-se ao processo de validação de construto dos instrumentos elaborados. Essa etapa tem como objetivo: a) investigar a qualidade psicométrica das escalas e b) identificar as dimensionalidades de cada escala.
- Estudo 3: refere-se ao processo de validação convergente/divergente. Essa etapa tem como objetivo analisar o índice de correlação entre os instrumentos construídos e instrumentos correlatos a esses, considerados pela comunidade científica como referência por sua qualidade psicométrica.
- Estudo 4: refere-se ao processo de validação de critério. Essa etapa tem como objetivo verificar a validade das escalas produzidas a partir a) da avaliação de adolescentes intimados pela Promotoria da Infância e Juventude em razão de ato infracional, b) da avaliação de grupos clínicos previamente diagnosticados e c) da avaliação de grupos de alunos identificados por professores como critério para investigação dos construtos.
- Estudo 5: refere-se ao processo de normatização dos instrumentos elaborados. Essa etapa tem como objetivo a) verificar a necessidade de tabelas normativas diferenciadas em função do sexo do adolescente e b) sistematizar, de forma condizente com a realidade da amostra, normas preliminares para interpretação dos escores obtidos através dessas escalas.

## CAPÍTULO II

### ESTUDO I

#### ELABORAÇÃO DOS ITENS E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS ESCALAS DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO

##### 2.1. Introdução

Os princípios da criação de um instrumento de medida baseado em construtos, como é o caso da bateria apresentada nesta tese, podem ser divididos em três eixos, denominados por Pasquali (1999) como procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). Esses procedimentos representam, na seqüência, um organograma do processo de construção de escalas psicológicas, que é ilustrado nas Figuras 2 e 3. Conforme se observa, cada procedimento reúne um conjunto de passos necessários para criação das escalas, definidos pela especificidade das tarefas exigidas em cada fase do processo, pelo método utilizado para resolução dessa tarefa e pelo produto que dela resulta.

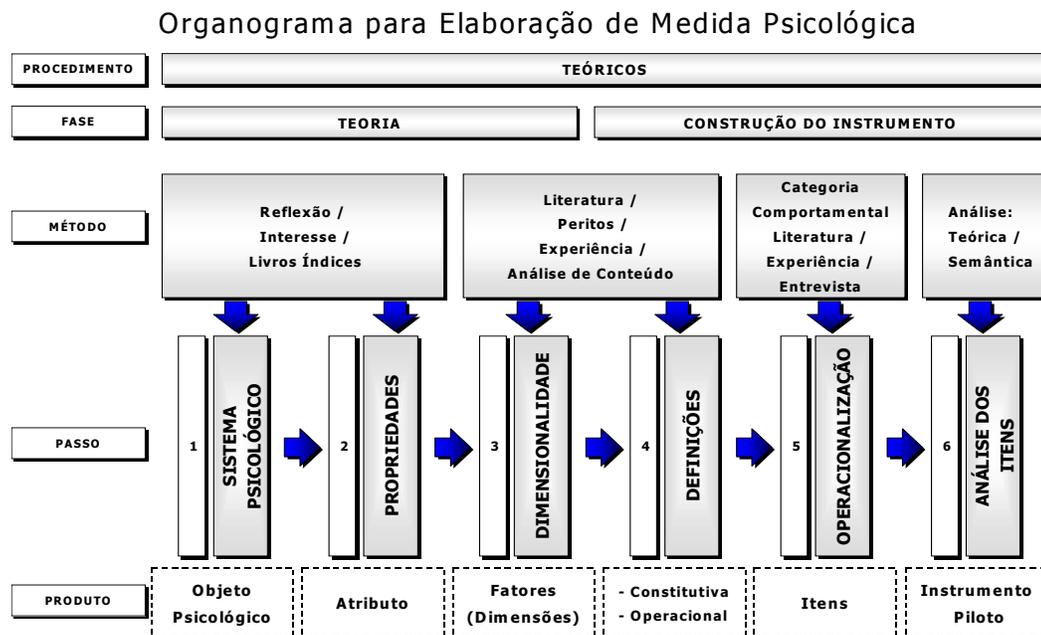


Figura 2. Parte do organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos teóricos.

Figura retirada de Pasquali (1999, p. 38) e reproduzida com autorização do autor (Anexo B)

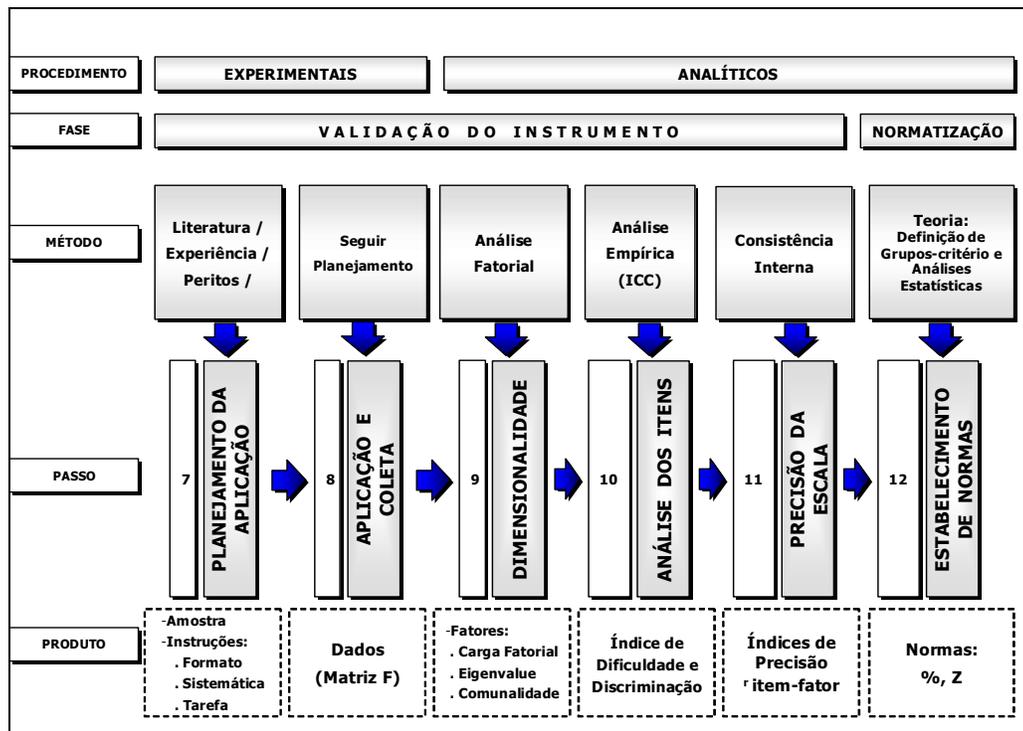


Figura 3: Parte do organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos experimentais e analíticos.

Figura retirada de Pasquali (1999, p. 38) e reproduzida com autorização do autor (Anexo B)

Os procedimentos teóricos são a primeira etapa do processo de construção dos testes e têm como objetivos a especificação das categorias comportamentais que representam o objeto psicológico a ser medido (no caso, o ajustamento psicológico) e a operacionalização dos construtos em itens. Em linhas gerais, esses procedimentos referem-se à concepção da dimensionalidade dos atributos, à definição constitutiva e operacional destes e à compilação e operacionalização das evidências empíricas sobre o construto.

Na descrição apresentada por Pasquali (1999) como um modelo de construção de testes de construto, compreende-se que a explicitação dos fundamentos teóricos que orientam a criação dos itens é imprescindível para garantir a legitimidade da medida e a melhor adequação de seus parâmetros psicométricos. Isso porque as técnicas que compõem essa etapa do processo auxiliam o pesquisador a assegurar uma maior cobertura da extensão semântica do construto e uma maior pertinência dos itens à teoria.

A teoria da construção de testes referentes a construtos preconiza que a investigação teórica do objeto psicológico estudado deve sempre preceder à construção dos itens, pois facilita o processo seguinte. Em primeira instância, a revisão teórica facilita os procedimentos experimentais porque supostamente reduziria o número das amostras

necessárias à validação ao eliminar itens espúrios. Em segunda, facilita também os procedimentos analíticos, à medida que fornece uma direção inicial para interpretação das distribuições fatoriais e das correlações obtidas nos estudos de validade de critério (especialmente nas validações convergentes/divergentes e preditivas).

Com base nesse modelo, o planejamento dos procedimentos teóricos dessa pesquisa é descrito de forma esquemática na Figura 4, elaborada a partir de uma adaptação do organograma apresentado por Pasquali (1999)

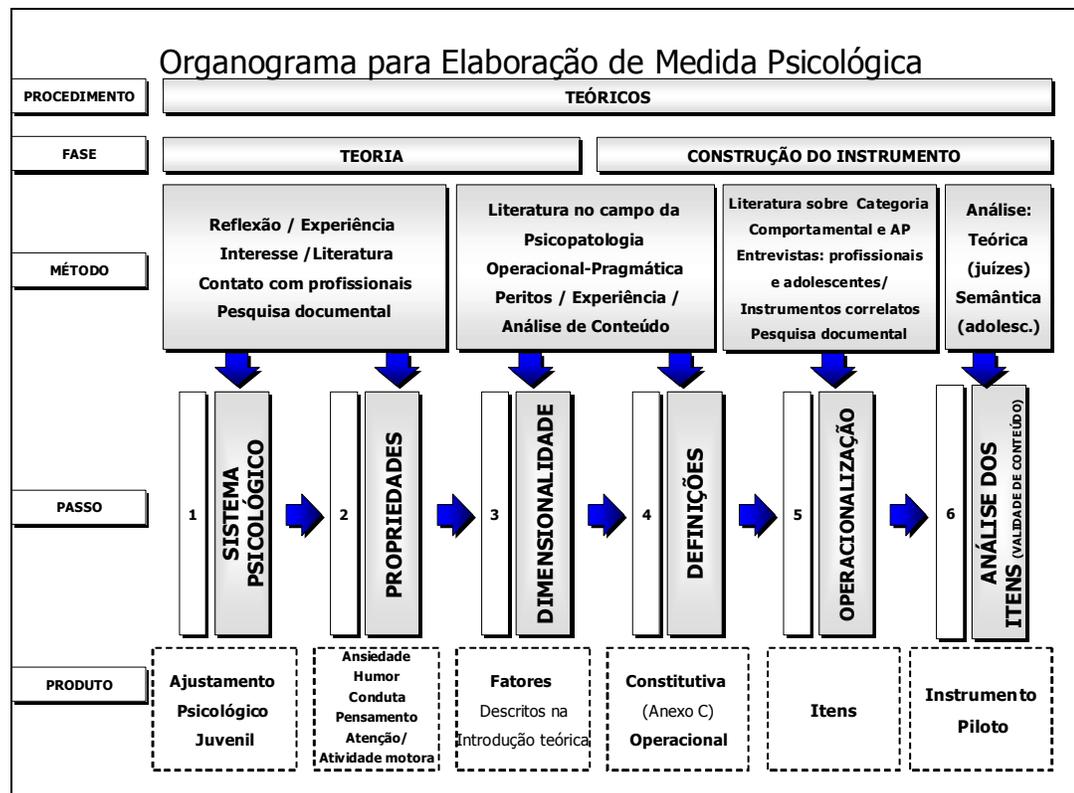


Figura 4: Organograma referente aos procedimentos teóricos da pesquisa

Elaborado a partir da proposta de Pasquali (1999) apresentada na Figura 2 (p. 104)

A sistematização dos procedimentos teóricos inicia, segundo Pasquali (1999), pela escolha do sistema psicológico a ser avaliado – no caso desse estudo, o ajustamento psicológico dos adolescentes. Todavia, como um sistema refere-se necessariamente a um construto e, por definição, pode apenas ser enumerado, mas não medido, o segundo passo dos procedimentos teóricos é a delimitação dos atributos do sistema.

Os atributos dizem respeito aos aspectos ou propriedades que definem o sistema. Por possibilitarem a avaliação operacional de diferenças individuais, tornam-se o foco direto da mensuração dos sistemas, ou, dito de outra forma, o objeto imediato de interesse

do pesquisador. Os atributos refletem algumas das propriedades do objeto de estudo, mas não necessariamente cobrem todo o sistema psicológico. A escolha desses atributos depende de diversos fatores, tais como interesse do pesquisador, a saturação de estudos prévios, a relevância do atributo, etc. No caso da presente pesquisa, os atributos norteadores do estudo do ajustamento psicológico juvenil foram os construtos ansiedade, humor, pensamento, conduta social e atenção/atividade motora.

A escolha desses atributos foi motivada por três fatores que destacam sua importância: 1) as indicações da literatura e de profissionais da área da saúde com experiência de atendimento clínico de que as alterações relacionadas a esses construtos estão entre os principais problemas psicológicos apresentados pelos adolescentes, 2) a análise documental dos principais motivos de encaminhamento e queixas relatadas pelos adolescentes atendidos em triagem em serviços de Psicologia (Reppold, Debiassi, Waess, Menna Barreto & D'Agostini, 2003) e 3) a demanda existente na área de avaliação psicológica de estudos locais que forneçam recursos para mensuração desses atributos e informações sobre possíveis alterações culturais na distribuição fatorial e normativa dos indicadores de psicopatologia juvenil.

Cada um dos atributos deriva, segundo a literatura e os especialistas, diferentes dimensões, já descritas na introdução da tese. A dimensionalidade dos atributos refere-se à estrutura interna do construto. A escolha das dimensões a serem abrangidas pelo instrumento depende tanto das análises fatoriais descritas em estudos empíricos, quanto dos argumentos teóricos formulados para justificar a (suposta) relação do construto com o sistema psicológico que norteia o instrumento. Contudo, embora o conhecimento prévio sobre a dimensionalidade dos atributos contribua para visualização das representações comportamentais do construto avaliado, a teoria psicológica não pode pressupor os mesmos arranjos fatoriais em todas populações e em todos instrumentos relativos a um mesmo objeto psicológico. Assim, enfatiza-se que a teoria pode direcionar a formulação dos itens, mas o processo de criação e validação de novos testes não pode prescindir de análises exploratórias que apontem se a teoria que fundamenta a construção do teste é ou não pertinente.

Após a revisão teórica das dimensões relacionadas ao construto, os procedimentos seguintes para construção de escalas psicométricas são a definição dessas dimensões em termos constitutivos e operacionais. Através da definição constitutiva, os construtos são descritos a partir de conceitos próprios da teoria em que ele se insere.

Na presente tese, os principais referenciais teóricos que balizaram as definições dos construtos foram os estudos que assumem a perspectiva da Psicopatologia Operacional-

Pragmática<sup>11</sup> (Achenbach, 1991; APA, 2002; Duncan & Schimdt, 1999). O propósito dessa perspectiva é apresentar um modelo empírico descritivo de ajustamento psicológico a partir de evidências clínico-epidemiológicas.

Os conceitos que determinam as definições constitutivas nesse ou em qualquer modelo teórico referem-se a uma realidade abstrata (ainda não operacional), que caracteriza a amplitude semântica coberta pelo instrumento. Isto é, as dimensões do construto que o instrumento abrange. Ao delimitar quais aspectos do construto devem ser abordados no instrumento, as definições constitutivas servem de baliza para indicar quando a extensão semântica do instrumento está além dos seus objetivos e inclui itens que não são pertinentes, ou quando está aquém de seus propósitos e deixa de cobrir facetas importantes do construto. Nesse sentido, são de grande importância para as etapas seguintes do processo de elaboração do instrumento, pois são referências para validade de conteúdo a ser realizada. Ocorre que, se os itens que cobrem uma dada faceta são referidos na análise de juízes ou durante a verificação de validade aparente como uma expressão gramaticalmente inapropriada, as definições constitutivas são consideradas para definir outras possibilidades de operacionalização dos construtos.

A transformação de definições conceituais (abstratas) em itens pragmáticos é viabilizada pela elaboração das definições operacionais. O propósito das definições operacionais é elencar amplas classes de comportamentos que representam o construto. Ou seja, listar comportamentos concretos que expressam o construto e que podem ou não ser característicos dos indivíduos que irão responder ao teste. Assim, visto a possibilidade de operacionalização e variação de magnitude dos construtos torna-se viável a construção dos itens de uma escala psicométrica, como propõe o presente estudo.

## **2.2. Elaboração dos itens**

Para a definição dos construtos e elaboração dos itens que compõem as escalas de ansiedade, humor, atenção/atividade motora, pensamento e conduta social foram consideradas seis fontes de informação: 1) Revisão da literatura (estudos empíricos, critérios diagnósticos referentes às categorias representativas do construto e orientações apresentadas pela teoria da medida em Psicologia); 2) entrevistas realizadas com profissionais sobre a fenomenologia do construto; 3) entrevistas realizadas com a população-alvo; 4) revisão de instrumentos disponíveis que avaliam o mesmo construto ou

---

<sup>11</sup> No referencial da Psicopatologia Operacional-Pragmática, as definições diagnósticas dos transtornos psíquicos e dos sintomas emergentes são propostas de forma arbitrária, em razão de sua função pragmática para a clínica ou para a pesquisa. É o modelo adotado pela maioria dos manuais diagnósticos existentes (DSM-IV-TR e CID 10) e contraposto pela Psicopatologia Fundamental proposta pelo psicanalista francês Pierre Fedida (Dalgalarrondo, 2000; Mojtabai, 1998).

construtos correlatos, 5) levantamento dos testes nacionais disponíveis para avaliação de adolescentes e 6) um levantamento documental dos principais motivos de encaminhamento e queixas relatadas pelos adolescentes atendidos em triagem em duas clínicas de Psicologia. No Anexo C, encontram-se as definições dos construtos, elaboradas, a partir desses recursos, como diretrizes da construção dos itens que compõem as escalas da bateria.

### **2.2.1. Revisão da literatura**

Em relação à literatura científica (fonte 1), foram considerados principalmente as diretrizes diagnósticas descritas em manuais psiquiátricos para avaliação de transtornos mentais específicos (APA, 2002; Kaplan & cols., 1997; OWH, 1993) (citados no Anexo D) e as pesquisas citadas na introdução da tese. Essas pesquisas referem-se, em sua maioria, a estudos empíricos acerca da saúde psicológica conduzidos sob a abordagem da Epidemiologia Clínica ou de modelos teóricos baseados em princípios funcionalistas<sup>12</sup> (Comportamentalismo, Cognitivismo e Neuropsicologia).

Além disso, para a criação de itens que contemplassem a tipicidade e amplitude das representações comportamentais dos construtos avaliados, foram consideradas também as orientações sobre os critérios de excelência de uma escala psicométrica. Tais diretrizes encontram-se descritas em diversos manuais especializados nacionais (Pasquali, 1999; CFP, 2003) e internacionais (AERA, APA & NCME, 1999; Cronbach, 1996; ITC, 2000).

### **2.2.2. Entrevistas com profissionais da saúde**

As informações provindas da literatura foram, inicialmente, comparadas às categorias emergentes das entrevistas realizadas com profissionais da saúde (fonte 2) e com adolescentes (fonte 3). O propósito das entrevistas executadas com os especialistas foi coletar informações auxiliares sobre as formas mais habituais através das quais os construtos investigados nessa pesquisa são operacionalmente narrados pelos adolescentes no contexto das práticas de intervenção e/ou avaliação profissional, de forma a facilitar a adesão dos adolescentes ao instrumento posteriormente e aumentar a validade aparente do mesmo.

---

<sup>12</sup> De acordo com Marx & Hillix (1973/1993), as teorias psicológicas podem dividir-se, em linhas gerais, em duas grandes vertentes: o modelo das ciências naturais e o modelo hermenêutico. O primeiro assume como objeto de estudo a interação organismo-ambiente e assim enfatiza os princípios funcionalistas dessa interação (adaptabilidade, componentes biológicos envolvidos, comportamentos manifestos, etc.). Já o segundo assume como objeto a relação organismo-sentido e, portanto, enfatiza em seus estudos processos semióticos referentes, por exemplo, à linguagem, à representação ou ao simbolismo.

### **2.2.2.1. Amostra, instrumento e procedimentos**

As entrevistas foram realizadas individualmente com oito profissionais em seus locais de trabalho. Participaram da amostra um hebiatra, quatro psicólogos, dois psiquiatras e um neurologista, selecionados intencionalmente em razão de sua formação e experiência profissional. Todos participantes apresentavam formação pós-graduada e vínculos profissionais com instituições públicas e privadas de atendimento juvenil, à exceção de dois psicólogos, que atendiam exclusivamente em instituições clínicas particulares. As questões da entrevista, apresentadas de forma semi-estruturada aos profissionais, foram as seguintes: “quais são as expressões verbais (frases, gírias, etc.) mais comumente pronunciadas pelos adolescentes quando eles falam sobre: a) ansiedade? b) humor? c) conduta social? d) pensamento (obsessão/compulsão)? e) atenção e hiperatividade?”

### **2.2.2.2. Resultados**

As respostas obtidas junto aos profissionais, em sua maioria, corroboraram a descrição dos critérios diagnósticos apresentados nos manuais psiquiátricos, mas foram importantes, sobretudo, para demonstrar o vocabulário usualmente expresso pelos adolescentes em situações clínicas. Destaca-se o fato de que os sintomas mais freqüentemente citados para descrever os construtos referem-se a aspectos emocionais. Isso ocorreu principalmente em relação aos construtos ansiedade e humor. Para esses construtos, os principais indicadores citados, em seqüências aos problemas emocionais, foram alterações cognitivas e vegetativas. Quanto ao construto pensamento, referências a sintomas cognitivos (pensamentos intrusivos) e rituais foram freqüentes. Para conduta social, foram citados de forma prevalente pelos profissionais sintomas associados a prejuízos no relacionamento social e no desenvolvimento emocional/autonomia. Já quanto ao construto atenção/atividade motora, sintomas cognitivos, motores e emocionais foram, nessa ordem, os mais prevalentes.

Exemplos de respostas alusivas a alterações dos comportamentos relacionados aos construtos são descritos abaixo, a fim de ilustrar algumas das contribuições advindas dessa etapa do estudo:

*Ansiedade:* “me sinto nervoso”; “ando estressado”; “não consigo relaxar”; “tenho a sensação de que algo ruim está para acontecer”; “me assusto com qualquer coisa”; “me preocupo demais com as coisas”; “tenho sempre a sensação de que não vou dar conta de fazer o tenho para fazer”; “às vezes, começo a falar e não páro mais”, “fico nervoso

quando penso que as pessoas podem estar me observando”, “começo a tremer por qualquer coisa”.

*Atenção:* “ando desligado”, “sou muito distraído”; “acho que minha falta de atenção me atrapalha”; “frequentemente esqueço minhas coisas nos lugares aonde vou ou em casa”; “me perco nas explicações”, “costumo me esquecer das combinações que fiz”, “perco a atenção com facilidade”; “estou sempre perdendo minhas coisas”; “nunca sei onde estão minhas coisas”.

*Atividade motora:* “tenho a sensação de que não consigo ficar parado”; “pareço estar sempre a mil por hora”, “tenho me sentido agitado”; “sou muito desastrado”; “estou sempre mudando as coisas de lugar”.

*Conduta social:* “não devo satisfação para ninguém”; “a culpa não foi minha”; “não vejo problemas em fazer de tudo para conseguir o que eu quero”; “quando os outros me incomodam, eu parto para a briga”; “eu não sou do tipo que faço tudo o que os outros querem que eu faça”; “gosto de assistir a uma boa briga”; “detesto que me digam como devo fazer as coisas”.

*Humor:* “ultimamente, choro por qualquer coisa”; “tenho passado o dia inteiro sem vontade de fazer absolutamente nada”; “as pessoas me convidar para fazer as coisas e eu acho tudo péssimo”; “é muito diferente o jeito que eu sou e o que eu gostaria de ser”; “não tenho conseguido falar de forma clara com as pessoas, meu pensamento parece confuso”; “ultimamente tenho me sentido cansado por qualquer coisa”; “tenho a sensação que ninguém me acha interessante”.

*Pensamento:* “alguns pensamentos não me saem da cabeça”; “detesto desorganização”; “fico muito incomodado quando mexem nas minhas coisas”; “adoro colecionar coisas”, “tenho mania de organizar tudo”, “sou supersticioso”; “costumo prestar atenção no detalhe das coisas”; “tenho mania de limpeza”; “preocupo-me demais em fazer as coisas de forma absolutamente certa”

### **2.2.3. Entrevistas com adolescentes**

As entrevistas realizadas com os adolescentes tinham também o objetivo de coletar sugestões sobre os modos mais adequados e inteligíveis à população juvenil de expressar, em forma de itens, comportamentos representativos dos construtos. Tais sugestões foram consideradas no momento da elaboração dos itens na tentativa de garantir a utilização de uma linguagem próxima da realidade do adolescente e conseqüentemente, melhor validade aparente e maior aderência dos participantes ao preenchimento dos instrumentos.

### **2.2.3.1. Amostra, instrumento e procedimentos**

Nessa etapa, as entrevistas foram realizadas com vinte e quatro participantes, selecionados em uma escola pela pesquisadora. Individualmente, quatro meninos e quatro meninas de cada faixa etária (12-13, 14-15, 16-17), cujos pais assinaram um termo de consentimento livre e informado sobre a participação de seu filho na pesquisa, responderam, em um momento inicial, às seguintes questões: “como a gente consegue perceber se um adolescente está: a) ansioso? b) com medo? c) deprimido? d) desatento? e) agitado? f) impulsivo? g) agressivo? h) desobediente? i) com idéias estranhas e persistentes que lhe causam sofrimento? j) com comportamentos estranhos (tipo “manias”) que lhe causam sofrimento?”. Após essa etapa da entrevista, a pesquisadora explicava para o adolescente, em uma linguagem acessível, algumas definições sobre os construtos investigados e solicitava que o participante referisse ou nomeasse comportamentos, sentimentos e pensamentos que exemplificassem as definições.

Essas entrevistas não tinham o propósito de investigar possíveis dimensionalidades do atributo ou novas representações que extrapolassem as definições constitutivas, nem mesmo descrever e analisar a frequência dos resultados obtidos. Seu objetivo principal era a promoção de situações formais que permitissem aos adolescentes sugerir sentenças condizentes com o atributo e com a linguagem típica dessa população. Assim, as entrevistas serviram para apresentar expressões verbais que suscitaram à pesquisadora a formulação de novos itens que pudessem ter maior aderência dos adolescentes. Contudo, a descrição espontânea<sup>13</sup> dos comportamentos que caracterizam os construtos investigados serviu também para apresentar um panorama sobre a concepção dos adolescentes a respeito dos construtos em questão.

### **2.2.3.2. Resultados referentes à descrição espontânea dos adolescentes na entrevista**

As respostas citadas “espontaneamente” pelos adolescentes para descrever comportamentos representativos de ansiedade e medo abrangem sintomas somáticos, sintomas cognitivos e sintomas emocionais. A seguir, são listados exemplos de descrições incluídas nessas categorias:

- somáticos – (O adolescente...) “fica com dor de barriga, dor de cabeça ou não consegue dormir”.
- cognitivos – ... “fica tempo pensando em algo que aconteceu”; “não consegue fazer uma prova”; “não consegue pensar direito”; “fica preocupado”.

---

<sup>13</sup> Ou seja, antes de ter contato com as definições dadas pela pesquisadora

- emocionais – ... “fica estressado, nervoso”; “chora por estar com medo, não quer ficar sozinho”.

Ainda em relação às questões sobre ansiedade e medo, uma avaliação do conteúdo das descrições evidencia que os adolescentes mais novos (grupo entre 12 e 13 anos de idade) tenderam a descrever com maior frequência reações vegetativas (ex: tremer, chorar) e situações concretas de perigo iminente (ex: medo do escuro, sensação de ter decepcionado alguém). Já os adolescentes do grupo entre 16-17 anos citaram com maior frequência situações relacionadas à ansiedade antecipatória ou a dificuldades cognitivas (ex: se estressar com coisas que ainda não são problemas ou estão distante no tempo; ficar com medo de tentar fazer algo e não conseguir; ficar com medo de falar alguma coisa errada e ser humilhado).

Nas descrições ‘espontâneas’ dos participantes sobre como é o comportamento típico de um adolescente deprimido, as citações mais frequentes referiam-se a sintomas emocionais, seguidos pelos sintomas vegetativos, motivacionais e cognitivos. Abaixo são listados exemplos de descrições incluídas nessas categorias:

- emocionais – (O adolescente...) “fica triste”; “chora”; “é quieto”; “não ‘se mistura’ com os outros”.
- vegetativas – ... “tem muita vontade de dormir”; “não tem vontade de comer”
- motivacionais – ... “não tem vontade de fazer nada”; “não quer sair”; “fica em casa sem querer falar com ninguém”
- cognitivas – ... “acha que tudo está sempre ruim”; “acha que não consegue fazer as coisas direito”

Conforme era esperado, na descrição dos comportamentos que caracterizam um estado de desatenção, os entrevistados referiram-se de forma unânime a ações que evidenciam baixa capacidade de concentração e falta de cautela. Exemplos de classes de comportamentos citados: não conseguir realizar uma tarefa escolar, não ouvir quando outro o chama, esquecer-se de compromissos e combinações, machucar-se por andar distraído na rua.

Quanto à representação dos comportamentos indicativos de impulsividade e agitação, as respostas obtidas referiram-se, sobretudo, à inquietação motora, dificuldade de envolver-se em atividades sedentárias, inassertividade social e falta de cautela. Exemplos de classes de comportamento citados:

- Inquietação motora e dificuldade de envolvimento em atividades sedentárias: sair correndo pelos corredores quando termina a aula; não conseguir ficar parado; fazer muitas coisas ao mesmo tempo; gostar de atividades que envolvam ação (... “gosta de adrenalina e detesta ficar em casa sentado na frente da tevê ou montando um quebra-cabeça, por exemplo”).
- Inassertividade social: envolver-se em brigas por motivos torpes (... “briga por qualquer coisa”; “qualquer coisa, já sai no tapa”); não tolerar desaforos, críticas ou provocações; arrepender-se de fazer algo de forma irrefletida (... “o cara faz um negócio e depois é que vai pensar no que fez”).
- Falta de cautela: “...o cara parece que tem facilidade para quebrar as coisas”; “...tá sempre se batendo nas coisas por ser meio ‘descoordenado’...”.

Os mesmos comportamentos de inassertividade social mencionados anteriormente foram também citados em resposta à questão sobre como caracteriza-se o comportamento de um adolescente agressivo. Esse fato sugere que a generalização apresentada pelos entrevistados, ao se referir à impulsividade e agressividade de formas equivalentes, pode contribuir para que os adolescentes rejeitem seus pares impulsivos pela crença de que esses apresentem também comportamentos violentos. Em última instância, isso pode aumentar os riscos de agravamento de condutas anti-sociais dos meninos impulsivos/hiperativos, seja pela situação de exclusão social e maior risco de envolvimento com pares desviantes, conforme discutido na literatura (Alvarenga & cols., 2005), seja pelo efeito que esse fato produz no autoconceito dos adolescentes impulsivos/hiperativos que partilham dessa concepção.

Outros comportamentos expressos pelos entrevistados como típicos do repertório de uma adolescente agressivo são vandalismo (ex: “sai por aí quebrando as coisas”), crueldade (ex: “... não respeita ninguém, nem a família... bate na mãe”; ... “é grosseiro”) e exibicionismo (ex: “...o cara fica querendo se exhibir que é forte”; “fica querendo impressionar, botar medo nos outros”). Comportamentos desobedientes foram exemplificados pelos adolescentes como aqueles em que há uma deliberação sobre recusar ordem alheia e incomodar outra pessoa. Algumas descrições citadas pelos entrevistados são transcritas a seguir: “desobediente é alguém que não faz o que é pedido ou faz o contrário, de propósito”; “...alguém pede alguma coisa e nada...o guri não coopera em nada”; “...gosta de incomodar...”.

Por fim, as respostas à questão sobre “pensamentos e comportamentos estranhos e insistentes, que causam sofrimento” contribuíram, sobretudo, para exemplificação de

obsessões e rituais que podem ser indicativos de compulsão. Foram citados pelos participantes exemplos - ditos reais - de adolescentes conhecidos (amigos ou colegas) que, segundo sua avaliação, parecem sofrer por pensar em demasia em sua forma física e na possibilidade de ser traído por seu par afetivo. Foram citadas ainda, por uma adolescente em específico, situações relacionadas a rituais de fechamento de armário, ordenação (organização de armários) e contagem, além do relato de uma sensação identificada como *just right* (“às vezes me dá uma angústia, uma sensação ruim, de incompletude, como se eu precisasse fazer alguma coisa para ficar tranqüila...”).

### **2.2.3.3. Resultados referentes à entrevista após leitura da definição do construto**

A seguir, são descritos exemplos de itens formulados a partir das entrevistas realizadas com os adolescentes após leitura da definição do construto:

*Ansiedade:* Frequentemente, tenho medo de falar alguma coisa errada e passar por bobo

*Atenção:* Frequentemente, pareço estar “no mundo da lua”

*Atividade motora:* Tenho o hábito de mexer “em tudo” o que vejo.

*Conduta social:* Costumo contar estórias que não aconteceram como se fossem reais

*Humor:* Muitas vezes, sinto falta de ter alguém com quem conversar

*Pensamento:* Tenho pensamentos estranhos que me incomodam

### **2.2.4. Levantamento dos testes destinados à população brasileira**

Para averiguar a situação da avaliação psicológica de adolescentes no Brasil e identificar os testes que poderiam contribuir para construção e validação da bateria a ser criada, foi realizado um levantamento dos testes comercializados no país. Esse levantamento foi executado inicialmente no segundo semestre de 2003, quando os itens estão sendo elaborados, e atualizados em duas oportunidades. Uma, após a publicação de uma resolução do Conselho Federal de Psicologia, a qual regulamentava o uso de testes psicológicos no país, e outra, em 2005, para publicação da tese. Em 2003, o levantamento incluiu os testes que eram comercializados até julho daquele ano e que estavam descritos em um guia de referências sobre instrumentos psicológicos publicado por Noronha, Primi e Alchieri (2003).

O objetivo principal desse “censo” foi analisar o número de instrumentos destinados à avaliação de adolescentes, bem como os objetivos (construtos abordados) e propriedades psicométricas desses. Outro objetivo desse trabalho foi a identificação de instrumentos que poderiam servir como referência para construção de novos instrumentos

e como “padrão-ouro” para validação concorrente ou divergente da bateria de ajustamento psicológico.

#### **2.2.4.1. Resultados do censo realizado em 2003 através de material bibliográfico**

Os resultados dessa consulta revelaram que, do total de 86 instrumentos listados no guia de referência, apenas um instrumento destinava-se exclusivamente a adolescentes (Levantamento de Interesses Profissionais). Cinco (5,8%) avaliavam crianças e adolescentes, vinte e oito (32,5%) abrangiam adolescentes e adultos e dez (11,6%) destinavam-se tanto a crianças e adolescentes, como a adultos. Dos 86 instrumentos, 29,5% não apresentavam nenhuma informação, em seus manuais, sobre parâmetros psicométricos.

Ressalte-se que esses dados referem-se aos testes comercializados até 2003, quando ainda não era efetivamente vigente a Resolução nº 02/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003). Através desse regulamento, o Conselho passou a determinar os requisitos mínimos de qualidade exigidos dos instrumentos, a proibir o uso daqueles que não atendem aos padrões de qualidade técnica e a indicar, através de uma lista oficial de fluxo contínuo, os testes aprovados e reprovados pelas comissões consultivas para uso na prática profissional. Tal resolução não apenas preconiza o uso de instrumentos psicológicos qualificados, como também indica no artigo 16 que, a partir da divulgação dessa lista, “passa a ser considerada falta ética, conforme disposto na alínea c do Art. 1º e na alínea m do Art. 2º do Código de Ética Profissional do Psicólogo, a utilização de testes psicológicos que não constam na relação de testes aprovados pelo CFP, salvo os casos de pesquisa”.

#### **2.2.4.2. Resultados do censo realizado após publicação da Resolução nº 02/2003 do Conselho Federal de Psicologia**

Em função das restrições impostas do CFP após a edição da Resolução nº 02/2003, a oferta de testes psicológicos próprios para avaliação de adolescentes tornou-se ainda menor do que aquela descrita acima – embora mais qualificada. Em novembro de 2003, quando a primeira versão da lista foi divulgada pelo Conselho, mais da metade dos testes psicológicos outrora utilizados foram contra-indicados para uso por não apresentar qualidades psicométricas adequadas ou por não ter sido encaminhado para avaliação da comissão consultiva. Nessa ocasião, 52,3% dos testes avaliados tiveram um parecer desfavorável e outros 39 instrumentos ficaram fora da lista por não terem sido submetido pelos seus autores ou editores à análise das condições de uso.

Esses dados indicam que testes antes “considerados” possíveis referências para criação das escalas não apresentavam parâmetros adequados para avaliação dos construtos. Em abril de 2004, do total de 38 testes identificados na consulta de 2003 como próprio para uso entre adolescentes, apenas onze encontravam-se aprovados pelo CFP. Outros dez, reprovados inicialmente, esperavam nova avaliação do Conselho, visto que seus responsáveis haviam enviado material adicional às comissões para revisão dos pareceres. No Anexo E, encontra-se a lista dos testes que, em abril de 2004, eram aprovados para utilização entre adolescentes, segundo divulgação do CFP.

Assinala-se que nenhum dos vinte e um testes citados era específico para adolescentes em 2004. Seis deles eram indicados para adolescentes e adultos, dois para crianças e adolescentes e três para todas faixas etárias. Desse total, alguns contribuíam apenas indiretamente à avaliação de ajustamento emocional, visto que se destinavam à avaliação de outras áreas teoricamente independentes, como a área cognitiva. Outros, eram indicados apenas para indivíduos com idade superior a 17 anos, pois adolescentes de menos idade não fizeram parte, de forma representativa, das amostras dos estudos de validação e normatização desses instrumentos (ex. EFN, IFP e Beck).

#### **2.2.4.2. Resultados do censo atualizado em 2005**

Em junho de 2005, um novo censo foi realizado, a partir da consulta à lista dos testes aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia, para investigar a oferta de novos instrumentos para população entre 12 e 18 anos e atualizar os dados que subsidiam uma discussão sobre o estado da arte da avaliação psicológica de adolescentes no Brasil. Os resultados mostraram que, até então, não havia disponível aos psicólogos um instrumento psicométrico elaborado especificamente para avaliação do ajustamento emocional de adolescentes.

Os acréscimos realizados à lista entre 2003 e 2005 referem-se a instrumentos pertinentes ao campo da orientação vocacional, avaliação cognitiva e avaliação emocional. No campo da avaliação cognitiva e neuropsicológica, ressalta-se a aprovação do WAIS III, um instrumento indicado para população dos 16 aos 89 anos de idade. Já no campo clínico, destaca-se a inclusão da Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil, a qual possibilita a mensuração do construto autoconceito em crianças e adolescentes (8-16 anos), através de quatro fatores (ambiente social, escolar, pessoal e familiar). Um teste destinado à avaliação psicodiagnóstica de crianças, adolescentes e adultos acrescido à lista nesse período foi o House-Tree-Personal (HTP). Trata-se de um teste projetivo “que possibilita ao clínico o acesso às reações do indivíduo a uma situação consideravelmente não

estruturada (...) e fornece informações que podem indicar conflitos e interesses gerais dos indivíduos” (Buck, 2003, p. 2). É indicado para indivíduos com idade superior a 8 anos, embora não sejam encontrados no manual do teste resultados de estudos nacionais de validação relativas à diferenças entre os desenhos de crianças, adolescentes e adultos. A lista dos testes que se encontravam aprovados pelo CFP em junho de 2005 e incluíam adolescentes em sua amostra pode ser consultada no Anexo F.

### **2.2.5. Análise de instrumentos que avaliam o mesmo construto ou construtos correlatos**

Para elaboração das escalas que compõem a bateria de ajustamento psicológico juvenil, foram considerados também como fonte de informações a estrutura semântica e a organização logística de outros instrumentos psicológicos (fonte 5). Todos instrumentos nacionais e internacionais consultados destinam-se à mensuração de indicadores de ajustamento psicológico relacionados a pelo menos um dos atributos cobertos pela bateria proposta. Na Tabela 1, encontram-se listados os instrumentos referentes ao mesmo construto (MC) ou a construtos correlatos (CC) considerados como recurso auxiliar para formulação dos itens pertinentes aos construtos de interesse à pesquisa.

Conforme se observa na tabela, a maioria dos testes consultados são instrumentos estrangeiros, não adaptados à realidade brasileira. Isso ocorre em razão da escassez da oferta de testes nacionais destinados a adolescentes que fora demonstrada empiricamente no levantamento descrito no tópico 2.2.4.

Tabela 1.

## Instrumentos Consultados como Fontes de Informação para Elaboração dos Itens

Construto	Instrumentos de mesmo construto (MC) ou de construtos correlatos (CC)
Ansiedade	<p>MC: <i>Child Behavior Checklist - CBCL</i> e <i>Young Self Report - YSR</i> (Achenbach, 1991); Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (1959)<sup>A</sup>; Questionário de Medos e Fobias (Marks &amp; Mathews, 1979, trad. Ito &amp; Araújo, 1999)<sup>A</sup>; Escala de Cognições Agorafóbicas (Chambless, 1984, trad. Ito)<sup>A</sup>; Escala de Fobia Social (Liebowitz, 1987)<sup>A</sup>; Escala de Esquiva e Desconforto Social (Watson &amp; Friend, 1969, trad. Barros Neto, 1996)<sup>A</sup>.</p> <p>CC: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo – EFN (Hutz &amp; Nunes, 2001); Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Crianças (Giacomoni, 2002 adaptada para adolescentes (Arteche, 2003); Escalas de Afeto Positivo e Afeto Negativos (Giacomoni, 2002)</p>
Humor	<p>MC: Inventário de Depressão Infantil – CDI versão adolescente (Reppold &amp; Hutz, 2003); Escalas Beck de Depressão, Desesperança e Ideação Suicida (Cunha, 2001); Escalas Hamilton para Avaliação de Depressão (1960)<sup>A</sup>, <i>CBCL</i> e <i>YSR</i>; Escala de Mania de Young (Young, 1978)<sup>A</sup></p> <p>CC: EFN; Escala Multidimensional de Satisfação de Vida adaptada para adolescentes; Escalas de Afeto Positivo e Afeto Negativo</p>
Conduta social	<p>MC: Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (Benzik, 2000); EFN; <i>CBCL</i> e <i>YSR</i> (Achenbach, 1991)</p> <p>CC: Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette &amp; Del Prette, 2003)</p>
Pensamento	<p>MC: Inventário de Obsessões de Leyton – versão infantil (Cooper, 1970, trad. Asbahr &amp; Negrão)<sup>A</sup>; Escala Yale-Brown de Obsessões e Compulsões (Goodman, Rasmussen, Price, Riddle &amp; Rapoport, 1986, trad. Asbahrs, 1992)<sup>A</sup>; <i>CBCL</i> e <i>YSR</i>; <i>Children's Automatic Thoughts Scale</i> (Schniering &amp; Rapee, 2002)</p>
Atenção e atividade motora	<p>MC: Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; <i>Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R)</i> (Conners, Sitarenios, Parker &amp; Epstein, 1998); <i>CBCL</i> e <i>YSR</i> (Achenbach, 1991)</p>

Nota: os testes indicados com o símbolo <sup>A</sup> encontram-se publicados em Gorenstein, Andrade & Zuardi (1999).

## **2.2.6. Análise documental dos prontuários de adolescentes atendidos em Serviços de Psicologia**

Por fim, uma sexta fonte de informações utilizada para subsidiar a construção das escalas de ajustamento psicológico foi a realização de uma pesquisa documental. Esse trabalho foi realizado através da leitura dos prontuários dos adolescentes atendidos em triagem em duas clínicas que prestam serviço psicológico à comunidade e contam com trabalho de psicólogos e estagiários de diferentes orientações teóricas.

### **2.2.6.1. Amostra, instrumento e procedimentos**

Os prontuários analisados referem-se a triagens realizadas entre os anos de 2000 e 2003 em 297 pacientes que, na época do atendimento, estavam na faixa dos 12 aos 17 anos de idade. A partir do consentimento dos responsáveis pela clínica e do acesso aos registros das fichas de triagem, investigou-se os motivos de encaminhamento clínicos mais frequentes e as principais queixas relatadas pelos adolescentes. Por meio da consulta ao prontuário dos adolescentes que permaneceram em atendimento clínico ou em avaliação psicológica na instituição após a triagem (N=211), examinou-se ainda a frequência de utilização de testes psicológicos na elaboração psicodiagnóstica; os instrumentos mais utilizados na avaliação psicológica e a frequência de encaminhamentos multidisciplinares realizados.

### **2.2.6.2. Tratamento dos dados e resultados**

Os dados quantitativos, coletados através da consulta às fichas e prontuários, foram categorizados e analisados através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977) e da estatística descritiva (Barbetta, 1999). Os principais achados são apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Os resultados da Tabela 2 indicaram que aproximadamente metade das avaliações psicodiagnósticas realizadas utilizaram algum instrumento psicológico. No entanto, a descrição dos instrumentos administrados revelou que a maioria dos testes aplicados qualificava-se como testes impressionistas (gráficos ou projetivos). Do total de 289 aplicações conduzidas no conjunto dos 113 casos que incluíram testagem psicológica, apenas 37,1% eram administrações de testes psicométricos (ou seja, de testes baseados na teoria da medida e na suposição de que os atributos medidos têm diferentes magnitudes).

Nos dados contidos na Tabela 2, destaca-se também a grande frequência com que os profissionais encaminham os adolescentes para avaliação psiquiátrica. Em contrapartida, ressalta-se o baixo índice de encaminhamentos para avaliações neurológicas.

Na Tabela 3, observa-se a discrepância entre os motivos alegados para

encaminhamento dos adolescentes à avaliação e a queixa relatada pelos adolescentes em seus atendimentos. Os principais motivos apontados para o encaminhamento foram observações de conflitos de interação social e a manifestação de problemas de externalização. No entanto, as queixas mais freqüentemente relatadas pelos adolescentes referem-se a indicadores de problemas de internalização (alterações no humor, baixa auto-estima, estresse), sobretudo quando considerado o grupo do sexo feminino.

Tabela 2.

Freqüência e Percentual da Utilização de Testes em Psicodiagnóstico, dos Instrumentos Utilizados e dos Encaminhamentos Multidisciplinares Indicados

	N	%
Utilização de testes psicológicos para fim psicodiagnóstico (N=211).		
sim	113	55,6
não	98	46,4
Instrumentos utilizados para avaliação de adolescentes <sup>A</sup> (N=113) <sup>B</sup>		
Teste Gestáltico Viso-Motor Bender	44	38,9
WISC	39	34,5
Desenho da Família	36	31,8
Teste de Apercepção Temático - TAT	29	15,9
Teste da Casa/Árvore/Pessoa - HTP	28	25,7
Desenho da Figura Humana - Machover	27	24,8
Matrizes Progressivas Raven	21	23,9
Questionário de Saúde Geral - QSG	20	18,6
Rorschach	18	17,7
Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE	12	10,6
Escala de Stress Infantil - ESI	08	07,1
Inventário de Sintomas de Stress para Adultos - ISSL	07	06,2
Total	289	-
Indicação de encaminhamentos multidisciplinares (N=211)		
não	143	67,8
sim	68	32,2
Total de casos encaminhados (N=68)		
encaminhamento para avaliação/orientação psiquiátrica <sup>A</sup>	43	71,7
encaminhamento para avaliação/orientação psicopedagógica <sup>A</sup>	27	39,7
encaminhamento para outras especialidades médicas <sup>A</sup>	13	19,1
encaminhamento para avaliação/orientação neurológica <sup>A</sup>	07	10,3

Notas: A - categorias não excludentes; B - o percentual da utilização dos testes foi calculado com base no número de casos que fazem referência à utilização de testes psicológicos.

Tabela 3.

Freqüência e Percentual das Categorias Referentes aos Motivos de Encaminhamento e Queixas Relatadas pelo Adolescente

Registro presente na ficha de triagem/avaliação psicológica	Motivos de encaminhamento <sup>a</sup>				Queixas relatadas pelo adolescente <sup>a</sup>			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	N	%	n	%	n	%
agitação/inquietação	53	17,8	28	9,4	24	8,0	15	5,1
baixa auto-estima	9	3,0	23	7,7	30	10,0	76	25,6
conflitos familiares	89	29,9	54	18,2	46	15,4	27	9,1
desatenção/dificuldade de memória	58	19,5	35	11,7	24	8,0	26	8,8
dificuldades de aprendizagem/baixo rendimento escolar/evasão	92	30,9	38	12,8	62	20,8	25	8,4
estresse/ansiedade	21	7,0	29	9,7	41	13,8	64	21,5
fobias (comportamentos indicadores)	-	-	8	2,7	14	4,7	22	7,4
humor deprimido/apatia/isolamento social/timidez	26	8,8	45	15,1	42	14,1	88	29,6
obsessões/compulsões	-	-	-	-	8	2,7	12	4,0
problemas de conduta(agressividade)	73	24,5	32	10,8	38	12,8	15	5,0
problemas de conduta(delinqüência)	25	8,4	11	3,7	11	3,7	5	1,7
problema disciplinar/ falta de limite	81	27,2	40	13,4	45	15,2	26	8,6
problemas alimentares	-	-	-	-	-	-	8	2,7
queixas somáticas	23	8,3	38	12,8	33	11,1	45	15,2
sintomas psicóticos	5	1,7	3	1,0	10	3,4	9	3,0
uso de álcool	41	13,8	16	5,4	17	5,7	12	4,0
uso de drogas	53	17,8	29	9,7	23	7,7	15	5,0
outros	12	4,0	8	2,6	9	3,0	16	5,4

*Nota:* visto que as categorias não eram excludentes, o cálculo percentual foi realizado sobre o número total de fichas analisadas (N=297)

### 2.2.6.3. Discussão

Os dados indicaram que testes psicológicos foram utilizados em 55,6% dos casos avaliados, embora muitos dos testes empregados fossem técnicas projetivas não normatizadas na época. Os testes mais utilizados para avaliação de adolescentes nessa

amostra foram instrumentos para avaliação cognitiva (Bender, WISC, Raven), testes projetivos (Bender, Desenho da Família, TAT, HTP, etc.) e escalas de ansiedade. Essa classificação vem ao encontro dos resultados encontrados por Noronha (2002) em um estudo nacional e também dos achados apresentados por Archer e Newsom (2000) em um levantamento americano sobre os instrumentos mais empregados para avaliação de adolescentes.

A pesquisa realizada por Noronha (2002) sobre o uso de testes psicológicos (N=214 psicólogos inscritos no CRP/06) constatou que os instrumentos mais aplicados pelos psicólogos são testes projetivos de personalidade e testes de inteligência. Os cinco principais testes citados pela amostra foram, por ordem, o WISC, o CAT, o HTP, o Bender e o TAT. No entanto, os resultados de Noronha não são específicos da avaliação juvenil, como é o caso da pesquisa de Archer e Newsom. Ainda assim, apresentam resultados aproximados. O censo realizado por Archer e Newsom junto a 384 psicólogos americanos associados à APA identificou que os cinco principais instrumentos utilizados para avaliação de adolescentes são as Escalas Wechsler de Inteligência (WISC e WAIS), o Rorschach, os Testes de Completar de Sentenças, o TAT e o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent* (MMPI-A). As justificativas alegadas pelos participantes para prevalência dos testes projetivos nesses dois estudos centram-se na possibilidade de interpretação compreensiva que os instrumentos impressionistas apresentam, na facilidade de correção dessas técnicas, na escassez de testes válidos e na deficiência da formação do profissional em relação à área da avaliação psicológica.

De fato, a necessidade de atualização e qualificação dos profissionais para o uso de testes psicométricos têm sido discutida em diferentes eventos científicos da área e mostra-se relevante diante da utilização inadequada de testes em avaliações psicodiagnósticas, como a que fora constatada na análise documental realizada para essa tese. No levantamento apresentado na Tabela 2, aparecem listados instrumentos que não são indicados para avaliação de adolescentes, pois seus estudos de validação não contemplam amostras dessa faixa etária. Esse é o caso do Questionário de Saúde Geral de Goldberg, indicado para avaliação de adultos.

Outro dado apresentado na Tabela 2 a ser considerado é a frequência com que os adolescentes foram encaminhados à avaliação psiquiátrica. Esse fato denota a dificuldade dos psicólogos diferenciarem sintomas psiquiátricos de comportamentos adaptativos típicos do desenvolvimento e sugere a necessidade de técnicas avaliativas que os auxiliem, através de critérios objetivos, a decidir sobre a pertinência do encaminhamento. Destaca-se ainda o baixo índice de encaminhamentos realizados para avaliações neurológicas,

especialmente se analisada a frequência com que problemas de aprendizagem, desatenção e agitação são citados como razões de encaminhamento do adolescente à avaliação. Isso sugere o distanciamento mantido por alguns psicólogos em relação ao acesso aos estudos neurobiológicos, e, por consequência, uma subutilização de serviços multidisciplinares que os possibilitariam ter mais subsídios para especificar diagnósticos e traçar diretrizes de atendimentos e perspectivas prognósticas mais realísticas.

Os resultados apresentados na Tabela 3, de modo geral, ratificaram outros estudos que investigam a prevalência dos problemas de ajustamento psicológico entre adolescentes (Achenbach, 1995; Eisenberg & cols., 2001) e o efeito que a variável sexo produz sobre a distribuição de problemas de internalização ou externalização (Eisenberg & cols., 2001; Storvoll & Wichstrom, 2002). Corroboraram também os achados de outros estudos (Oliveira, 2003; Shoen-Ferreira, Silva, Farias & Silves, 2002) sobre os principais motivos de encaminhamento dos adolescentes à avaliação psicológica e sobre as queixas relatadas pelos adolescentes em atendimento. Na pesquisa conduzida pela equipe de Edwiges Silves, por exemplo, as principais razões apontadas pelos pais para encaminhamento de adolescentes (13-15 anos) ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico da UNIFESP/EPM foram categorizadas como dificuldades escolares e desobediência, enurese e agitação. Dentro da primeira categoria, estavam incluídos problemas de relacionamento social, evasão escolar, brigas, isolamento social, adesão a grupos marginais, conflitos com pais ou professores, indisciplina e problemas de aprendizagem. Os mesmos indicadores encontrados no estudo da tese.

Quanto às divergências observadas entre a percepção do adolescente sobre sua saúde emocional e a percepção daquele que o encaminhou, esses resultados sugerem ser adequado e desejável a utilização de instrumentos de auto-relato na cultura local e a triangulação desses dados durante uma avaliação psicodiagnóstica. Além disso, as evidências do “sub-aproveitamento” das técnicas padronizadas por parte dos psicólogos realçam também a pertinência dos objetivos dessa pesquisa. Especialmente se considerados os altos percentuais de queixas e encaminhamentos motivados por problemas relacionados à ansiedade, humor, comportamento e atenção/hiperatividade. Deve-se assinalar que esses resultados, somados à indicação da literatura, foram um importante aporte para definir a escolha dos atributos a serem cobertos pela bateria.

Porém, tão importante quanto essa contribuição, foi a possibilidade que a busca documental permitiu de realizar uma análise qualitativa da forma semântica como os sintomas psicológicos apareciam registrados nas fichas. Visto que, muitas vezes, a narrativa do paciente era reproduzida como uma descrição literal de sua queixa nos

prontuários, esses achados foram um recurso relevante para operacionalização dos itens.

### 2.3. Versão preliminar dos instrumentos

Considerando os achados apresentados no tópico 2.2, os instrumentos foram criados e organizados em três partes: 1) instruções para preenchimento dos testes (Anexo G), 2) a listagem dos itens que compõem cada teste (Anexo H) e 3) folha de resposta (Anexo I). Todos os itens referem-se a comportamentos, sentimentos ou crenças do adolescente e foram elaborados como sentenças declarativas alusivas ao construto coberto pelo teste (ansiedade, humor, atenção e atividade motora, conduta social ou pensamento). A folha de respostas contém dados demográficos do participante e uma escala *Likert* correspondente a cada item do instrumento, através da qual o adolescente deve assinalar o quão adequadamente cada sentença o descreve.

#### 2.3.1. Instruções

Nas instruções, as âncoras que compõem a escala tipo *Likert* são apresentadas e explicadas ao adolescente da seguinte forma:

- 1- **“Discordo completamente”/“nada a ver comigo”** – você deve marcar o número 1 se você acha que a frase se refere a algo que *não tem nada a ver com você* ou algo que *raramente acontece com você*
- 2- **“Discordo um pouco”/“tem pouco a ver comigo”** – você deve marcar o número 2 se você acha que a frase refere a algo que *tem um pouco a ver com você* ou descreve alguma coisa que *acontece com você poucas vezes*
- 3- **“Não concordo, nem discordo”/“Mais ou menos”** – você deve marcar o número 3 se você acha que a frase *o descreve mais ou menos* ou se ela refere-se a alguma coisa que *acontece com você de vez em quando*
- 4- **“Concordo um pouco”/“tem a ver comigo”** – você deve marcar o número 4 se você acha que a frase refere a algo que *tem a ver com você* ou descreve alguma coisa que *acontece com você freqüentemente*
- 5- **“Concordo completamente”/“tem tudo a ver comigo”** – você deve marcar o número 5 se você acha que a frase refere a algo que *tem tudo a ver com você* ou alguma coisa que *acontece com você quase sempre*

“Portanto, quanto mais você acha que a frase é apropriada para descrever suas opiniões, crenças, sentimentos ou atitudes, mais próximo do 5 você deve marcar; quanto menos você acha que a frase é apropriada, mais próximo do 1 você deve marcar”.

### **2.3.2. Versão preliminar dos itens**

Os itens foram criados com o objetivo de mensurar os construtos através de representações comportamentais referentes não apenas a comportamentos desajustados (por exemplo, roubar, agredir, agir de forma apática, etc.). Descrevem comportamentos que se referem ao construto, mas que extrapolam os critérios diagnósticos de manuais psiquiátricos, como o DSM-IV-TR (APA, 2002). Isso porque a bateria de testes tem uma finalidade mais ampla do que ser uma operacionalização do DSM-IV: seu propósito é avaliar a manifestação dos construtos em adolescentes com desenvolvimento típico (ou seja, que estão abaixo de ponto de corte relativos a indicação clínica) ou atípico. Assim sendo, resultados indicativos de desajustamento em algum dos atributos mensurados não devem ser interpretados como diagnósticos clínicos, mas como indicadores ou hipóteses diagnósticas. Isso é, como evidências de que outras investigações relativas àquele construto devem ser conduzidas considerando a possibilidade de triangular esses dados com outras fontes de informações (relato dos pais e professores, avaliações neurológicas, observações, etc.)

O trabalho de elaboração das escalas procurou contemplar as regras sugeridas por Pasquali (1999) para a construção de itens compreensíveis e tecnicamente adequados (critérios de objetividade, clareza, simplicidade, variedade, credibilidade, etc). Os testes criados são constituídos tanto por sentenças diretas, quanto por sentenças de sentido inverso às demais. O objetivo desse procedimento era evitar o ‘efeito de halo’ sobre os resultados. Ou seja, a influência deletéria de uma tendência de respostas indiscriminadas em um mesmo ponto de ancoragem da escala *Likert*, o que poderia prejudicar posteriormente as análises fatoriais.

Quanto ao número de itens elaborados para cada teste, observa-se que os instrumentos preliminares tinham, no mínimo, 50 itens. No primeiro esboço, realizado somente a partir da revisão da literatura, as escalas contavam com um número de itens mais reduzido (em média, 37 itens por escala), os quais cobriam praticamente todos fatores do atributo atualmente contemplados nos instrumentos. No entanto, esse número sofreu um acréscimo relevante à medida que as demais fontes de informação sugeriram novas formas de expressão do atributo (novas representações comportamentais e principalmente novas formulações semânticas).

### **2.4. Validade de conteúdo dos itens**

Uma vez estabelecidos os itens, esses foram submetidos aos procedimentos necessários para demonstrar a validade de conteúdo da bateria. O processo de validação de

conteúdo dos instrumentos tem a finalidade de determinar se os itens elaborados são adequados teoricamente e se algum dos fatores do atributo coberto pelo teste é super ou sub-representado no instrumento por um viés do pesquisador. Essa análise teórica dos itens é realizada através de uma análise de juízes (peritos na área do construto). Além disso, a validade de conteúdo inclui uma análise semântica dos itens. O objetivo dessa é verificar se os itens são compreensíveis à população alvo, se apresentam alguma dificuldade dispensável e ainda se apresentam validade aparente (credibilidade) (Cronbach, 1996; Pasquali, 1999).

## **2.4.1 Método**

### **2.4.1.1. Participantes, instrumentos e procedimentos do estudo da análise semântica dos itens**

No procedimento de análise semântica dos itens, o instrumento piloto foi apresentado a dez amostras de seis adolescentes de 12 a 17 anos de idade, de ambos os sexos. Os participantes foram escolhidos aleatoriamente em escolas públicas e privadas que aceitavam participar da pesquisa. No contato inicial com a escola, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e entregue aos representantes da direção da escola uma carta de apresentação formal da pesquisa (Anexo J) e os termos de consentimento livre e esclarecidos a serem entregues aos pais dos adolescentes (Anexo K).

A avaliação da compreensão dos itens por parte dos adolescentes foi realizada através de uma situação de *brainstorming*. Nessa técnica, apontada por Pasquali (2000) como a mais eficaz para essa investigação, foi solicitado aos participantes que reproduzissem por escrito o item ditado e apresentassem ao grupo sua compreensão do mesmo. Caso houvesse divergências quanto à interpretação da sentença, o propósito da inclusão do item era apresentado pela pesquisadora ou pelos auxiliares de pesquisa e a estrutura semântica da sentença era reformulada de acordo com as sugestões dos participantes. No caso dos itens que permanecessem apresentando dificuldades mesmo depois de reformulado pelo(s) grupo(s) anterior(es), esses foram descartados do instrumento, em função de sua inoperância.

Em alguns casos, quando o item original era compreensível ao adolescente, mas novas sugestões eram apresentadas, a sugestão era incluída no instrumento para verificar, posteriormente, através das análises estatísticas, qual sentença teria maior aderência dos adolescentes. Exemplo: Item 1 da escala TH (Choro por qualquer coisa) e item 20 (Freqüentemente, sinto vontade de chorar).

Exemplos de termos alterados conforme sugestão dos adolescentes durante *brainstorm*, por serem, respectivamente, incomum e ambíguo: “habitualmente” (TH 21: nas últimas semanas, tenho me sentido mais animado e agitado do que *de costume*); “distante” (TH 56: sinto-me *isolado* pelos meus amigos).

#### **2.4.1.2. Participantes e procedimentos da análise de juízes da versão preliminar dos instrumentos**

Os peritos que atuaram como juízes desse estudo foram psiquiatras infanto-juvenis (N=5), hebiatras (N=1) ou psicólogos da área da Psicologia Clínica ou do Desenvolvimento e da Personalidade (N=7). Todos foram escolhidos por apresentar um reconhecido trabalho de pesquisa ou intervenção, relacionado a algum aspecto do ajustamento psicológico juvenil de interesse a essa pesquisa. A maioria trabalha de acordo com uma perspectiva teórica próxima da adotada nesse estudo (baseada nos princípios das teorias Comportamental ou Cognitivo-Comportamental e nos pressupostos da Psicopatologia Operacional-Pragmática).

Os procedimentos realizados para análise de juízes incluíram a apresentação dos itens e da definição do construto e das dimensões cobertas pelo teste. A partir disso, os peritos indicavam se o item era pertinente ou não ao traço latente a que teoricamente deveria se referir e se havia alguma faceta do construto não coberta pelo instrumento. Cada instrumento elaborado para a bateria foi analisado por, no mínimo, dois juízes. Alguns participantes avaliaram mais de um dos testes criados.

As principais contribuições apresentadas pelos peritos sugeriam:

- que fosse ampliado o número de itens invertidos em cada escala
- que fosse retirado um item referente aos padrões de comportamento do adolescente na infância
- que fossem retirados itens referente à opinião de terceiros sobre a conduta do adolescente ou referente à conduta de seus pares (ex: meus pais acham que meus amigos não são uma boa companhia)
- que fossem evitados itens que tinham um caráter de confissão de uma prática delinqüente ou que poderiam causar inconveniência na aplicação
- que sentenças de conteúdo supostamente mais brando aos adolescentes fossem eleitos como os primeiros itens das escalas
- que fossem evitadas palavras depreciativas que poderiam induzir a resposta (ex: Detesto tarefas demoradas e repetitivas)

## ESTUDO II

### VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO DAS ESCALAS DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO JUVENIL

#### 3.1. Introdução

Uma vez atestada a validade de conteúdo dos instrumentos, os passos seguintes adotados na execução da pesquisa foram os procedimentos experimentais e analíticos apresentados na Figura 5. Os procedimentos experimentais englobam o planejamento da pesquisa (definição das amostras e instruções e administração dos instrumentos pilotos) e a coleta dos dados. Já os procedimentos analíticos, envolvem o tratamento estatístico e a análise dos resultados (interpretação da distribuição fatorial e da dimensionalidade da medida, análise da precisão da escala e estabelecimento de normas). Ambos procedimentos incluem etapas de trabalho relativas à validação de construto dos testes.

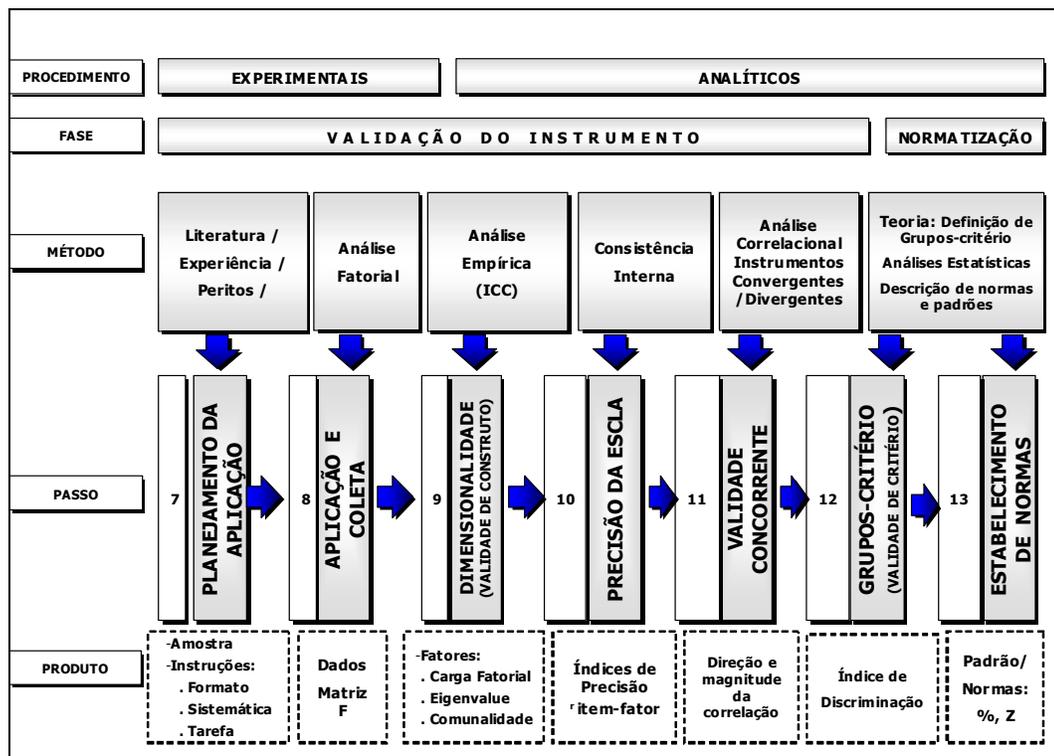


Figura 5: Organograma referente aos procedimentos experimentais e analíticos da pesquisa Elaborado a partir da proposta de Pasquali (1999) apresentada na Figura 3 (p. 105)

A validade de construto é considerada por Pasquali (2001) como a mais importante etapa de validação de um instrumento psicométrico, pois possibilita uma avaliação empírica da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes. A validação de construto – ou de conceito, como também é designada – foi criada na década de 50 com

a finalidade de verificar a qual construto determinado teste se referia (Cronbach & Meehl, 1955). Atualmente tem como objetivo verificar se um teste refere-se de forma apropriada a um determinado construto. Esse procedimento torna possível examinar se as pessoas com determinadas características agem conforme a teoria supõe que elas agiriam e também quais itens ou fatores são mais pertinentes ao construto (ou sejam, quais apresentam maior *eigenvalue*<sup>14</sup> e maior poder de explicar a variância) (Cronbach, 1996; Sven, 1990).

A principal forma através da qual esse tipo de validação é atestado é a análise da representação comportamental do construto, cujo interesse está centrado na qualidade estatística dos testes. A análise desses parâmetros baseia-se em duas técnicas distintas: a análise de precisão e a análise fatorial do instrumento. A primeira visa a investigar a homogeneidade dos itens que compõem o instrumento e a segunda, a quantidade de construtos necessários para explicar as covariâncias desses itens (Pasquali, 2001).

O conceito de precisão ou fidedignidade de uma medida psicológica está ligado ao conceito de variância de erro (variabilidade produzida por fatores alheios ao construto) e se refere ao quanto um escore obtido em um determinado momento se aproxima de características estáveis do sujeito. O coeficiente de precisão pode ser calculado por diferentes técnicas, conforme a especificidade do teste (dimensionalidade, forma de resposta, etc.). Dentre essas técnicas, estão a precisão teste-reteste, a precisão de formas alternativas (paralelas) e a consistência interna (por duas metades, pela equação de Kuder-Richardson ou pelo *Alpha* de Cronbach, uma variante da técnica de Kuder-Richardson).

A mais utilizada para avaliação de medidas escalares é o cálculo do *Alpha* de Cronbach. Esse índice indica quais itens têm maior correlação com o escore total da escala e, portanto, maior qualidade psicométrica. Assim, sugere quais itens potencialmente são mais confiáveis e quais tenderiam a produzir resultados instáveis, caso permaneçam no instrumento. No entanto, para que o *Alpha* possa ser utilizado um critério para retenção do item na versão final do teste, é preciso verificar antes a dimensionalidade do atributo, o que ocorre através de análises fatoriais.

Por meio das análises fatoriais e das equações lineares que delas resultam, pode-se avaliar a matriz de intercorrelação dos itens (comunalidade), a variância total dos escores, as cargas fatoriais (saturação) e os *eigenvalues* que são obtidos a partir das variáveis-fontes (os construtos ou traços latentes que causam a covariância dos itens). Esses resultados permitem decidir qual a forma mais adequada de agregar os itens em dimensões (se

---

<sup>14</sup> “Algebricamente, as matrizes de correlação podem ser decompostas em duas outras matrizes uma contendo os *eigenvalues* (autovalores) e outras os *eigenvectors* (autovetores). A primeira matriz terá tantos *eigenvalues* quantos forem os fatores extraídos da análise e a magnitude do *eigenvalue* está associada a variância que ele conseguiu condensar. Portanto o *eigenvalue* associa-se a importância do fator pois, dizendo de maneira não muito precisa, associa-se a quantas variáveis ele consegue agrupar” (Primi & Almeida, 2000, p.169).

conforme a teoria prévia ou através de uma nova distribuição) e quais itens devem ser eliminados do instrumento.

### **3.2. Análise da representação comportamental do construto**

#### **3.2.1. Projeto piloto I**

Inicialmente, as escalas que compõem a bateria foram aplicadas coletivamente, em sala de aula, em uma amostra de 122 participantes entre 12 e 17 anos de idade. A amostra foi selecionada aleatoriamente, através do sorteio de turmas escolares em instituições gaúchas da rede de ensino público, localizadas na região metropolitana. O objetivo desse piloto era testar os procedimentos de administração dos instrumentos na coleta válida e modificar previamente orientações e condutas ineficazes para o *rapport* e as demais etapas da pesquisa. Por sugestão de pesquisadores da área, a bateria completa (ou seja, o total das cinco escalas) foi aplicada em todos os participantes do projeto piloto, a fim de investigar as correlações entre os construtos. No entanto, as análises mostraram que esse procedimento não era o mais adequado, pois muitas escalas eram invalidadas devido às altas correlações intra-itens ou à frequência de itens não respondidos. Por essa razão, optou-se por realizar um novo estudo piloto com a aplicação de cada uma das escalas da bateria de forma independente às demais.

#### **3.2.2. Projeto piloto II**

Um novo estudo piloto foi executado com 103 adolescentes de 12 a 17 anos de idade, alunos de uma escola pública de Porto Alegre. Nessa etapa do projeto, as coletas eram realizadas com a aplicação de duas ou, no máximo, três escalas que compõem a bateria, conforme tempo disponível e interesse do adolescente. As coletas eram realizadas pela pesquisadora e por alunos treinados para essa tarefa, previamente envolvidos na pesquisa. As aplicações ocorriam em sala de aula, durante o período escolar. A ordem da administração dos instrumentos era aleatória.

Como nas demais coletas, a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido foi solicitada a um dos responsáveis legais do adolescente. Esse termo foi elaborado com o objetivo de atender aos preceitos éticos previstos pelo Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/1996) e pelo Conselho Federal de Psicologia (Resolução 016/2000), órgãos que regulam a questão da ética na pesquisa psicológica. Uma cópia do termo encontra-se no Anexo K e uma cópia da carta de aprovação do projeto submetido à

---

avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre encontra-se no Anexo L.

### **3.2.3. Coleta de dados para avaliação da dimensionalidade e precisão dos instrumentos**

#### **3.2.3.1. Amostra**

Após a análise dos resultados do piloto, a coleta efetiva dos dados para validação de construto das escalas foi realizada com 4033 adolescentes (51% do sexo feminino e 49% do sexo masculino), na faixa entre 11 e 17 anos de idade (média = 14,4 anos, d.p. = 1,72). O número de participantes desse estudo foi definido de acordo com o total de itens que compunham os instrumentos no momento da coleta. O cálculo do tamanho amostral seguiu o critério da “razão itens/participantes”, usualmente utilizado quando são necessárias análises fatoriais (Pasquali, 1999). Esse critério recomenda que o número de participantes seja cinco vezes maior do que o número de itens quando a dimensionalidade do teste já é conhecida. Já no caso de estudos que requerem análises exploratórias, como é o caso desse estudo, é indicado que cada escala seja respondida por um número de sujeitos dez vezes maior do que o número de itens que compõem o instrumento.

Pelo critério “item/razão”, foi previsto inicialmente que a escala de atenção e atividade motora deveria ser respondida por 630 participantes, a escala de humor, por 910 participantes, a escala de ansiedade por 850 participantes, a escala de pensamento, por 880 participantes e a escala de conduta social, por 1050 participantes. Contudo, foi possível a constituição de amostras maiores que o previsto. A escala de atenção e atividade motora foi respondida por 961 participantes (idade média = 14,3; d.p. = 1,68), a escala de humor, por 1093 participantes (idade média = 14,4; d.p. = 1,72), a escala de ansiedade por 1054 participantes (idade média = 14,3; d.p. = 1,70), a escala de pensamento, por 1022 participantes (idade média = 14,2; d.p. = 1,68) e a escala de conduta social, por 1172 participantes (idade média = 14,8; d.p. = 1,66). Ao total, 5.302 escalas foram coletadas e consideradas válidas para validação de construto. A Tabela 4 apresenta a caracterização da amostra composta para essa etapa do estudo.

Tabela 04

Características Demográficas da Amostra Composta para Validação de Construto de Cada Escala e da Amostra Total do Estudo

		Amostra Ansiedade <sup>a</sup>		Amostra Humor <sup>a</sup>		Amostra Conduta <sup>a</sup>		Amostra Atenção/Atividade motora <sup>a</sup>		Amostra Pensamento <sup>a</sup>		Amostra Total <sup>a</sup>	
		%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Sexo	Masc.	527	50	456	45,9	558	47,6	466	49,1	555	49,9	1860	48,9
	Femin.	527	50	537	54,0	614	52,3	482	50,8	567	50,1	1943	51,1
Idade	11	41	3,9	31	3,1	49	4,1	31	3,2	43	3,8	146	3,8
	12	144	13,8	144	14,5	90	7,6	138	14,6	150	13,3	516	13,6
	13	184	17,6	131	13,2	107	9,1	140	14,8	193	17,2	538	14,2
	14	173	16,6	148	14,9	159	13,5	165	17,9	220	19,6	628	16,6
	15	204	19,5	166	16,7	265	22,6	180	19,0	107	18,4	713	18,8
	16	175	16,7	220	22,1	304	25,9	190	20,1	180	16,0	770	20,4
	17	121	11,6	152	15,3	196	16,7	99	10,4	129	11,4	463	6,8
Escola	Pública	1052	99,8	795	80,2	780	66,3	931	98,2	1130	99,8	3203	82,7
	Particular	02	0,2	196	19,2	395	33,7	17	1,8	02	0,2	669	17,2
Série	5 <sup>a</sup> . Ens. Fundam.	129	12,2	25	2,5	54	4,5	104	10,9	136	12,0	305	7,8
	6 <sup>a</sup> . Ens. Fundam.	171	16,2	156	15,9	135	11,4	188	19,8	198	17,4	657	16,9
	7 <sup>a</sup> . Ens. Fundam.	250	23,6	199	20,2	76	6,4	153	16,1	210	18,5	636	16,4
	8 <sup>a</sup> . Ens. Fundam.	246	23,3	69	7,0	121	10,2	191	20,1	275	24,2	702	18,1
	1 <sup>o</sup> . Ens. Médio	118	11,1	116	11,8	207	17,5	148	15,6	144	12,7	528	13,6
	2 <sup>o</sup> . Ens. Médio	103	9,7	238	24,2	316	26,8	118	12,4	116	10,2	642	16,5
	3 <sup>o</sup> . Ens. Médio	38	3,6	178	18,1	268	22,7	46	4,8	54	4,7	401	10,3

Nota: a) valor referente ao percentual válido (excetuado os *missing*)

Quanto à diferenciação de classe social dos participantes, o critério para distinguir categorias sociais foi o tipo de escola na qual o participante estava matriculado (pública ou particular). Embora esse seja um critério discutível, uma vez que a escolha da escola dos filhos depende de diversas contingências (disponibilidade econômica, viabilidade de acesso, políticas governamentais de fomento à educação, qualidade da escola, interesse do adolescente, ideologia parental, etc.), considerou-se que esse era um dado factível e facilmente acessível. A coleta de dados específicos sobre a situação social familiar demandaria o acesso a informações que os adolescentes muitas vezes desconhecem e que os adultos frequentemente respondem de forma evasiva. Para controlar o nível de escolaridade, foram excluídos do estudo adolescentes que apresentavam uma defasagem escolar superior a dois anos.

### **3.2.3.2. Instrumentos e procedimentos**

Participaram da coleta alunos de dezessete escolas da região de Porto Alegre e Grande Porto Alegre (três de Montenegro e cinco de Novo Hamburgo). A coleta foi realizada em sala de aula, em grupos de, no máximo, 40 alunos. Operacionalmente, a administração dos instrumentos incluía uma breve explicação coletiva sobre os objetivos do estudo, a leitura conjunta das instruções, eventuais explicações adicionais solicitadas e o preenchimento das escalas pelo próprio participante. Previamente, fora solicitado a assinatura de um prévio consentimento livre e esclarecido de um responsável legal pelo adolescente (Anexo K). Os adolescentes foram esclarecidos antes do início da testagem que sua participação era voluntária, que a divulgação dos resultados era anônima e que eles poderiam interromper sua participação em qualquer momento da coleta.

Em vista das considerações do estudo piloto, o plano de trabalho delineado para coleta de validação de construto previa a aplicação de um número máximo de três escalas a serem respondidas por cada participante, de acordo com sua disponibilidade e interesse. No entanto, em razão do tempo oferecido pelas escolas, geralmente a coleta incluía o preenchimento de até duas das cinco escalas (apresentadas no Anexo H). Os testes aplicados em cada sala eram escolhidos aleatoriamente ou de acordo com o número necessário para completar a razão 10 participantes/item da escala.

Para aumentar a adesão das escolas à proposta da pesquisa, fora oferecido, através da universidade, um curso de extensão gratuito sobre desenvolvimento juvenil e práticas educativas aos professores e demais funcionários das escolas que consentissem com a participação dos alunos na pesquisa. Além disso, foi contratada com as escolas uma posterior discussão dos resultados da tese.

As aplicações foram conduzidas pela pesquisadora, por alunos de Psicologia e por psicólogos voluntários que compunham a equipe de trabalho desse estudo. Os membros da equipe receberam treinamento para coleta e foram convidados a participar de seminários teóricos oferecidos pela pesquisadora sobre fundamentos da construção de medidas psicológicas e sobre aspectos clínicos dos construtos abordados no trabalho de tese.

### **3.2.4. Tratamento e análise dos dados**

Para analisar as características psicométricas das escalas criadas, duas técnicas estatísticas foram utilizadas. Uma para investigar a estrutura fatorial dos instrumentos (análise fatorial) e outra para avaliar sua consistência interna (precisão). Através das análises fatoriais exploratórias (Rotação Varimax) realizadas, foi possível identificar quais

os itens tinham pertinência estatística com o construto avaliado e eliminar os demais. Para o cálculo fatorial de cada escala, considerou-se como critério de retenção do fator a necessidade que seu *Eigenvalue* fosse maior que 1. Os gráficos da dispersão de fatores (*scree plots*) orientaram quais seriam as melhores soluções fatoriais estatisticamente; no entanto, o número final de fatores das escalas foi estabelecido considerando qual solução fatorial apresentava a melhor compreensão teórica do agrupamento dos itens. Os itens que obtiveram carga fatorial maior que 0,35 permaneceram retidos na versão final das escalas; a permanência dos itens com uma carga fatorial entre 0,30 e 0,34 foi condicionada à coerência teórica da sentença com o fator, à sua relevância clínica e ao fato de seu conteúdo não ter sido coberto por outros itens daquele fator.

Definido os itens da versão final das escalas, a pertinência teórica dos fatores foi submetida novamente à validade de conteúdo de cinco *experts* das áreas da Psicologia, Psiquiatria ou Neuropediatria, com prática em avaliação clínica. Esse procedimento teve como propósito auxiliar a compreensão clínica do agrupamento dos itens. A partir disso, foram calculadas as médias, desvios-padrão e os *Alphas* de Cronbach das escalas.

### 3.2.5. Resultados e discussão

Os principais resultados encontrados nesse estudo foram sistematizados nas Tabelas 5 e 6 e serão descritos e discutidos em tópicos específicos a seguir. A Tabela 6 especifica as melhores soluções fatoriais encontradas para cada escala.

Tabela 5

Propriedades psicométricas das escalas

Escala	N <sup>o</sup> Itens	N <sup>o</sup> Fatores	% Variância Total Explicada	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	64	2	19,88	Fator 1: 134,8 Fator 2: 41,9	Fator 1: 32,40 Fator 2: 7,88
Humor	79	3	27,65	Fator 1: 99,5 Fator 2: 66,1 Fator 3: 41,0	Fator 1: 28,79 Fator 2: 10,19 Fator 3: 11,98
Atenção/ Atividade Motora	46	3	25,62	Fator 1: 64,33 Fator 2: 34,17 Fator 3: 35,09	Fator 1: 16,11 Fator 2: 6,47 Fator 3: 8,91
Conduta Social	80	3	23,41	Fator 1: 73,3 Fator 2: 85,5 Fator 3: 47,3	Fator 1: 23,10 Fator 2: 13,89 Fator 3: 12,63
Pensamento	67	2	23,13	Fator 1: 99,0 Fator 2: 103,8	Fator 1: 24,72 Fator 2: 18,55

Tabela 6  
Soluções Fatoriais das Escalas

Escala	Nº Fatores	Fatores	<i>Eigen value</i>	Variância Explicada (%)	<i>Alpha</i> de Cronbach
Humor	3	I: humor deprimido	14,33	17,92	0,93
		II: bem-estar subjetivo	4,74	5,92	0,81
		III: mania e risco de suicídio	3,05	3,81	0,80
Ansiedade	2	I: indicador de ansiedade	10,19	15,92	0,92
		II: controle da ansiedade	2,53	3,96	0,62
Atenção/ atividade motora	3	I: desatenção	7,02	15,27	0,86
		II: controle de funções executivas	2,55	5,54	0,63
		III: hiperatividade/impulsividade	2,22	4,82	0,73
Pensamento	2	I: fenômenos cognitivos e sensoriais	11,84	17,40	0,90
		II: ações compulsivas	3,90	5,23	0,87
Conduta social	3	I: comportamento anti-social	14,11	14,82	0,92
		II: comportamento pró-social	5,64	5,38	0,83
		III: Desafio-oposicionismo	2,96	2,81	0,84

### 3.2.5.1 Resultados das Análises Fatoriais e da Consistência Interna da Escala de Ansiedade.

A análise fatorial exploratória realizada indicou, através do *scree plot* (Figura 6), que a melhor solução era a extração de dois fatores. Análises alternativas foram realizadas considerando também a possibilidade de um, três e quatro fatores agruparem de forma mais adequada os itens da escala. No entanto, a extração de um único fator implicava dois inconvenientes: a eliminação de indicadores clínicos teoricamente importantes (visto que apenas 41 itens tinham carga fatorial maior que 0,35) e a exclusão dos todos itens de sentido oposto à indicação de ansiedade, o que supostamente poderia produzir um viés sobre os escores (efeito de leniência ou abrandamento). As análises de três e quatro fatores incluíam, nos últimos fatores, itens de agorafobia/pânico e dificuldades relacionadas à exposição social. Porém, esses itens agrupavam-se a indicadores de sintomas difusos de ansiedade que eram representados também no Fator 1. Essa sobreposição tornava as dimensionalidades do construto teoricamente confusas e, conseqüentemente, os coeficientes de consistência interna (*Alphas* de Cronbach) insatisfatórios (menores que 0,32). Assim, as análises teóricas corroboraram a hipótese formulada a partir do *scree plot* de que a extração de dois fatores era a melhor solução nesse caso. Os itens agrupados no

primeiro fator podem ser considerados indicadores diretos de ansiedade e os do segundo fator itens referentes a indicadores da capacidade de controle da ansiedade.

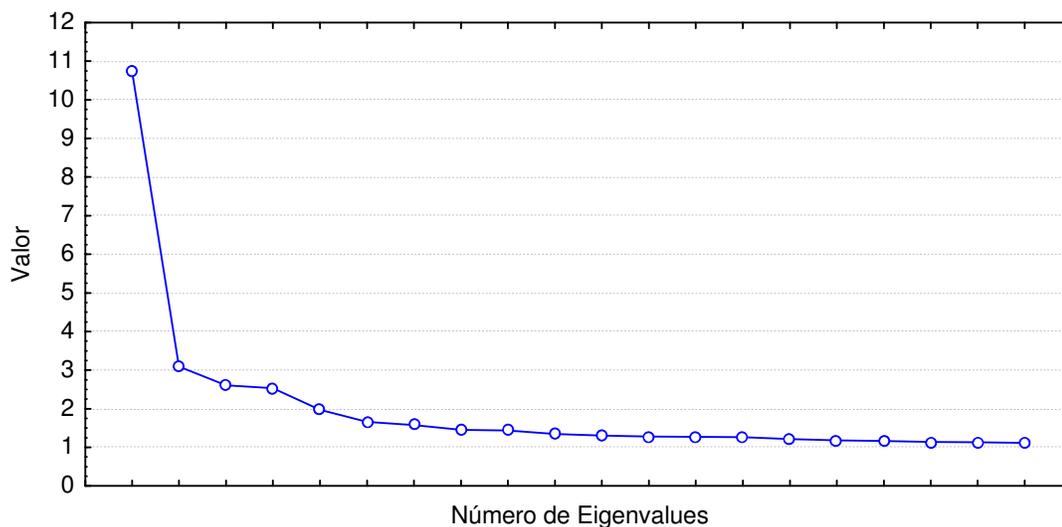


Figura 6. *Scree Plot* da Escala de Ansiedade

Com uma solução de dois fatores, 64 itens permaneceram na versão final da escala, explicando 19,89% da variância total. Cinquenta e um itens agruparam-se no primeiro fator, que obteve um *eigenvalue* igual a 10,19 e foi responsável pela explicação de 15,92% da variância total das respostas. O Fator 2 apresentou um *eigenvalue* igual a 2,53 e agrupou 13 itens, explicando 3,96% da variância. Na Tabela 7, observa-se as matrizes fatoriais, compostas pelos itens que constituíram cada fator na versão final do instrumento de avaliação da ansiedade. Os itens aparecem organizados de acordo com a ordem decrescente de sua carga fatorial. A matriz fatorial com todos os itens que constituíram a versão preliminar da escala está descrita no Anexo M e a comunalidade dos itens, no Anexo N. A versão definitiva da escala, com os itens classificados conforme a sua ordem final de apresentação, pode ser verificada no Anexo Z.

Tabela 7

## Matrizes Fatoriais da Escala de Ansiedade

Item	Carga Fatorial: Fator 1	Carga Fatorial: Fator 2
77	0,57	
68	0,53	
79	0,53	
69	0,53	
51	0,52	
61	0,51	
80	0,51	
54	0,51	
73	0,51	
85	0,51	
11	0,49	
50	0,48	
48	0,48	
60	0,48	
40	0,48	
15	0,47	
71	0,47	
29	0,47	
49	0,47	
67	0,46	
66	0,46	
78	0,46	
34	0,45	
72	0,45	
36	0,45	
13	0,44	
26	0,44	
53	0,43	
63	0,42	
31	0,42	
42	0,41	
07	0,41	
12	0,40	
28	0,40	
14	0,40	
16	0,39	
09	0,39	
81	0,38	
70	0,37	
82	0,36	
44	0,36	
58	0,36	
74	0,34	
33	0,34	
62	0,33	
76	0,33	
38	0,33	
47	0,33	
84	0,31	
23	0,30	
35	0,29	
37		0,47
43		0,44
52		0,41
59		0,39

21	0,38
41	0,37
55	0,37
08	0,35
32	0,35
39	0,35
01	0,32
46	0,32
27	0,30

As médias, desvios-padrão do escore total da escala e a consistência interna dos fatores são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8

## Resultados Descritivos da Escala de Ansiedade

	Nº Itens	Média	Desvio-padrão	Alpha de Cronbach	Correlação média inter-item
Fator 1	51	134,8	32,40	0,92	0,17
Fator 2	13	41,9	7,88	0,62	0,10

Testes de comparação de médias foram executados para verificar se as variáveis demográficas investigadas influíam nos escores. Os resultados mostraram que a única variável que produziu diferenças foi o sexo do participante (Fator 1:  $t=3,21$ , g.l.=713,  $p<0,01$ ; Fator 2:  $t=3,11$ , g.l.=896,  $p<0,06$ ). Esse dado indica a necessidade da criação de tabelas distintas para levantamento e interpretação dos escores de meninos e meninas na normatização da escala. De acordo com o esperado, a média obtida no grupo feminino foi maior que no grupo masculino nos dois fatores

Tabela 9

## Médias e Desvio-padrão nos Fatores da Escala de Ansiedade por Sexo

	Média masculina	Média feminina	D.p. masculino	D.p. feminino
Fator 1	129,3	136,8	31,89	30,68
Fator 2	35,0	36,7	7,93	7,94

Análises de variância realizadas não mostraram interações significativas entre sexo e as variáveis idade, tipo de escola e série. (Fator 1:  $F_{14, 691}=1,41$ ,  $p<0,14$ ; Fator 2:  $F_{15, 896}=1,31$ ,  $p<0,16$ ). A realização de Testes  $t$  mostrou que as meninas apresentaram escore significativamente maior nos itens 15, 23, 36, 40, 47, 48, 50, 54, 58, 67, 70, 73, 74, 81, 84

e 85 ( $p < 0,05$ ). Os meninos obtiveram um escore significativamente maior nos itens 20, 41, 52, 55 e 59 ( $p < 0,01$ ), todos esses com maior carga fatorial no fator Controle da Ansiedade.

Quanto à distribuição das respostas, análises de dispersão mostraram que a escala teve distribuição normal (*Liliefors*  $p < 0,01$ ). O Fator 1 apresentou assimetria de 0,25 e curtose de -0,19. No Fator 2 esses índices foram, respectivamente, iguais a 0,02 e -0,22. As Figuras 7 e 8 apresentam, na seqüência, os gráficos de distribuição das respostas do Fator 1 e do Fator 2 da Escala de Ansiedade.

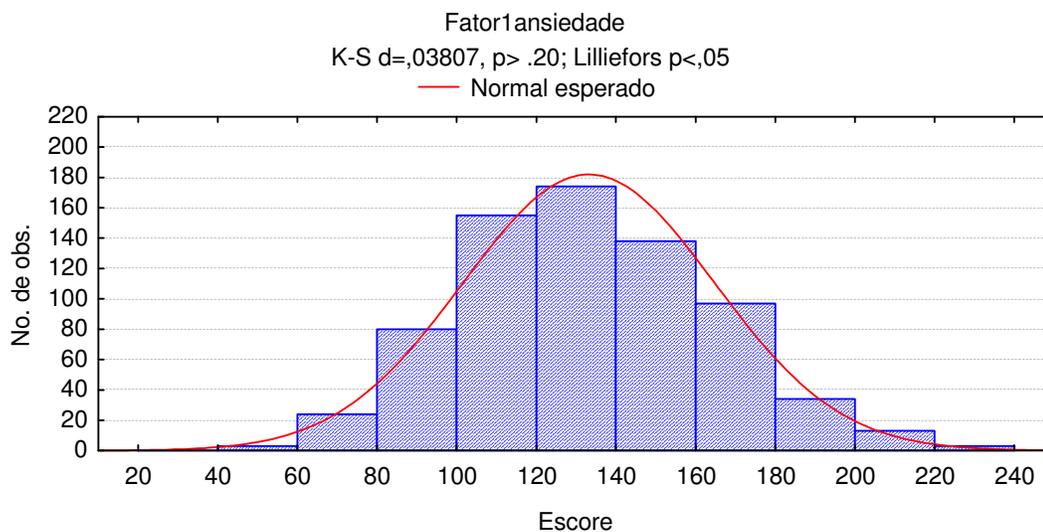


Figura 7. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 1 da Escala de Ansiedade

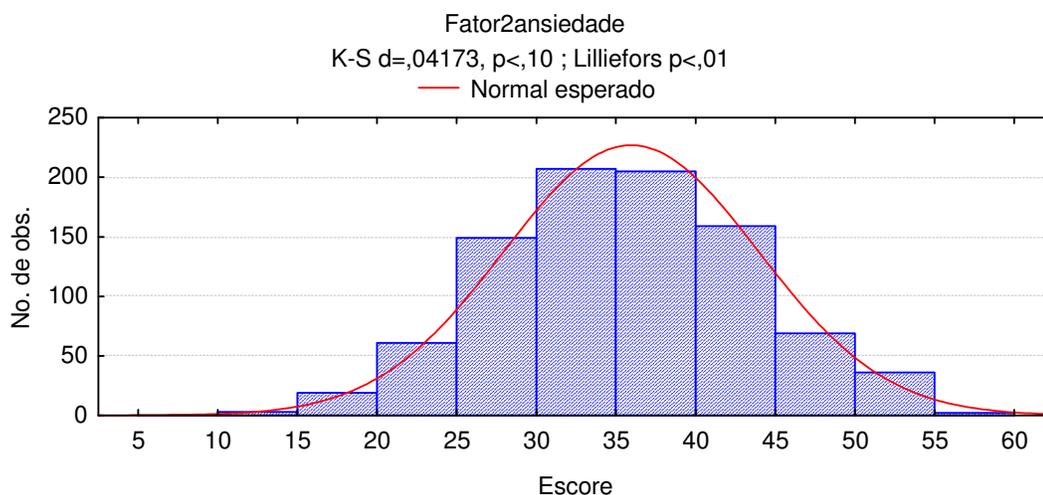


Figura 8. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 2 da Escala de Ansiedade

### 3.2.5.2. Compreensão Teórica dos Fatores da Escala de Ansiedade

A análise de conteúdo das sentenças agrupadas pelas matrizes fatoriais revela que os itens do Fator 1 referem-se a descrições diretas de sintomas ansiosos e os do Fator 2, a marcadores da capacidade de controle da ansiedade. Nos dois fatores, há itens que são indicadores difusos de ansiedade e também itens que são indicadores de quadros específicos, como pânico e fobias.

Os itens do Fator 1 são associados, principalmente, a alterações de pensamento, humor e reações autonômicas típicas dos transtornos ansiosos. Envolvem preocupação antecipatória, avaliação supostamente superestimada de riscos, sensação de desrealização (todos esses, indicadores de alterações do pensamento). Abrangem também, estado de tensão, sentimentos de autocondenação, necessidade de deferência a pessoas que o adolescente julga ser mais competente, baixa crença de auto-eficácia, medo da perda de autocontrole (indicadores de humor) e alterações somáticas (calafrio, choro, falta de ar, tremor, problemas gástricos, dores musculares, palpitações e tontura).

Um aspecto que agrega os itens retidos na escala é o fato desses itens descreverem, em geral, processos cognitivos que envolvem avaliação de supostas ameaças ou percepção de alterações corporais decorrentes da sensação de perigo. Essa compreensão teórica baseia-se na definição apresentada por Murriss e colegas (2003) sobre a dimensionalidade da ansiedade. Segundo os autores, a ansiedade envolve comportamentos relacionados à consciência de alterações corporais (motoras e viscerais) e componentes metacognitivos relacionados à apreensão e antecipação de perigo. Conforme se observa, todos os itens da escala podem ser enquadrados nessa definição, embora o Fator 1 refira-se mais especificamente a marcadores diagnósticos de diferentes quadros de ansiedade e o Fator 2, a marcadores que indicam controle da ansiedade.

A valorização dos aspectos cognitivos do adolescente durante avaliação clínica é uma consideração importante no estudo evolutivo da ansiedade, pois a metacognição parece ser um mediador da incidência e do curso dos quadros de ansiedade, sobretudo a partir da adolescência (Foley & cols., 2005; Holmes & cols., 2005; Kindt & Engelhard, 2005; Tuna & cols., 2005). Os processos cognitivos descritos nos itens retidos estão estreitamente relacionados à autoconsciência e à capacidade de abstração reflexionante, habilidades mentais cujo desenvolvimento é esperado na adolescência. Nesse sentido, é interessante considerar que as reações somáticas são os sintomas mais frequentes de ansiedade observados na avaliação clínica infantil (Asbahr, 2004; APA, 2002) e estão diretamente relacionados a quadros que tendem a apresentar um curso estável, como as fobias específicas (Manfro & cols., 2002, 2003). Já os quadros que requerem maior uso da

metacognição, como o Transtorno de Ansiedade Generalizado e a Fobia Social tendem a apresentar um curso mais inespecífico, mais incapacitante e com maior risco de comorbidade ao longo do desenvolvimento (Ameringen & cols., 2003; Bernstein & cols., 1996; Heim & Nemeroff, 1995). Ocorre que à medida que o adolescente tem mais recursos para antecipar possíveis conseqüências aversivas de seus comportamentos, torna-se mais crítico e autovigilante em relação à sua conduta social. Conseqüentemente, mais vulnerável à avaliação de terceiros.

Processos cognitivos possivelmente estão relacionados também a disfunções de circuitos neurais envolvidos na gênese dos diferentes sintomas ansiosos. No caso da Fobia Social, por exemplo, os estudos freqüentemente encontram evidências de alterações no núcleo estriado e na amígdala dos indivíduos que apresentam esse diagnóstico (Bahars, 2002). Em específico, pacientes com Fobia Social tendem a apresentar uma ativação exagerada das estruturas temporais mediais durante a exposição a imagens de faces humanas. Este resultado sugere a existência de um sistema hipersensível na avaliação de ameaças que a exposição a faces humanas desencadeia. Esse sistema envolve um componente cognitivo que é moderado pela regulação da amígdala, responsável pelas reações autônomas de luta e fuga que caracterizam a fobia social (sudorese, taquicardia, etc). Na Fobia Específica e no Transtorno de Pânico, a avaliação hipersensível de possíveis ameaças também ocorrem e parece ser ativada pelo córtex sensorial e pela amígdala, no caso da fobia, e por disfunções da amígdala, do hipocampo, do pára-hipocampo e de regiões pré-frontais, no caso do Pânico. Em contrapartida, no TOC, um transtorno ansioso que envolve com menor freqüência sintomas somáticos, alterações neurais parecem ser associadas ao córtex orbitofrontal, aos núcleos da base e ao tálamo, mas não à amígdala (Rauch & Savage, 1998; Turkey & cols., 2002). Essas evidências sugerem que a amígdala é uma estrutura importante para expressão da ansiedade; contudo a caracterização dos diferentes quadros ansiosos parece depender do envolvimento de outros neurocircuitos, alguns diretamente relacionados a processos cognitivos que envolvam funções executivas e memória.

Parece ser indubitável o fato de que a ansiedade é determinada por múltiplos fatores, além das alterações neurobiológicas. Essau e seus colaboradores (2002) mostram que a idade, a ocorrência de somatizações e a vivência prévia de eventos negativos são fatores importantes para predição do curso dos transtornos ansiosos. Contudo, é possível que também esses preditores possam ser associados pelos processos cognitivos que envolvem. É descrito, por exemplo, na literatura que o apoio social e a responsividade parental atuam como fatores de proteção à manifestação da ansiedade juvenil. Outros

estudos complementam que mais importante que o apoio em si, é a percepção que o adolescente tem sobre o apoio recebido (Reppold & cols., 2004). Nesse sentido, os resultados da tese que evidenciam o efeito dos aspectos metacognitivos sobre a ansiedade enfatizam a relevância da consideração desses aspectos na avaliação clínica, sobretudo para a elaboração das diretrizes de tratamento.

Outro dado a ser discutido é a diferença sexual observada na comparação da média dos escores. As adolescentes apresentaram maiores escores nos fatores ‘indicadores de ansiedade’ e ‘controle da ansiedade’ do que os participantes do grupo masculino. Esse dado vem ao encontro da literatura e provavelmente está relacionado à transmissão social do papel sexual feminino. Socialmente, as meninas tendem a ser mais reforçadas ao discriminar comportamentos privados (sentimentos, pensamentos, sensações), identificar as contingências que os determinam (p.ex., alterações nas interações sociais, exposição a situações aversivas, alterações corporais) e expor entre seus pares essas percepções. Assim, tendem a adquirir um padrão de resposta mais sensível à avaliação de terceiros, a desenvolver empatia com mais frequência e a manifestar mais indicadores de ansiedade. Nessa direção, o estudo de Myers e Thompson (2000), constatou que, diante de eventos estressores, as meninas tendem a adotar com maior frequência estratégias de *coping* focalizadas na emoção (por exemplo, distração, evitação, expressão de afeto, retraimento social, busca de apoio emocional), em detrimento às estratégias focadas na resolução ativa do problema (busca de informação, solução cognitiva de problemas, reestruturação cognitiva, etc).

Contudo, uma análise mais detalhada dos dados da tese revela que os itens da escala que apresentam maiores diferenças entre os sexos (maior escore do grupo feminino) são os que descrevem alterações somáticas típicas da ansiedade, fobias específicas ou sintomas associados a dificuldades de separação. Ocorre que tanto a ansiedade de separação, quanto as fobias específicas são transtornos mais incidentes na infância, têm baixo índice de remissão e são associados principalmente a reações somáticas. Assim, é possível hipotetizar que a incidência precoce dos indicadores de ansiedade esteja relacionada a um padrão de descrição dos sintomas ansiosos que valorize a percepção de alterações somáticas. O estudo de Lam e colegas (no prelo) indica que a descrição de sintomas psicopatológicos é um comportamento operante e por isso depende de padrões de reforçamento social que podem privilegiar sintomas somáticos em determinadas culturas e em outras, sintomas psicológicos. Outra hipótese que poderia explicar porque as meninas apresentarem maior média nos itens vegetativos é o fato delas estarem mais atentas a

reações somáticas em razão de periodicamente sofrerem alterações corporais relacionadas ao ciclo menstrual.

Por fim, deve-se enfatizar que a ansiedade tem um potencial adaptativo e que escores muito baixos nessa escala podem ser indicativos de risco. Assim, a interpretação dos escores deve ser feita a partir de uma análise funcional dos comportamentos descritos nas sentenças. Em contexto clínico, recomenda-se considerar a frequência e duração da manifestação dos comportamentos ansiosos e também os prejuízos que esses implicam à adaptação social do adolescente. Ressalta-se que, embora a escala destine-se a uma avaliação quantitativa do nível de ansiedade dos adolescentes, uma interpretação qualitativa dos itens que obtiveram pontuação muito alta podem auxiliar a compreensão da dinâmica dos casos clínicos e a orientação das diretrizes de tratamento.

### 3.2.5.2 Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Humor.

Para escala de humor, as análises fatoriais exploratórias indicaram no *scree plot* que as melhores solução estatísticas eram a extração de até quatro fatores (Figura 9). Contudo, foi definido pela análise de conteúdo dos itens que a solução de três fatores era a que apresentava melhor coerência teórica. Nesse arranjo, o Fator 1, com 41 itens, apresentou um *eigenvalue* igual a 14,33 e foi responsável pela explicação de 17,92% da variância total. O Fator 2 agregou 17 itens, teve *eigenvalue* igual a 4,74 e um índice de variância explicada igual a 5,92%. Já o Fator 3, com 21 itens e um *eigenvalue* igual a 3,05, foi responsável pela explicação de 3,81% da variância. Assim, a escala ficou composta por 79 itens e uma variância total explicada de 27,65%.

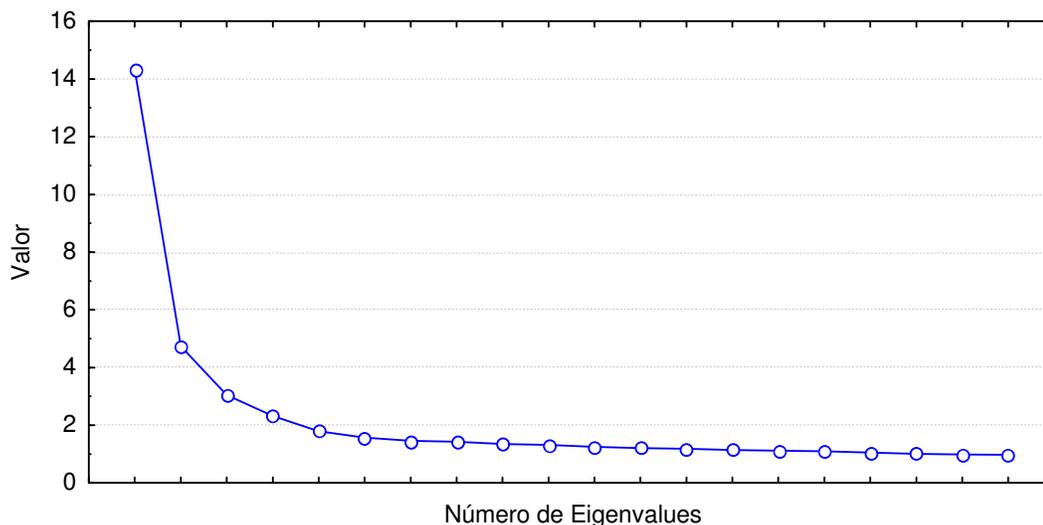


Figura 9. *Scree Plot* da Escala de Humor

Os itens agrupados no Fator 1 referem-se a indicadores de humor deprimido; os do Fator 2 são marcadores de bem-estar subjetivo; os do Fator 3, indicadores de mania e risco de suicídio. Na Tabela 10, encontram-se descritas as matrizes fatoriais da escala de humor, com as sentenças de cada fator apresentadas na ordem decrescente de sua carga. A matriz fatorial com todos os itens que constituíam a versão preliminar da escala pode ser observada no Anexo O e a comunalidade dos itens, no Anexo P.

Tabela 10

Matrizes Fatoriais da Escala de Humor

Item	Carga Fator 1	Carga Fator 2	Carga Fator 3
33	0,71		
12	0,68		
26	0,68		
09	0,67		
20	0,67		
38	0,66		
14	0,62		
75	0,60		
25	0,57		
27	0,55		
64	0,54		
07	0,51		
15	0,51		
10	0,50		
46	0,50		
03	0,49		
04	0,49		
16	0,49		
43	0,48		
81	0,48		
63	0,47		
41	0,46		
23	0,45		
58	0,44		
22	0,44		
66	0,44		
70	0,43		
44	0,43		
79	0,42		
69	0,40		
67	0,40		
54	0,39		
59	0,39		
86	0,36		
62	0,35		
56	0,35		
90	0,34		
68	0,34		
28	0,33		
50	0,33		

08	0,32	
53		0,59
78		0,59
76		0,55
01		0,54
61		0,53
47		0,53
29		0,47
31		0,46
42		0,46
73		0,43
02		0,42
88		0,41
24		0,40
49		0,40
11		0,36
71		0,34
65		0,30
85		0,58
32		0,45
51		0,45
52		0,44
36		0,43
60		0,43
45		0,41
72		0,40
83		0,40
74		0,40
34		0,40
37		0,39
84		0,38
77		0,37
48		0,36
80		0,36
19		0,34
35		0,33
21		0,32
40		0,30
06		0,30

O levantamento dos escores foi realizado pela soma das respostas obtidas nos itens que compõem cada fator. Não há itens a serem invertidos para contagem do escore nessa escala. Também não há indicação para contagem de um escore total com a soma dos três fatores, pois as dimensões representadas por cada fator são supostamente ortogonais e têm maior revelância clínica se analisadas em separado. Os valores da média, desvio-padrão e análise da consistência interna são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11  
Resultados Descritivos da Escala de Humor

	Nº Itens	Média	Desvio-padrão	Alpha de Cronbach	Correlação média inter-item
Fator 1	41	99,5	28,79	0,93	0,24
Fator 2	17	66,1	10,19	0,81	0,20
Fator 3	21	41,0	11,98	0,80	0,17

Houve diferenças significativas entre as médias dos participantes masculinos e femininos no terceiro fator ( $t = -2,52$ ,  $g.l.=880$ ,  $p < 0,01$ ). A média dos meninos nessa subescala foi 42,0 (d.p. 12,18) e das meninas 39,9 (d.p. 12,15). Não houve diferença entre as médias de alunos de escolas públicas e particulares. Em relação à idade, as ANOVAs mostraram interações significativas somente no terceiro fator - indicador de mania e risco de suicídio ( $F_{6,873}=3,25$ ,  $p < 0,01$ ). Quanto maior a idade, menor o escore nesse fator. Agrupada a idade em duas categorias (maiores ou menores que 15 anos), constatou-se uma interação significativa no terceiro fator entre essa variável e o sexo do participante ( $F_{3,872}=5,78$ ,  $p < 0,01$ ). A Tabela 12 apresenta as médias e desvios-padrão observadas em razão da variação de idade e da interação sexo vs categoria de idade. A Figura 10 mostra a dispersão dos escores por idade.

Tabela 12  
Médias e Desvio-padrão dos Fatores da Escala de Humor

Idade	Fator 1			Fator 2			Fator 3		
	Média	N	d.p.	Média	N	d.p.	Média	N	d.p.
11	64,0	22	24,34	68,2	23	7,95	44,6	23	15,11
12	62,2	108	19,69	68,7	108	10,59	42,3	110	13,31
13	64,0	106	16,42	68,4	110	10,99	42,1	111	11,96
14	65,0	136	18,82	67,7	137	11,30	42,3	145	11,77
15	66,1	160	17,43	69,8	162	9,58	41,7	163	12,31
16	63,6	189	19,13	68,0	192	10,56	38,8	197	10,76
17	63,4	129	19,54	68,3	130	10,15	38,4	131	10,10
Sexo vs Idade									
Masc vs >15	102,1	177	29,40	71,8	181	11,75	43,7	188	12,67
Masc vs <15	99,1	199	28,20	73,6	202	10,46	40,3	212	11,44
Femin vs >15	99,7	164	29,32	72,9	189	11,09	41,2	195	12,97
Femin vs <15	105,3	255	28,73	72,0	270	11,14	39,1	281	11,52

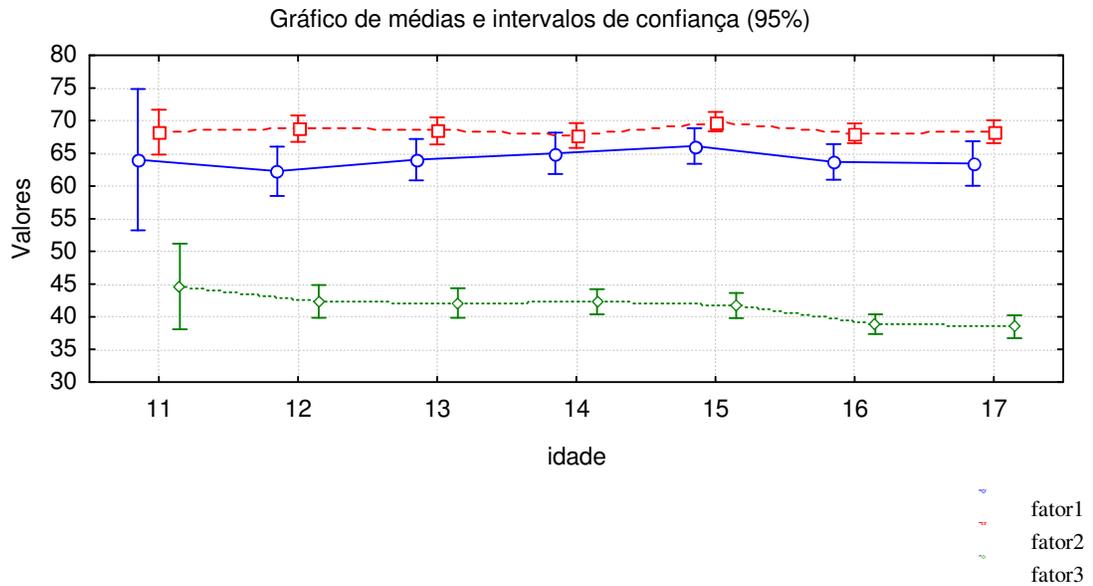


Figura 10. Dispersão das Médias nos Fatores da Escala de Humor por Idade

Quanto à distribuição das respostas, observou-se que todos fatores tiveram uma distribuição normal (Lilliefors  $p < 0,01$ ). O Fator 1 apresentou uma assimetria igual a 0,43 e uma curtose igual -0,41. O Fator 2 obteve uma assimetria igual a -0,69 e uma curtose igual a 0,34 e o Fator 3, assimetria igual a 0,76 e curtose igual a 0,41. As Figuras 11, 12 e 13 mostram os gráficos com a distribuição das respostas.

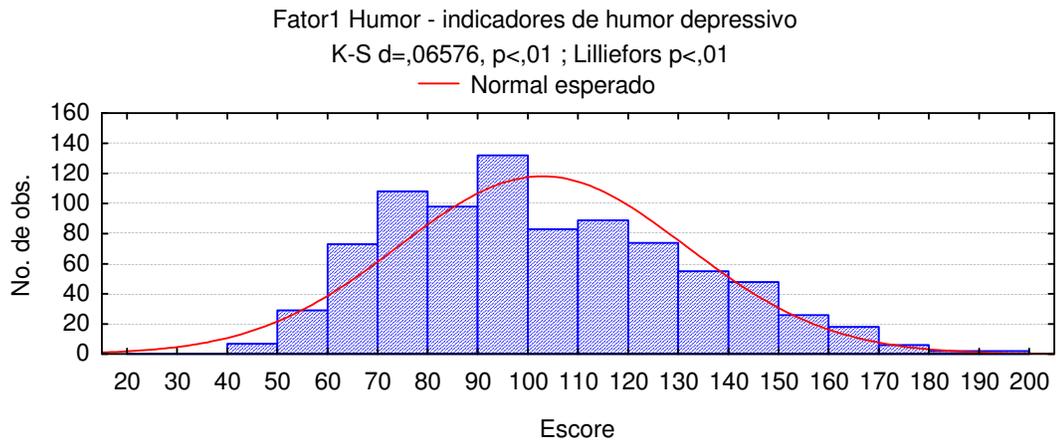


Figura 11. Histograma de Distribuição das Respostas no Fator 1 da Escala de Humor

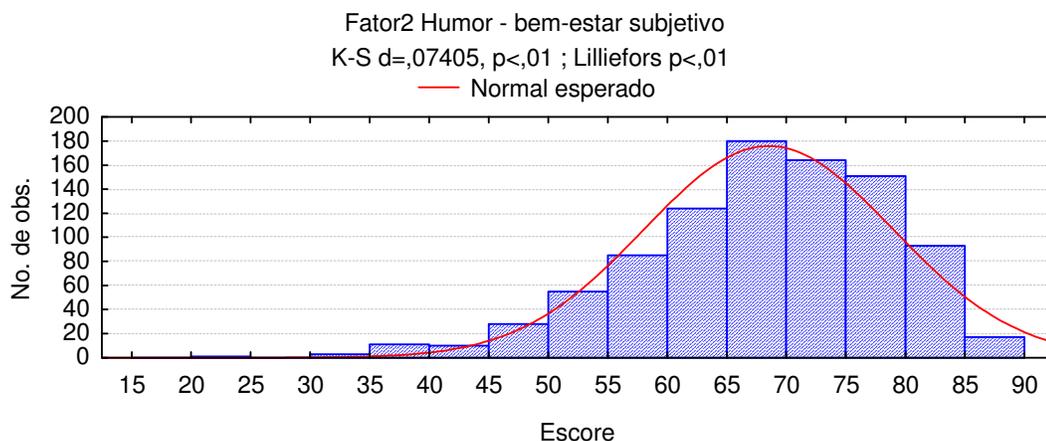


Figura 12. Histograma de Distribuição das Respostas no Fator 2 da Escala de Humor

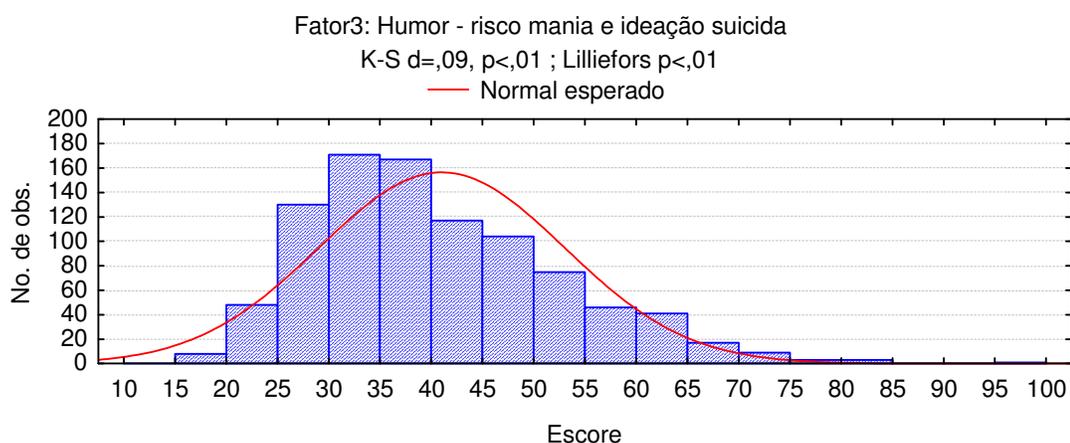


Figura 13. Histograma de Distribuição das Respostas no Fator 3 da Escala de Humor

### 3.2.6.2. Compreensão Teórica dos Fatores da Escala de Humor

A análise de conteúdo dos itens agrupados no Fator 1 permite caracterizar essa subescala como um instrumento de rastreamento de depressão, no qual um alto escore é indicador de humor deprimido. Os itens que compõem esse fator expressam comportamentos e sentimentos relacionados a sintomas de natureza afetiva, cognitiva ou vegetativa. Os sintomas afetivos são marcadores de tristeza, desânimo, apatia, labilidade emocional, irritabilidade, autopedade/autodepreciação, culpabilização, tédio, isolamento social percebido e anedonia. Os sintomas de natureza cognitiva agrupados no Fator 1 são marcadores de pessimismo/desesperança, distraibilidade, dificuldades mnêmicas e fuga de idéias. Dentre as alterações vegetativas, estão marcadores de fadiga, alterações do sono e do apetite e retardo psicomotor. Apesar do fator aparentemente cobrir uma dimensão ampla do construto, o *alpha* obtido nessa subescala revela um elevado índice de consistência interna (0,93) que ratifica a pertinência desse arranjo fatorial.

Os itens agrupados no Fator 2 têm como característica comum o propósito de avaliar aspectos relacionados ao bem-estar subjetivo. Essa dimensão engloba uma avaliação consciente que o sujeito faz sobre sua vida, seja ela considerada no todo ou a partir de subdimensões específicas, como a família, o *self* (autopercepção de características pessoais) ou o grupo social. Trata-se de um construto que abrange componentes emocionais e cognitivos. Os componentes emocionais envolvem a experiência de afetos positivos (como alegria, otimismo, contentamento, êxtase, orgulho e felicidade) e de afetos negativos (como, por exemplo, tristeza, culpa, inveja, raiva, vergonha e preocupação). O componente cognitivo envolve o julgamento do indivíduo sobre sua satisfação de vida. Na conjugação desses componentes, a indicação de bem-estar subjetivo têm sido definida nos estudos do campo da Psicologia Positiva como a constatação de um estado de humor que “denota a preponderância de afeto positivo sobre afeto negativo” (Giacomoni, 2002, p.28).

Assim, visto que os itens presentes no Fator 2 avaliam aspectos relacionados à auto-estima/orgulho pessoal (ex: itens 31, 42, 47, 71 e 73), satisfação com a vida atual e com o grupo social (ex: itens 2, 24, 29, 49 e 78), otimismo (ex: itens 61 e 88) e alegria/felicidade (ex: itens 1, 11, 53 e 76), decidiu-se por denominar esse fator de bem-estar subjetivo. Nessa subescala, altos escores podem ser considerados indício de proteção à ocorrência de depressão e baixos escores podem ser interpretados como indicadores de humor depressivo. Escores muito elevados no Fator 2, especialmente quando não há razões objetivas para isso, podem ser indicadores também de baixos níveis de aspiração, tendência à racionalização, forte espiritualidade (crença de *locus* de controle externo) e otimismo, ou uma dificuldade de identificar e enfrentar situações que suscitam afetos negativos, como tristeza ou raiva, por exemplo.

Deve-se fazer a ressalva de que, em situação psicodiagnóstica, é interessante avaliar o efeito da capacidade cognitiva do adolescente sobre os resultados do Fator 2, em especial em relação aos itens sobre auto-estima e otimismo. Isso porque um adolescente que apresenta um padrão de funcionamento cognitivo marcado pelo pensamento mágico pode avaliar de forma equivocada os recursos disponíveis e assumir estratégias de ação ineficazes para resolução de problemas (por exemplo: negação ou massiva distração cognitiva). Assim, podem, desenvolver, em longo prazo, sintomas emocionais decorrentes dessa frustração.

O terceiro fator da escala agrega itens relativos ao risco do adolescente apresentar episódios de mania e comportamento suicida. As sentenças referem-se a indicadores de envolvimento insensato em atividades perigosas (ex: itens 32, 72 e 85), falta de interesse consigo (ex: item 32 e 51), excesso de confiança/ideação de grandeza (ex: itens 06, 35 e

37), euforia (ex: itens 21 e 36), distratibilidade (ex: item 52), alterações do sono (ex: item 19), comportamentos dispendiosos (ex: item 40), impulsividade (ex: item 34), percepção de risco (ex: item 74), pensamentos niilistas, autolesivos, suicidas ou acusatórios (ex: itens 45, 77, 80, 83 e 84) e tentativa de suicídio (ex: item 60).

Em relação ao Fator 3, verificou-se que os meninos apresentaram maior escore nessa subescala. Esse resultado vem ao encontro da literatura que indica que os adolescentes tendem a apresentar maior envolvimento em atividades de risco e comportamento impulsivo (Assis & Constantino, 2005; Caballo & Simon, 2005; Souza, 1999; Spanenberg & Juruena, 2004). Nesses estudos, essa diferença sexual é justificada tanto por fatores orgânicos, quanto pela maior anuência social diante de comportamentos imprudentes apresentados por adolescentes do sexo masculino.

Constatou-se também que os escores do terceiro fator apresentam uma correlação negativa com a idade dos participantes. Esse resultado também era previsível por razões de ordem social e cognitiva. Isso porque o amadurecimento dos adolescentes implica um aumento das expectativas sociais de autocontrole (isto é, controle do comportamento impulsivo), cujo desenvolvimento depende de processos neuropsicológicos que ocorrem ao longo da adolescência e são relacionados, entre outros fatores, à maturação da região cerebral frontosubcortical.

Chama atenção o fato de não haver diferenças sexuais no Fator 1 (Humor Deprimido). Estudos indicam que as meninas, em geral, apresentam maior incidência de humor depressivo que os meninos e que essa diferença tende a aumentar ao longo da vida (Kennedy & cols., 2005; Kessler & cols., 2001; Wangby & cols., 1999). Apesar de não ter sido constatada essa diferença, os dados da amostra investigada revelaram que as meninas apresentam um escore significativamente maior na escala de indicadores de ansiedade, um importante preditor da depressão. Esse dado reforça a importância de intervenções preventivas relacionadas à depressão.

Por fim, enfatiza-se que, para utilização da escala em avaliações clínicas, os escores devem ser triangulados a informações de outras fontes e analisados sob uma perspectiva dimensional e não como indicador único de categoria nosológica. Sugere-se aos clínicos analisar se os itens que apresentam maior escores referem-se, principalmente, a queixas somáticas, cognitivas ou afetivas. Essa consideração pode ser útil para definição da diretriz de tratamento preconizada em cada caso. Em relação ao terceiro fator, altos escores nos itens relativos à ideação suicida, comportamento autolesivo ou envolvimento em atividades perigosas indicam a necessidade de uma investigação clínica mais cuidadosa, mesmo nos casos em que a avaliação quantitativa da escala indique que o escore não se enquadra em

um percentil clínico. Sugere-se ainda que seja investigada a hipótese diagnóstica de abuso de drogas quando forem observados altos escores nesse fator em situação clínica. Isso porque diversos itens do Fator 3 descrevem comportamentos que são também típicos da adição (euforia, exposição a riscos, alteração da atenção, comportamento autodestrutivo, ideação persecutória, etc).

### 3.2.7.1 Resultados das análises fatoriais e da consistência interna da Escala de Atenção/Atividade Motora

Análises fatoriais exploratórias realizadas com os 63 itens originais mostraram que, no caso dessa escala, a melhor solução fatorial era a extração de três fatores. O *scree plot* (Figura 14) sugeriu a extração de até quatro fatores, mas a avaliação teórica definiu a consideração de três fatores. O primeiro fator teve um *eigenvalue* igual a 7,02 e foi constituído por 23 itens, que explicaram 15,27% da variância total. O Fator 2, com 10 itens, teve um *eigenvalue* igual a 2,54 e uma variância explicada igual a 5,54%. Já o Fator 3, com um *eigenvalue* de 2,22, explicou 4,82% da variância total a partir de reunião de 13 itens. Assim, no total, a escala ficou composta por 46 itens e teve uma variância total explicada igual a 25,62%.

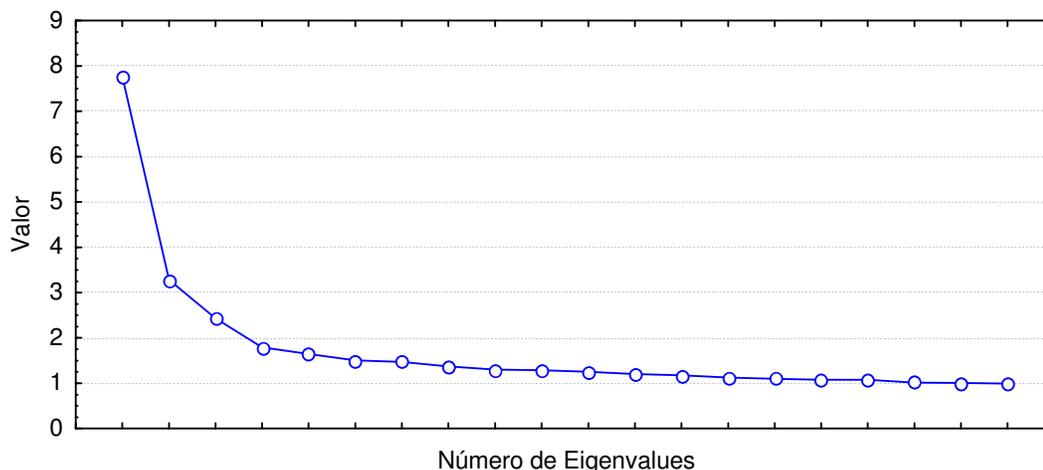


Figura 14. *Scree Plot* da Escala de Atenção/Atividade Motora

Pela análise teórica, o Fator 1 reuniu itens indicativos de comportamento desatento e o Fator 3, indicadores de hiperatividade e impulsividade. O Fator 2, denominado ‘controle de funções executivas’, agregou sentenças que representam comportamentos controlados pelas funções executivas do córtex frontal<sup>15</sup>. Para interpretação dos escores,

<sup>15</sup> Uma explicação mais detalhada sobre a compreensão teórica do fator é apresentada no tópico 3.2.7.2 da tese

optou-se por avaliar os fatores em separado e não realizar a soma de um escore total da escala, pois os fatores avaliam construtos supostamente independentes.

O levantamento dos escores de cada fator ocorreu através da soma direta dos resultados obtidos nos itens que o compõem. Não houve itens a serem invertidos para o levantamento dos resultados. Os dados sobre média, desvio-padrão e precisão dos fatores são descritos na Tabela 13.

Tabela 13

Resultados Descritivos da Escala de Atenção/Atividade Motora					
	Nº Itens	Média	Desvio-padrão	Alpha de Cronbach	Correlação média inter-item
Fator 1	23	64,3	16,11	0,86	0,21
Fator 2	10	34,1	06,47	0,63	0,14
Fator 3	13	35,0	08,91	0,73	0,17

Como se observa, os resultados da análise de precisão da escala mostraram que os fatores apresentaram boa consistência interna. Na Tabela 14, encontram-se descritas as matrizes fatoriais da escala de atenção/atividade motora, com os itens organizados em ordem decrescente pela sua carga fatorial. A matriz fatorial com todos os itens que constituíam a versão preliminar da escala pode ser observada no Anexo Q e a comunalidade dos itens, no Anexo R.

Tabela 14

Matrizes Fatoriais da Escala de Atenção/Atividade Motora

Item	Carga Fatorial Fator 1	Carga Fatorial Fator 2	Carga Fatorial Fator 3
28	0,60		
32	0,59		
37	0,56		
52	0,53		
12	0,51		
30	0,51		
57	0,51		
22	0,49		
08	0,49		
34	0,48		
23	0,48		
61	0,47		
13	0,43		
04	0,43		
09	0,42		
02	0,42		
21	0,40		
40	0,40		
54	0,39		
56	0,38		

03	0,32	
15	0,31	
11	0,30	
25		0,51
49		0,49
31		0,48
47		0,46
55		0,46
51		0,44
27		0,43
60		0,40
01		0,32
38		0,31
45		0,57
07		0,55
14		0,48
05		0,48
44		0,47
50		0,43
46		0,41
10		0,38
43		0,37
42		0,36
18		0,36
41		0,33
33		0,31

Análises de comparação de média não mostraram diferenças significativas para qualquer das variáveis investigadas (idade, sexo, série e tipo de escola). Quanto à distribuição dos escores, os gráficos apresentados na Figura 15, 16 e 17 mostram uma distribuição normal dos resultados nos três fatores avaliados, calculado pela fórmula de Lilliefors ( $p < 0,01$ ). A assimetria observada no Fator 1 foi igual a 0,16 e a curtose, -0,38. No Fator 2, esses índices foram, respectivamente, iguais a -0,02 e -0,37 e no Fator 3, iguais a 0,34 e -0,19.

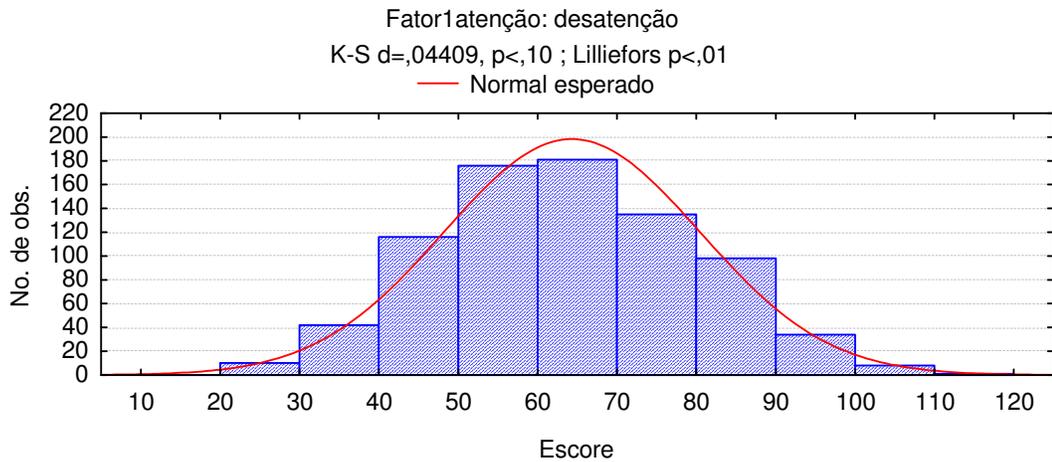


Figura 15. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 1 da Escala de Atenção/Atividade Motora

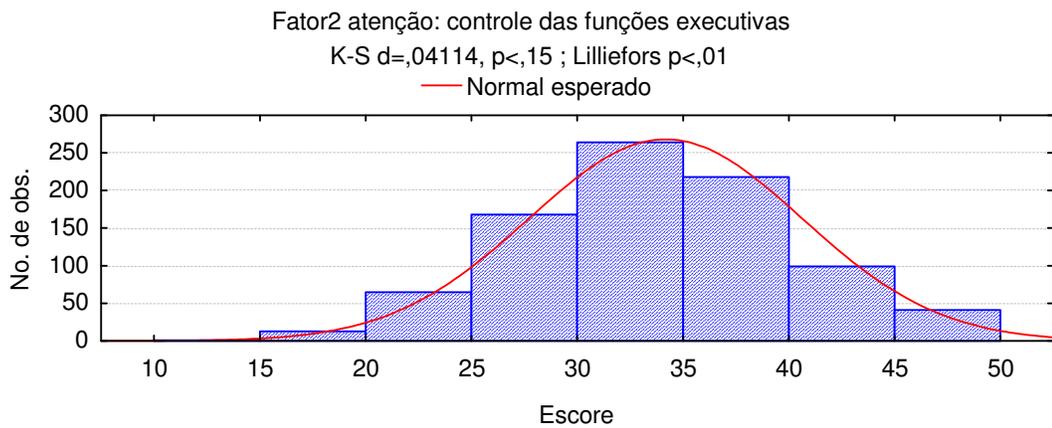


Figura 16. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 2 da Escala de Atenção/Atividade Motora

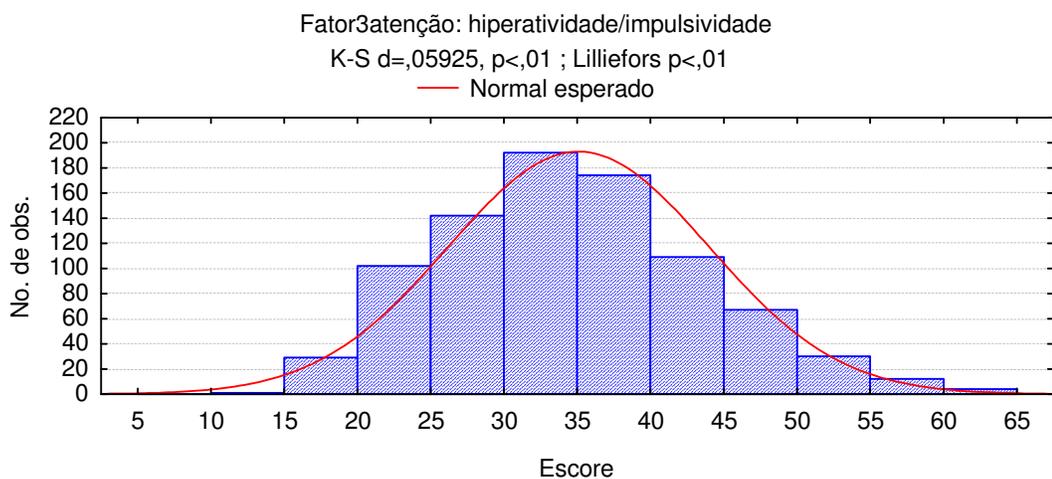


Figura 17. Histograma de Distribuição dos Escores no Fator 3 da Escala de Atenção/Atividade Motora

### **3.2.7.2. Compreensão Teórica dos Fatores da Escala de Atenção/Atividade Motora**

Os itens reunidos no primeiro fator caracterizam-se como indicadores de desatenção. Os principais marcadores que se agruparam nessa dimensão foram distratibilidade, não atendimento a instruções de terceiros, descuido/desinteresse em tarefas escolares, falta de cautela, dificuldade de planejar atividades, dificuldade de concentração diante de estímulos externos irrelevantes aos demais e desleixo/desorganização. Esses marcadores representam, sobretudo, dificuldades cognitivas.

O Fator 2, denominado Controle das Funções Executivas, reúne itens que se referem à atenção e à capacidade de controle de outras funções executivas, relacionadas à obtenção de metas e à seleção de comportamentos estratégicos para resolução de problemas. Isso implica capacidade de 1) planificar e antecipar cognitivamente as possíveis conseqüências de uma ação, 2) selecionar adequadamente ações (o que subentende a escolha de uma resposta e a inibição de outras) e 3) permanecer vigilante/concentrado durante a realização de uma atividade.

A investigação dessas características pode ser de fundamental importância para avaliação prognóstica dos adolescentes que apresentam indicativos de desatenção e impulsividade, uma vez que as funções executivas parecem ser essenciais para o desenvolvimento de empatia, organização e busca de estratégias alternativas para resolução de problemas. A mediação das funções executivas sobre essas capacidades, em especial sobre o autocontrole, parece ser moderada pela idade, tornando-se progressivamente influente sobre a manifestação de comportamentos impulsivos.

O estudo realizado por Lijffijt, Kenemas, Verbaten, Van Engeland (2005) com amostras diagnosticadas com TDAH mostra que adultos clínicos apresentam maior dificuldade para inibir respostas prepotentes e impulsivas em comparação às crianças. Segundo os autores, é possível que esses dados sejam explicados pelo fato de que o déficit na inibição do comportamento é relacionado a áreas cerebrais diferentes nas duas populações e moderado pelas funções executivas, especialmente na vida adulta. Nesse sentido, pode-se hipotetizar que os indivíduos que manifestam dificuldades de atenção/atividade motora, mas apresentam altos escores no fator 'controle das funções executivas' podem apresentar ao longo do desenvolvimento maior adaptação social do que aqueles que apresentam baixo escore. Ou seja, maior capacidade de inibição de comportamentos socialmente inadequados. No entanto, novos estudos são necessários para verificar a pertinência dessa hipótese.

Estudos que avaliam o impacto do TDAH sobre o desenvolvimento infantil mostram também que um dos principais prejuízos do transtorno é a exclusão social

decorrente da manifestação de comportamentos intrusivos e pouco empáticos. Como esses comportamentos dependem da capacidade de antecipar as conseqüência de uma ação e, nesses casos, intervenções relacionadas ao treino de assertividade são efetivas para aumentar o bem-estar e capacidade de adaptação dos adolescentes com TDAH (AACAP, 1997; Lahey & cols., 1994), pode-se pensar que a avaliação das sentenças reunidas nesse fator é um recurso clínico importante, principalmente para o acompanhamento das intervenções realizadas.

Em relação ao Fator 3, os itens agrupados nessa subescala representam marcadores de hiperatividade e de impulsividade. Tratam-se de descrições que envolvem dificuldade em manter-se em silêncio, necessidade em manter-se em movimento, comportamento imprudente, precipitação, dificuldade em postergar gratificações e interesse por atividades que envolvam ação. Todas as sentenças referem-se a comportamentos geralmente relacionados a uma conduta social invasiva/inassertiva.

A ausência de diferenças significativas encontradas na comparação entre meninos e meninas pode estar relacionada a modificações nos padrões culturais de educação apresentados às crianças. Lara (2004) sugere que atualmente as meninas são mais freqüentemente expostas a práticas educativas que incentivam o desenvolvimento de comportamentos exploratórios, ativos e independentes e toleram comportamentos socialmente inassertivos. Isso aumentaria a probabilidade do desenvolvimento de comportamentos agitados e condutas invasivas. No entanto, outros estudos são necessários para verificar se esse padrão de resposta semelhante entre adolescentes do sexo feminino e masculino são confirmados em outras amostras. Resultados apresentados na análise da escala de conduta social mostram que os meninos têm maior escore nos fatores que agregam ‘comportamento anti-social’ e ‘desafio-oposicionismo’. Esse dado mostra que, na cultura local, a impulsividade/agitação pode implicar diferenças sexuais em situações que envolvam transgressão de regras ou agressividade, mas não quando se restringe a condutas socialmente inassertivas.

Outro dado relevante nas análises apresentadas é a extração de três fatores que apresentam qualidade psicométrica adequada. A distinção dos fatores desatenção e hiperatividade/impulsividade é freqüente nos estudos exploratórios realizados com amostras infanto-juvenis, tanto em âmbito nacional, quanto internacional (Burns & cols., 1997; Faraone & cols., 1998; Morgan & cols., 1996; Rasmussen & cols., 2002; Rohde, 1997, 2002). Contudo, a extração de outro fator, com itens que possam avaliar o controle de funções executivas, é inovadora, tem pertinência teórica e pode ser um recurso para o desenvolvimento de pesquisas na área da clínica neuropsicológica.

### 3.2.8.1 Resultados das Análises Fatoriais e da Consistência Interna da Escala de Pensamento

A análise exploratória realizada para a escala de pensamento sugeriu a extração de três fatores, conforme observa-se no *scree plot* da Figura 18. No entanto, a análise teórica dos itens agrupados indicou que a melhor solução fatorial nesse caso era a extração de dois fatores. O primeiro fator apresentou um *eigenvalue* igual a 11,84, responsável pela agregação de 37 itens e pela explicação de 17,40% da variância total. O segundo fator, com um *eigenvalue* igual a 3,90, reuniu 30 itens, que explicaram 5,23% da variância total. Assim, no total, a escala ficou constituída por 67 itens, que respondem por 23,13% da variância explicada.

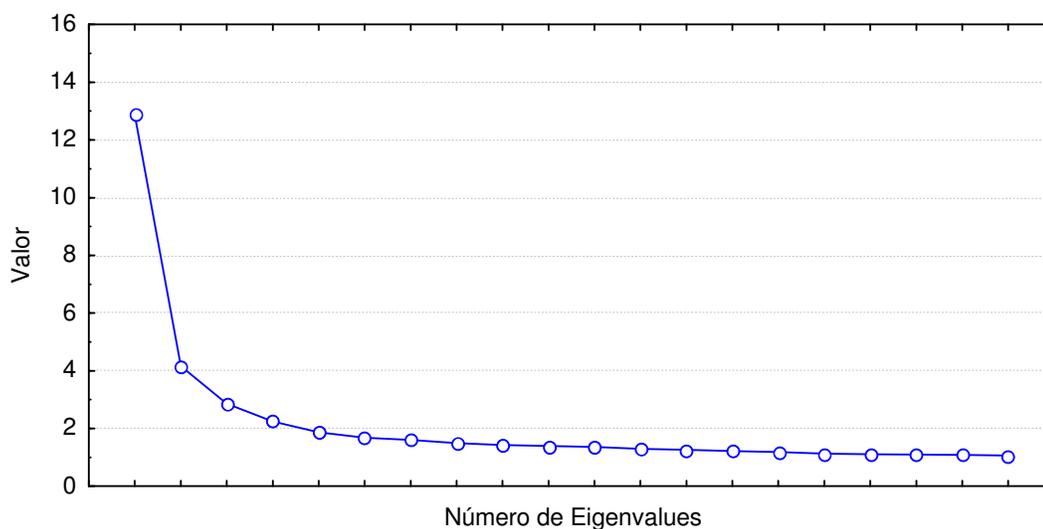


Figura 18. *Scree Plot* da Escala de Pensamento

O Fator 1 concentra sentenças que representam fenômenos cognitivos e sensações relacionados à obsessão/compulsão. Já o Fator 2 refere-se a ações que podem ser indicadoras de compulsão. Seus itens descrevem a execução de comportamentos relacionados à organização, limpeza (compulsões de verificação e lavagem), dedicação exagerada às tarefas e outras ações ritualísticas.

Por se tratarem de fenômenos teoricamente independentes, os fatores que constituíram a escala foram analisados de forma isolada, não havendo a soma de um escore total com todos itens. O levantamento dos escores foi efetuado através da soma direta das respostas emitidas nos itens que compõem cada fator. Não houve indicação para inversão de itens nessa escala. A média, o desvio-padrão e a análise de consistência interna das subescalas podem ser verificados na Tabela 15.

Tabela 15  
Resultados Descritivos da Escala de Pensamento

	Nº Itens	Média	Desvio- padrão	Alpha de Cronbach	Corr. média inter-item
Fator 1	37	99,0	24,72	0,90	0,19
Fator 2	30	103,8	18,55	0,87	0,18

Na Tabela 16 aparecem as matrizes fatoriais da escala de pensamento, com a transcrição dos itens retidos em cada fator. A disposição das sentenças nas matrizes segue a ordem decrescente da carga fatorial obtida pelo item. A matriz fatorial com todos os itens que compuseram a versão preliminar da escala é apresentada no Anexo S e a comunalidade dos itens, no Anexo T. As análises de comparação de média realizadas não mostraram diferenças significativas para qualquer das variáveis investigadas (idade, sexo, série e tipo de escola).

Tabela 16  
Matrizes Fatoriais da Escala de Pensamento

Item	Carga Fatorial: Fator 1	Carga Fatorial: Fator 2
63	0,59	
55	0,57	
52	0,55	
69	0,55	
18	0,52	
70	0,52	
74	0,52	
16	0,51	
65	0,49	
72	0,49	
64	0,49	
36	0,48	
31	0,47	
37	0,47	
81	0,46	
42	0,45	
12	0,44	
46	0,43	
51	0,43	
73	0,42	
32	0,42	
82	0,42	
62	0,41	
80	0,41	
48	0,41	

---

77	0,41
11	0,41
87	0,40
78	0,39
38	0,39
75	0,39
21.	0,39
68	0,33
24	0,33
44	0,32
07	0,32
47	0,31
88	0,60
29	0,55
22	0,54
30	0,54
43	0,50
23	0,50
76	0,48
34	0,47
04	0,47
19	0,47
02	0,47
50	0,46
28	0,44
86	0,44
58	0,42
39	0,41
57	0,37
83	0,37
61	0,37
06	0,37
09	0,36
20	0,36
40	0,36
71	0,36
01	0,35
33	0,32
66	0,32
05	0,32
10	0,32
41	0,31

---

Quanto à distribuição dos escores, as análises mostraram que os dois fatores tiveram uma distribuição normal. No primeiro fator, o índice de assimetria foi 0,15 e a curtose -0,41. No segundo, a assimetria foi -0,18 e a curtose -0,34. As Figuras 19 e 20

apresentam os gráficos com as distribuições dos fatores que compõem a escala de pensamento.

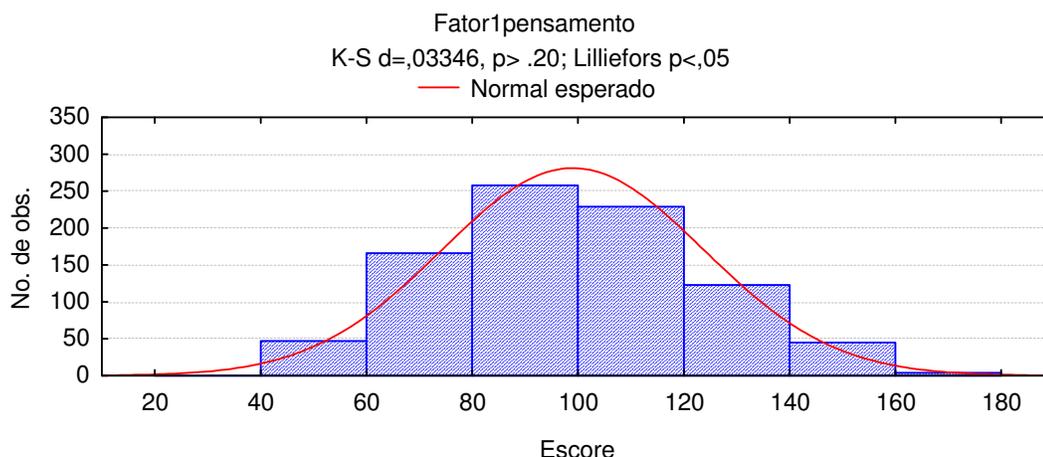


Figura 19. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 1 da Escala de Pensamento

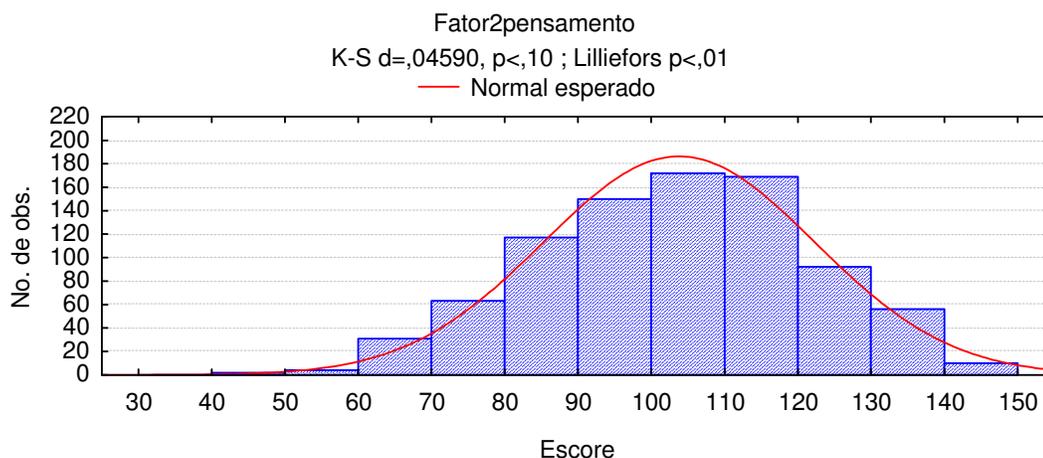


Figura 20. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 2 da Escala de Pensamento

### 3.2.8.2. Compreensão Teórica dos Fatores da Escala de Pensamento

O Fator 1 concentrou sentenças que representam fenômenos cognitivos e sensoriais relacionados à ruminação do pensamento, à dúvida patológica, a sentimentos catastróficos, a uma sensação de inquietação e a um senso de responsabilidade/controle exagerado. No conjunto, os itens desse fator referem-se a perseverações do pensamento que, geralmente, envolvem autocrítica e/ou sofrimento e podem resultar em comportamentos repetitivos. Porém, o essencial nesse fator parece ser o componente cognitivo ou a sensação de apreensão que a sentença descreve.

No segundo fator agruparam-se, em linhas gerais, as sentenças que indicam uma conduta compulsiva ou uma dificuldade de adaptação do adolescente diante de ambigüidades/ desordens (“rigidez”). Seus itens descrevem comportamentos relacionados

à organização, limpeza (compulsões de verificação e lavagem), dedicação exagerada às tarefas, busca de garantias e outras ações ritualísticas. Enquanto os itens do Fator 1 abrangem prioritariamente fenômenos intrapsíquicos, os itens do Fator 2 referem-se, sobretudo, à expressão de comportamentos públicos ou a ações que possam envolver a avaliação de terceiros (exemplos, itens 23, 04 e 50).

Em relação ao Fator 1, sugere-se que futuros estudos clínicos investiguem a hipótese de haver uma distinção entre o padrão de respostas apresentado nos itens que envolvem processos cognitivos de consciência do conteúdo da obsessão e naqueles itens que descrevem sensações de incômodo/apreensão sem que haja consciência de qual a natureza do incômodo (objeto/conteúdo relacionado aos impulsos vivenciados como emoções ou pensamentos intrusivos). Nesses casos, a sensação de apreensão pode, clinicamente, envolver vias cerebrais neuropsicologicamente mais primitivas (relacionadas principalmente ao sistema límbico), pois caracteriza um quadro difuso de angústia, associado frequentemente a reações autonômicas e, em alguns casos, a diferentes comportamentos repetitivos, como o comer compulsivo, os tiques e o uso de drogas. Em contrapartida, quando a apreensão inclui capacidade de autocrítica e de discriminação do conteúdo das obsessões parece envolver outras vias cognitivas relacionadas a processos superiores do córtex pré-frontal (Miguel, Rauch & Jenike, 1998; Rauch & Savage, 1998). Esses comportamentos supostamente manifestam-se através de compulsão - e não de outros comportamentos repetitivos/adictos ou de sintomas difusos de ansiedade - por envolver a consciência do conteúdo do pensamento incômodo e uma tentativa (ineficaz) de suprimi-lo para evitar que seu descontrole resulte em ações socialmente condenáveis. No entanto, pesquisas clínicas devem ser realizadas para investigar a pertinência dessa hipótese em amostras adolescentes e adultas (nas quais o desenvolvimento cognitivo potencialmente evidenciaria com maior clareza essa diferença).

Estudos da Neuropsicologia reforçam essa hipótese. Rauch e Savage (1998) constataram em seus estudos que a hiperatividade do córtex órbito-frontal anterior está relacionada à ocorrência de obsessões (eventos cognitivos intrusivos) e à gravidade subjetiva das obsessões e que a ativação da alça paralímbica é relacionada a estados não específicos da ansiedade. Esses resultados indicam que os sintomas do TOC são mediados pelo circuito córtico-estriado cognitivo ventral e envolvem, sobretudo, sintomas cognitivos. Já os sintomas da ansiedade generalizada (os quais envolvem menos processos cognitivos) são relacionados aos elementos paralímbicos do circuito-córtico-estriado afetivo-motivacional, mas não ao córtex órbito frontal anterior, nem o núcleo caudado. Essa diferença pode estar relacionada à prevalência de sintomas cognitivos em alguns

quadros de TOC e de sintomas difusos em outros, assim como à prevalência de comorbidades associadas ao TOC.

A revisão apresentada por Miguel e colegas (1998) indica que experiências subjetivas, como fenômeno cognitivo e sensações de apreensão, são um diferencial para avaliação de comportamentos repetitivos apresentados por quem tem TOC e quem manifesta sintomas semelhantes, mas de outra natureza. Segundo os autores, os indivíduos que manifestam TOC e Transtorno de Tique associado relatam com maior frequência uma sensação de apreensão que sucede as compulsões e que parece não ter uma natureza ou foco definidos. Compulsões/obsessões típicas nesses quadros são relacionadas a comportamentos de tocar, bater, esfregar e piscar fixamente (compulsões semelhantes a tiques motores complexos), ocorrência de imagens intrusivas e obsessões de sons e músicas. Já os indivíduos com TOC sem comorbidade relatam com maior frequência obsessões de contaminação e compulsões de limpeza, sintomas cujo estímulo aversivo é conhecido e bem definido. Portanto, seria válido um estudo que investigasse qual o padrão de respostas à escala de Pensamento dos indivíduos que apresentam comportamentos repetitivos de outra natureza que não o TOC (por exemplo, Abuso de Substâncias, Síndrome de Tourette, Transtornos Alimentares, etc) e verificasse se o padrão de resposta aos itens de natureza cognitiva difere em ambos casos.

### **3.2.9.1 Resultados das Análises Fatoriais e da Consistência Interna da Escala de Conduta Social**

Nas análises exploratórias, três fatores foram extraídos para a Escala de Conduta Social. O primeiro fator, com 40 itens e um *eigenvalue* igual a 14,11, teve uma variância explicada de 14,82%. O segundo, com 23 itens e um *eigenvalue* igual a 5,64, explicou 5,38% da variância e o terceiro, com 17 itens e um *eigenvalue* igual a 2,96, respondeu por 2,81% da variância total. No conjunto, os três fatores somaram 80 itens e explicaram 23,41% da variância total das respostas. A representação gráfica da distribuição dos *eigenvalues* pode ser observada na Figura 21.

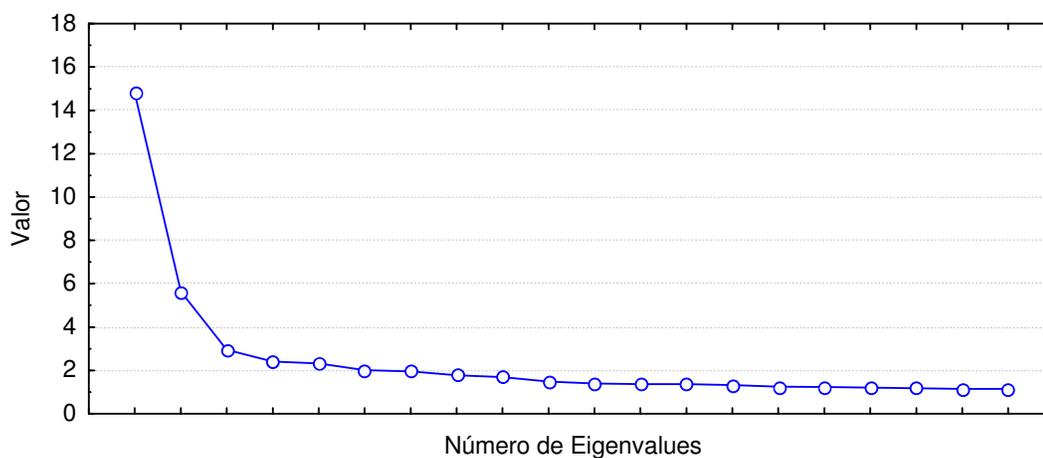


Figura 21. *Scree Plot* da Escala de Conduta Social

A extração de três fatores indicada pelo *scree plot* foi corroborada pela análise teórica dos itens agrupados. Os itens reunidos no primeiro fator referem-se a comportamentos anti-sociais relacionados aos marcadores do transtorno da conduta. Os do segundo fator referem-se a indicadores de comportamento pró-social. Já as sentenças do terceiro fator representam comportamentos de iniciativa e reação diante de situações que envolvam demanda social. Esses comportamentos podem se qualificar, em situações extremas e persistentes, como indicadores de desafio e oposicionismo.

Para Escala de conduta social, também não há indicação para soma de um escore tota, nem a necessidade de inversão das respostas para o levantamento das subescalas. Todos fatores foram compostos por itens de mesma direção.

O levantamento de cada fator foi realizado através da soma das respostas emitidas nos itens que o compõem. A média, o desvio-padrão e a análise de consistência interna das subescalas podem ser verificados na Tabela 17.

Tabela 17

## Resultados Descritivos da Escala de Conduta Social

	Nº Itens	Média	Desvio-padrão	Alpha de Cronbach	Corr. média inter-item
Fator 1	40	73,3	23,10	0,92	0,21
Fator 2	23	85,5	13,89	0,83	0,18
Fator 3	17	47,3	12,63	0,84	0,24

Na Tabela 18 constam os itens retidos em cada fator. A disposição das sentenças nas matrizes segue a ordem decrescente da carga fatorial obtida pelo item. A matriz fatorial com todos os itens que compuseram a versão preliminar da escala é apresentada no Anexo U e a comunalidade dos itens, no Anexo V.

Tabela 18

## Matrizes Fatoriais da Escala de Conduta Social

Item	Carga Fatorial: Fator 1	Carga Fatorial: Fator 2	Carga Fatorial: Fator 3
48	0,60		
41	0,59		
42	0,58		
37	0,56		
33	0,56		
62	0,56		
90	0,56		
44	0,55		
28	0,54		
82	0,52		
46	0,52		
23	0,52		
31	0,50		
15	0,50		
77	0,50		
27	0,49		
65	0,49		
35	0,48		
58	0,48		
21	0,47		
11	0,47		
36	0,45		
61	0,45		

---

91	0,43
34	0,43
85	0,43
18	0,43
49	0,42
72	0,42
53	0,41
32	0,39
14	0,39
67	0,37
03	0,37
99	0,35
01	0,35
54	0,32
56	0,31
22	0,30
39	0,30

74	-0,50
75	-0,50
100	-0,48
98	-0,47
101	-0,47
80	-0,47
95	-0,47
83	-0,45
76	-0,44
51	-0,43
92	-0,42
84	-0,41
26	-0,40
64	-0,40
96	-0,40
45	-0,39
24	-0,39
43	-0,38
66	-0,38
30	-0,37
29	-0,36
38	-0,35
59	-0,35

---

---

71	0,61
94	0,61
57	0,57
89	0,56
103	0,53
97	0,53
52	0,46
69	0,45
79	0,44
08	0,39
102	0,39
05	0,39
20	0,39
70	0,39
47	0,38
04	0,37
25	0,34

---

Testes de comparação de médias foram executados para verificar se o efeito das variáveis sexo, idade, série e tipo de escola produzia diferenças significativas nos escores. Os dados mostraram que todas variáveis geraram diferenças significativas, conforme se observa no Anexo W.

Testes *t* mostraram que meninos e meninas responderam de forma significativamente diferente aos três fatores (Fator 1:  $t = -11,29$ ,  $g.l.=987$ ,  $p<0,01$ ; Fator 2:  $t = 5,07$ ,  $g.l.=984$ ,  $p<0,01$ ; Fator 3:  $t = -2,83$ ,  $g.l.=1051$ ,  $p<0,01$ ). Os itens que apresentaram variações relevantes nas médias podem ser verificados no Anexo X. Diferenças nos três fatores também foram encontradas quando comparados alunos de escola pública e privada (Fator 1:  $t = -7,34$ ,  $g.l.=976$ ,  $p<0,01$ ; Fator 2:  $t = 3,54$ ,  $g.l.=977$ ,  $p<0,01$ ; Fator 3:  $t = -6,96$ ,  $g.l.=1043$ ,  $p<0,01$ ). Em relação à idade, observa-se que os participantes de 12 anos apresentaram um escore significamente menor do que os de 13, 14, 15 e 16 anos de idade nos Fatores 1 e 3. No Fator 2, os adolescentes de 13 anos apresentaram um escore significativamente menor que os de 15, 16 e 17 anos ( $p<0,05$ ). Na Tabela 19 aparecem transcritas as médias e desvio-padrão dos escores nos três fatores obtidas nas ANOVAS. Como as análises de variância mostraram diferenças, a variável idade foi agrupada em dois grupos (maiores ou menores de 15 anos) e ANOVAs foram realizadas para cada um dos três fatores. Os resultados mostraram interações significativas (Fator 1:  $F_{5,979}=25,97$ ,  $p<0,01$ ; Fator 2:  $F_{5,977}=12,33$ ,  $p<0,01$ ; Fator 3:  $F_{5,1042}=6,45$ ,  $p<0,01$ ) entre idade e sexo. As médias são apresentadas também na Tabela 19.

Tabela 19

## Comparação de Médias pelas Variáveis Demográficas da Escala de Conduta Social

Idade	Fator 1 Comportamento anti-social			Fator 2 Comportamento Pró-social			Fator 3 Desafio-oposicionismo		
	Média	N	d.p.	Média	N	d.p.	Média	N	d.p.
Sexo									
Masc.	81,9	452	25,77	83,2	461	14,09	48,9	488	12,40
Femin.	66,1	537	17,74	87,6	525	13,38	46,6	565	12,77
Idade									
11	69,3	29	21,37	82,2	27	12,44	42,4	38	13,03
12	62,5	66	15,90	81,1	64	16,19	38,8	76	12,16
13	78,9	66	28,30	78,4	70	14,32	47,8	84	12,47
14	74,9	131	23,66	83,4	124	14,29	47,6	133	14,13
15	74,7	241	23,05	87,1	245	13,36	48,3	247	11,77
16	73,6	282	23,01	86,8	284	13,34	50,0	289	12,13
17	71,7	173	21,49	88,1	172	12,86	47,9	184	11,84
Série									
5 EF	69,2	31	21,08	75,3	31	13,77	39,2	40	11,05
6 EF	70,2	89	22,86	80,8	88	15,92	43,9	104	14,47
7 EF	78,8	59	29,79	83,7	56	14,44	45,0	63	12,27
8 EF	77,6	85	26,51	80,2	87	13,50	47,0	96	13,64
1 EM	71,0	183	22,17	86,1	186	13,73	47,3	187	12,70
2 EM	76,2	289	23,70	87,0	289	13,67	49,1	299	12,02
3 EM	70,9	247	20,03	88,4	245	12,07	50,1	257	11,48
Escola									
Pública	69,6	647	21,27	86,6	657	14,22	45,8	688	12,49
Particular	80,8	331	25,06	83,3	322	13,15	51,4	357	12,20
Sexo vs Idade									
Masc vs <15	83,2	130	27,60	78,6	137	14,51	46,9	154	13,03
Masc vs >15	81,1	320	24,71	85,2	322	13,49	49,8	331	11,97
Fem vs <15	63,8	162	15,56	84,4	148	14,29	43,5	177	13,99
Fem vs >15	67,2	373	18,56	89,0	376	12,80	48,2	386	11,94

Quanto à distribuição das respostas, análises de dispersão mostraram que as subescalas tiveram uma distribuição normal (*Liliefords*  $p < 0,01$ ). O Fator 1 apresentou assimetria igual a 1,17 e curtose de 1,79. No Fator 2, esses índices foram, respectivamente, iguais a -0,46 e 0,19 e no Fator 3, respectivamente iguais a 0,04 e -0,50. As Figuras 22, 23 e 24 apresentam, na seqüência, os gráficos de distribuição das respostas dos Fatores 1, 2 e 3 da Escala de Conduta Social.

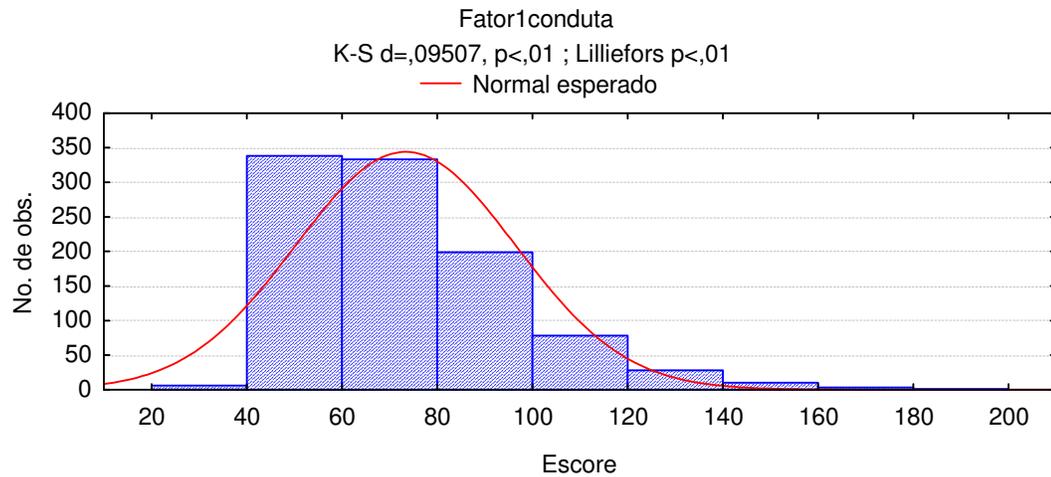


Figura 22. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 1 da Escala de Conduta Social

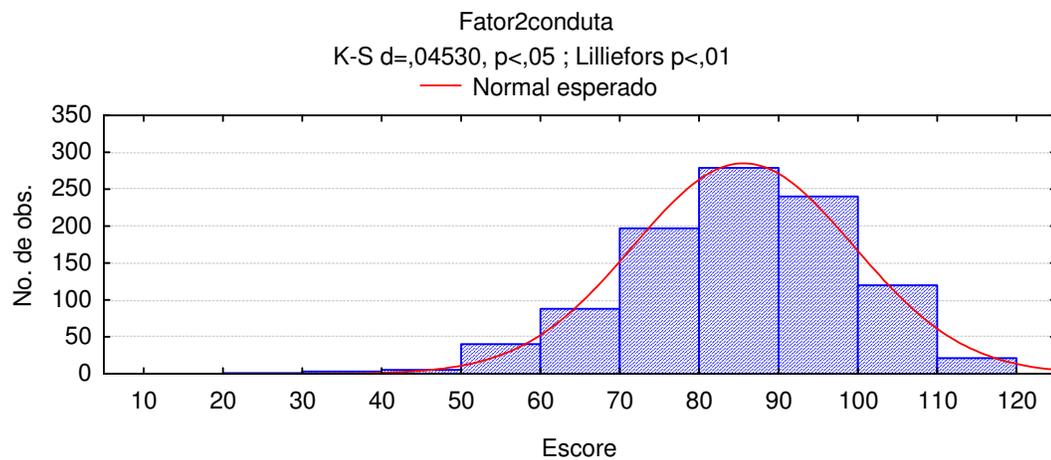


Figura 23. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 2 da Escala de Conduta Social

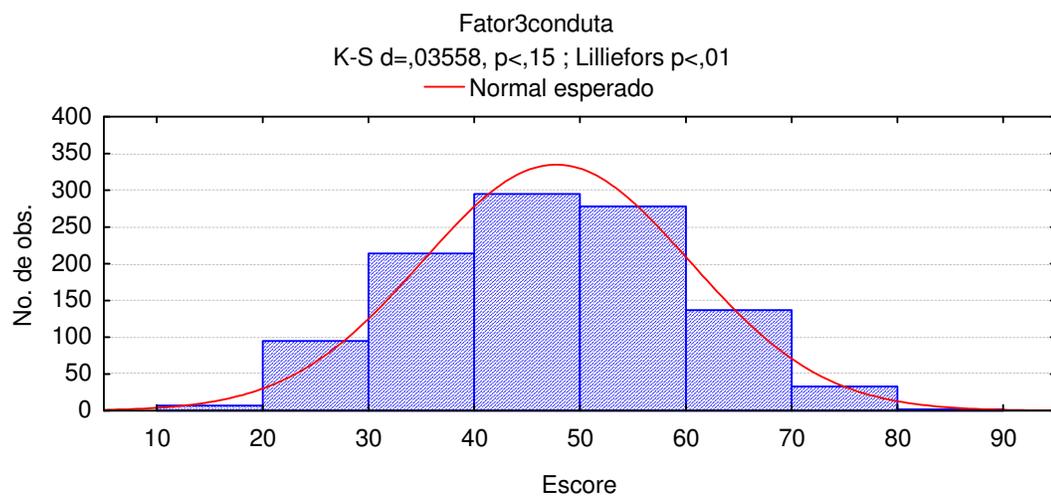


Figura 24. Histograma de Distribuição dos Escores do Fator 3 da Escala de Conduta Social

### 3.2.9.2. Compreensão Teórica dos Fatores da Escala de Conduta Social

Os itens que se agruparam no primeiro fator referem-se a condutas agressivas ou humilhantes (*bullying*), vandalismo, violação de direitos alheios e de normas morais, envolvimento em brigas, intimidação, porte de armas e defraudações. Em geral, caracterizam-se como marcadores do Transtorno da Conduta. Os itens do segundo fator referem-se a comportamentos pró-sociais. Ou seja, ações que envolvem expressão de empatia, solidariedade, atenção às solicitações, às combinações e aos direitos alheios, busca de bem-estar coletivo e controle de afetos negativos. Já os itens do terceiro fator representam comportamentos relacionados à iniciativa e tentativa de controle da situação, que podem dar origem a condutas inassertivas diante de demandas sociais (“reatividade”, teimosia, hostilidade, ações invasivas) em algumas situações ou a condutas de desafio, oposicionismo e agressividade (velada ou verbal) em circunstâncias extremas.

Dependendo da frequência e intensidade em que ocorrem, os comportamentos descritos nas sentenças podem representar busca de dominância, iniciativa, persuasão, tendência a não se submeter passivamente ao controle externo, desejo de superar desafios, ou ainda ser associados a comportamentos anti-sociais evidentes e destrutivos. Isso mostra que, numa perspectiva dimensional, um escore médio-alto no Fator 3 pode indicar características de personalidade típicas de pessoas que apresentam altos padrões de ambição e empenho e forte desejo de auto-realização e não necessariamente comportamentos violentos ou anti-sociais.

Em relação às diferenças de média observadas por sexo, idade, série e tipo de escola, pode-se afirmar que os resultados são coerentes com descrição epidemiológica dos estudos sobre o tema. No Anexo W, verifica-se que os itens nos quais os meninos obtêm maior escore são principalmente as sentenças dos Fatores 1 e 3. A expectativa é que as diferenças entre os sexos nesses indicadores sejam mais pronunciadas na infância e diminuam ao longo do desenvolvimento (Koch & Gross, 2005; Luiselli, 2005), como pode ser observado, de fato, no resultado da ANOVA por idade.

A diferença relacionada ao tipo de escola também pode ser justificada. Os resultados mostraram que os participantes alunos de escola pública apresentam maiores escores nos Fatores 1 e 3 e menor escore no Fator 2. Provavelmente isso ocorre porque com o passar do tempo, os alunos de escola pública que manifestam condutas anti-sociais e oposicionistas têm maior chance de ser expulso da escola ou espontaneamente evadir para obtenção de recursos materiais que lhe são mais escassos (Assis & Constantino, 2005; Connolly & O’Moore, 2003). Além disso, é preciso considerar o alto percentual de pais de classe média e média alta que são classificados por seus filhos como negligentes (Reppold & cols., 2004). Apesar dessa

constatação, optou-se por não considerar essas diferenças como indicação para a organização das tabelas normativas específicas segundo o tipo de escola dos adolescentes, uma vez que esse fato poderia contribuir para a naturalização da violência entre os alunos de escolas privadas.

### 3.3.1. Correlação entre os Fatores

As Tabelas 20 e 21 apresentam as correlações obtidas entre os fatores de cada escala e também as correlações estabelecidas entre escalas aplicadas simultaneamente. No caso do cálculo de correlações entre escalas diferentes, optou-se por analisar somente os pares de escalas respondidos por, no mínimo, 300 participantes. Por isso, não são verificadas nas tabelas correlações entre os fatores das Escalas de Ansiedade e de Humor, por exemplo.

As análises mostraram uma correlação forte e significativa entre o fator ‘Indicadores de ansiedade’ (Escala de Ansiedade) e os fatores da Escala de Pensamento, entre os fatores ‘Fenômenos cognitivos e sensoriais’ e ‘Ações compulsivas’ (ambos da Escala de Pensamento) e entre os fatores ‘Comportamento anti-social’ e ‘Desafio-oposicionismo’ da Escala de Conduta Social. Fortes correlações ocorreram também entre o fator ‘Humor deprimido’ e os demais fatores da Escala de Humor, bem como entre o fator ‘Desatenção’ e os demais fatores da Escala de Atenção/Atividade Motora. Todas correlações observadas são coerentes com a descrição dos construtos apresentadas na introdução e ocorreram na direção esperada.

Tabela 20

Correlações entre os Fatores das Escalas de Ansiedade, Pensamento e Conduta Social

	Ansiedade		Pensamento		Conduta Social	
	Indicador de ansiedade	Controle da ansiedade	Fenômenos cognitivos e sensoriais	Ações compulsivas	Comport anti-social	Comport pró-social
Controle da Ansiedade	-0,27*					
Fenômenos cognitivos e sensoriais	0,67*	0,16*				
Ações compulsivas	0,40*	-0,01	0,60*			
Comportamento anti-social	0,13*	0,04	0,05	0,04		
Comportamento pró-social	0,09	-0,01	0,02	0,07	-0,20*	
Inicitiva/desafio-oposicionismo	$p<0,07$ 0,16*	0,01	0,14*	0,07	0,50*	-0,15*

Nota: \* $p<0,01$

Tabela 21

Correlações entre os Fatores das Escalas de Humor e Atenção/Atividade Motora

	Humor			Atenção/Atividade Motora	
	Humor deprimido	Bem-estar subjetivo	Mania e risco de suicídio	Desatenção	Controle das funções executivas
Bem-estar subjetivo	-0,34*				
Mania e risco de suicídio	0,57*	-0,16*			
Desatenção	0,19*	-0,07	0,23*		
Controle das funções executivas	-0,07	0,20*	-0,14*	-0,44*	
Hiperatividade/ Impulsividade	0,26*	0,01	0,24*	0,65*	-0,18*

Nota: \* $p < 0,01$

## ESTUDO III

### VALIDAÇÃO CONVERGENTE/DIVERGENTE DAS ESCALAS DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES

#### 4.1. Introdução

Estabelecida a validade de construto dos instrumentos propostos, as análises subsequentes foram direcionadas à investigação da validade convergente/divergente da bateria. A proposta dessa validação é estabelecer uma correlação entre o instrumento construído e os instrumentos correlatos a esse, considerados pela comunidade científica como referência por sua qualidade psicométrica. Nesse caso, a validade é atestada quando as correlações estabelecidas entre os escores da “escala-teste” e os escores de instrumentos convergentes ou divergentes assumem uma magnitude e uma direção que é coerente com as expectativas formuladas a partir da literatura (Cronbach, 1996, Sven, 1990). Na validade concorrente, os instrumentos que servem como parâmetros de comparação são denominados “padrões-ouro” (Pasquali, 2001) e, quando apresentam uma correlação positiva com o teste investigado, confirmam o propósito teórico da nova medida e a capacidade dessa apresentar indicadores convergentes dos construtos avaliados. No caso da validade divergente, estima-se a ocorrência de correlações negativas entre os construtos para validação do instrumento elaborado.

#### 4.2. Desenvolvimento do estudo da validação convergente/divergente

O estudo de validação convergente/divergente foi realizado somente com quatro das cinco escalas construídas no Estudo I. A escala de pensamento foi excluída do presente estudo porque nas revisões realizadas no Estudo I (tópicos 2.2.4 e 2.2.5 dessa tese) não fora encontrado qualquer instrumento que pudesse ser considerado padrão-ouro para avaliação de obsessões/compulsões em adolescentes.

Para o desenvolvimento do Estudo III, cada participante respondeu simultaneamente a um par de instrumentos (formado pelo teste construído e por um equivalente específico). Os instrumentos eleitos como padrão-ouro para essa pesquisa estão indicados na Tabela 22.

Tabela 22

Instrumentos Eleitos como Padrão-Ouro na Validação Convergente/Divergente das Escalas

Construto	Instrumentos convergentes (C) ou divergentes (D)
Ansiedade	C: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (Hutz & Nunes, 2001) – EFN – Fatores ansiedade e vulnerabilidade psicológica; C: Escala Beck de Ansiedade – BAI (Cunha, 2001)
Humor	C: Escalas Beck de Depressão, Desesperança e Ideação Suicida – BDI/BHS/BSI (Cunha, 2001)
Conduta social	C: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (Hutz & Nunes, 2001) – EFN – Fator desajustamento psicossocial D: subescalas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) referentes à conversação/desenvoltura social e situações novas/autocontrole da agressividade (Del Prette & Del Prette, 2003)
Atenção e atividade motora	D: Teste de Atenção D2 (Alves, 1990) D: subtestes Dígitos (atenção vigilante e atenção dividida), Códigos (atenção mantida) e Aritmética (atenção dividida) do WISC III (Wechsler, 1991, adaptado por Figueiredo, 2002) D: subteste Labirinto (impulsividade) do WISC III (Wechsler, 1991, adaptado por Figueiredo, 2002)

#### 4.2.1. Participantes

Cada par de instrumentos foi respondido por adolescentes, no mínimo 39 adolescentes, de 12 a 17 anos, selecionados aleatoriamente em instituições gaúchas de ensino da rede pública ou privada. A Tabela 23 apresenta os dados demográficos dos participantes que responderam a cada par de escalas.

Tabela 23

## Caracterização da Amostra da Validade Convergente/Divergente

Escala em análise	Padrão-ouro	N	Média e d.p. de idade	Distribuição por sexo
Ansiedade	EFN	95	13,3 (1,49)	50,6% masc. 49,4% femin.
	BAI	73	13,4 (1,48)	49,3% masc. 50,7% femin.
Humor	BDI	52	16,2 (1,12)	56,8% masc. 43,1% femin.
	BHS	68	16,2 (1,10)	55,2% masc. 44,8% femin.
	BSI	55	16,2 (1,11)	57,4% masc. 42,6% femin.
Conduta social	EFN	102	15,9 (0,91)	45,9% masc. 54,1% femin.
	IHS	42	16,2 (1,09)	38,2% masc. 61,7% femin.
Atenção/atividade motora	D2	39	13,0 (1,28)	56,0% masc. 44,0% femin.
	WISC	44	13,2 (1,52)	53,2% masc. 46,8% femin.

**4.2.2. Instrumentos**

A maioria dos instrumentos administrados concomitantemente têm o propósito de avaliar construtos correlatos. Os únicos que avaliam construtos divergentes são o D2 (Alves, 1990), os subtestes do WISCIII (Figueiredo, 2002) e o Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001). Todos instrumentos eleitos padrão-ouro encontram-se já validados para população brasileira e aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia, embora, para prática clínica, haja restrições quanto a sua utilidade na faixa etária dos 11 aos 17 anos, em função das amostras de normatização. As características técnicas e psicométricas dos instrumentos selecionados são descritas abaixo:

*Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN)* – Elaborada e validada por Claudio Hutz e Carlos Henrique Nunes em 2001, é indicada para indivíduos acima de 17 anos de idade. Possui 82 itens e é respondida através de uma escala *Likert* de sete pontos. Baseada no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (*Big Fives*), a escala avalia o construto estabilidade emocional a partir de quatro dimensões. São elas: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão.

A dimensão vulnerabilidade avalia a forma como o sujeito tende a vivenciar sofrimentos decorrentes da (não) aceitação dos outros para consigo e inclui itens sobre auto-estima, insegurança e dependência aos demais. Agrupa sintomas típicos de transtorno de personalidade dependente e de esquiva (*alpha* de Cronbach: 0,89; *eigenvalue*: 19,20). A dimensão desajustamento psicossocial mede indicadores de agressividade, hostilidade, tendência à manipulação e descaso social, comportamentos sexuais atípicos ou de risco, altos padrões de consumo de álcool e necessidade recorrente de chamar atenção. Reúne sintomas típicos de transtorno de personalidade anti-social e *borderline* (*alpha* de Cronbach: 0,82; *eigenvalue*: 5,12). A dimensão ansiedade abrange sintomas somáticos, cognitivos e emocionais associados à ansiedade, irritabilidade, transtornos do sono, pânico e fobia (*alpha* de Cronbach: 0,87; *eigenvalue*: 4,35). A dimensão depressão avalia indicadores de alterações de humor, desesperança e ideação suicida (*alpha* de Cronbach: 0,87; *eigenvalue*: 3,09). A escala é indicada para indivíduos acima de 17 anos de idade.

**Escalas Beck** – Elaboradas originalmente por Aaron Beck e colegas da Universidade da Pensilvânia e publicadas por Beck e Steer, em 1993, as Escalas Beck foram validadas para o Brasil pelo grupo de pesquisa liderado por Jurema Cunha e publicadas em 2001. As escalas são compostas por quatro instrumentos independentes de auto-relato: o Inventário de Depressão Beck – BDI, a Escala de Desesperança Beck – BHS, a Escala de Ideação Suicida Beck – BSI, o Inventário de Ansiedade Beck – BAI.

Todas escalas têm atestadas sua validade de conteúdo, validade convergente/divergente e validade de construto e são indicadas para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade. O BDI e o BAI são instrumentos de 21 itens cada, respondidos a partir de quatro alternativas que indicam níveis crescentes de gravidade dos sintomas avaliados. Servem respectivamente para classificação clínica de alterações de humor e de sintomas de ansiedade. Todas escalas apresentam boa qualidade psicométrica. Nos estudos de validação do BDI, o *Alpha* de Cronbach obtido entre amostras não-clínicas variou de 0,70 a 0,86 e, entre as amostras psiquiátricas, de 0,79 a 0,91. Já o *alpha* do BAI variou de 0,71 a 0,92 em amostras não-clínicas e de 0,88 a 0,93 em amostras psiquiátricas. Em termos fatoriais, é possível distinguir três fatores do BDI (sintomas de caráter afetivo, preocupações e desinteresse pela vida) e quatro do BAI (subescala neurofisiológica, subescala subjetiva, subescala de pânico e subescala autonômica).

O BSI também é constituído por 21 itens do tipo *Likert*, que se referem a gradações de desejos, planos e atitudes suicidas. Na validação, apresentou índices de precisão entre 0,88 a 0,96 em amostras psiquiátricas e um *alpha* igual a 0,90 em uma amostra de universitários não-clínicos. Quatro fatores foram extraídos da análise fatorial do BSI

(intensidade da motivação suicida e possibilidade de controle, detalhamento do planejamento: prós e contras, extensão do planejamento e prevenção da consequência do suicídio). Por último, a BHS é uma escala dicotômica de 20 itens que investiga expectativas negativas de futuro. Seu coeficiente de fidedignidade variou entre 0,78 a 0,92 em amostras psiquiátricas e entre 0,51 e 0,86 em amostras não-clínicas de validação. Estudos fatoriais apresentaram uma solução de três fatores em um estudo com pacientes depressivos e outra de cinco fatores para explicar a variação de desesperança em pacientes adultos com tentativa de suicídio.

***Inventário de Habilidades Sociais (IHS – Del Prette)*** – Elaborado e validado por Zilda Del Prette e Almir Del Prette, em 2001, é um instrumento de auto-relato, indicado para adultos<sup>17</sup> e adolescentes acima de 17 anos de idade, com formação mínima de ensino médio. Avalia o repertório de comportamentos sociais usualmente requeridas em situações interpessoais cotidianas para um desempenho competente. É constituído por 38 itens, respondidos através de uma escala *Likert* de cinco pontos.

Quanto às propriedades psicométricas, os dados apresentados no manual demonstram índices adequados de consistência interna (*Alpha* de Conbrach igual a 0,75), estabilidade teste-reteste ( $r=0,90$ ;  $p<0,01$ ) e validade convergente com o Inventário de Assertividade de Rathus ( $r=0,79$ ,  $p<0,01$ ). A análise fatorial obtida revelou uma estrutura de cinco fatores: 1) enfrentamento/auto-afirmação com risco; 2) auto-afirmação de afeto positivo; 3) conversação e desenvoltura social; 4) auto-exposição a desconhecidos e situações novas e 5) autocontrole de agressividade.

O Fator 1 agrupa itens que caracterizam a defesa de direitos e de auto-estima em situações que envolvem risco de esquiva ou oposição por parte do interlocutor. Segundo os autores, esses itens cobrem o conceito de assertividade social (*Alpha* de Cronbach = 0,96). O fator 2 refere-se a situações que retratam expressões de afeto positivo e afirmação de auto-estima e apresentam um risco mínimo de rejeição/punição (*Alpha* de Cronbach = 0,86). O fator 3 reúne itens relacionados a situações sociais que envolvem comportamento verbal e supõem o conhecimento das normas básicas que regulam as interações interpessoais (*Alpha* de Cronbach = 0,81). O fator 4 inclui itens que envolvem a abordagem a desconhecidos (*Alpha* de Cronbach = 0,75) e o fator 5, itens que investigam reações a estímulos aversivos do interlocutor que demandam controle da raiva e da agressividade (*Alpha* de Cronbach = 0,71).

---

<sup>17</sup> Embora seja descrito no manual como indicado para adultos, o grupo amostral dos estudos de validação incluiu somente indivíduos de até 25 anos de idade.

**Teste D2 (Atenção Concentrada)** – Elaborado por Rolf Brickenkamp na Alemanha, em 1962, e validado para o Brasil por Irai Cristina Boccato Alves, em 1990, trata-se de um teste de atenção concentrada visual, no qual o desempenho do sujeito tem uma relação ortogonal com sua inteligência. É indicado para indivíduos entre 10 e 50 anos de idade.

A tarefa do sujeito no teste consiste em assinalar na folha de respostas sinais gráficos idênticos aos apresentados no modelo. O modelo consiste em três sinais determinados (a letra “d” acompanhada de dois traços que podem estar embaixo, em cima ou um acima e outro abaixo da letra). Na folha de resposta, esses sinais aparecem misturados a outros 13 sinais diferentes, que resultam da combinação sistemática de quatro elementos, que se repetem em seqüência aleatória. O teste é composto por 14 linhas que contém, cada uma, 47 sinais. O tempo de preenchimento de cada linha é de 20 segundos.

Os dados obtidos nessa testagem permitem a análise do total de erros cometidos e do tipo de erro apresentado (erro tipo 1 = sinais omitidos; erro tipo 2 = marcação de sinais não idênticos ao modelo). Além disso, permitem a contagem do resultado bruto (RB), do resultado líquido (RL) e da amplitude de oscilação de desempenho (AO). O RB corresponde ao número total de itens marcados; o RL, ao resultado bruto menos o total de erros. A amplitude de oscilação de desempenho corresponde à diferença entre o maior e o menor número de sinais marcados em qualquer uma das 14 linhas.

Em relação às qualidades psicométricas do instrumento, os estudos realizados com amostras brasileiras revelaram índices adequados de precisão e estabilidade teste-reteste. Os coeficientes de precisão calculados pelo método das metades variaram de 0,95 a 0,97 (RB e RL). Quanto às demais formas de validação, no manual, encontram-se descrições de pesquisas alemãs que atestam a validade de construto e de critério do D2; porém, não há citações de outros estudos brasileiros.

**Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: III Edição (WISC III)** – Elaborada por David Wechsler em 1991 e adaptada para o Brasil por Vera Figueiredo em 2002, destina-se à avaliação cognitiva de indivíduos entre 06 anos e 16 anos e 11 meses de idade. É composta por 13 subtestes, organizados em duas áreas. A área verbal compreende os subtestes Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos<sup>18</sup>. A área de Execução (ou Percepto-motora) inclui os subtestes Completar Figuras, Código, Arranjo de Figuras, Cubos, Armar Objetos, Procurar Símbolos e Labirintos. Os resultados nesses subtestes permitem o cálculo de três medidas: QI Verbal, QI de Execução e QI

Total. Além disso, viabilizam o cálculo de quatro escores opcionais provenientes de índices fatoriais. As escalas derivadas das análises fatoriais dos subtestes do WISC II são: Fator I – Compreensão verbal (Informação + Semelhanças + Vocabulário + Compreensão); Fator II – Organização perceptual (Completar Figuras + Arranjo de Figuras + Cubos + Armar Objetos); Fator III – Resistência à distração (Aritmética + Dígitos) e Fator IV – Velocidade do processamento (Código + Procurar Símbolos).

Todos os subtestes visam à investigação de aspectos cognitivos ou neuropsicológicos. Contudo, para avaliação de atenção e impulsividade, estudos clínicos realizados por Benczik e Leal (1997) sugerem que a atenção vigilante seja avaliada pelo subteste Dígitos, a atenção difusa, pelo subtestes Código, a atenção mantida, pelo subteste Aritmética e a impulsividade, pelo subteste Labirinto. Esses dados vêm ao encontro dos resultados encontrados em uma amostra de crianças e adolescentes americanos com diagnóstico de TDAH, composta para validação de critério da versão original do WISC III (Wechsler, 1991). Nessa amostra, foram obtidos escores médios baixos nas escalas de Velocidade de processamento e Resistência à distração, principalmente nos subtestes Códigos e Dígitos. Segundo explica Figueiredo (2002, p. 11), isso ocorre porque os subtestes Códigos, Aritmética e Dígitos avaliam uma “combinação de atenção, memória de curto prazo e algum nível de capacidade numérica”. Isso é o que demonstra uma série de pesquisas de Cohen, Kaufman e Wielkiewicz discutidas pela autora na sessão do manual do WISC relativa às evidências de um terceiro fator (p. 181). Essas pesquisas sugerem também que as tarefas subjacentes aos subtestes Códigos, Aritmética e Dígitos envolvem outros processos, tais como capacidade seqüencial, memória auditiva e inibição de comportamento. Assim sendo, é justificada a seleção desses subtestes para o trabalho de validação divergente da escala de atenção/atividade motora, em adição ao D2.

O subteste Código caracteriza-se por apresentar uma sucessão de números, cada um pareado com um símbolo simples. O sujeito é instruído a reproduzir graficamente o símbolo que aparece sob o número correspondente, em uma grade de respostas, de acordo com o modelo. O tempo máximo de realização do teste é 120 segundos. O subteste Dígitos corresponde a um conjunto de seqüências numéricas apresentadas oralmente, que devem ser repetidas literalmente pelo sujeito ou de forma inversa, conforme instrução específica. O subteste Aritmética é composto por uma série de problemas e cálculos matemáticos, que o indivíduo resolve mentalmente e responde verbalmente, dentro de um tempo-limite. Já o subteste Labirinto é constituído por uma série de dez exercícios gráficos progressivamente

---

<sup>18</sup> Nas avaliações clínicas, os subtestes Dígitos, Procurar Símbolos e Labirinto são considerados suplementares e podem ser aplicados em lugar de qualquer outro subteste de sua área. A exceção nesse caso é

mais complexos, nos quais o indivíduo deve indicar o caminho que representa a menor distância entre o centro do labirinto e a saída desse dentro de um tempo-limite. Para tanto, é instruído a não tirar o lápis do papel durante execução do teste e não ultrapassar linhas (paredes do labirinto).

Em relação às propriedades psicométricas do WISC III, os estudos descritos no manual do instrumento adaptado para o Brasil evidenciam a qualidade dessa escala de inteligência ao indicar níveis satisfatórios de precisão, estabilidade e outras formas de validação dos escores obtidos (validade de construto, validade preditiva de rendimento escolar e validade concorrente). Os coeficientes de fidedignidade dos subtestes (calculados pelo método de Guttman) variaram de 0,69 a 0,87 na amostra americana e de 0,63 a 0,82 na amostra pelotense. Nos fatores Resistência à distração e Velocidade de processamento esse índice foi, respectivamente, igual a 0,84 e 0,74 no estudo de Figueiredo (2002). As cargas fatoriais obtidas nas análises realizadas a partir da técnica de rotação *varimax* variaram de 0,60 a 0,85 no Fator I (Compreensão verbal) e de 0,41 a 0,75 no Fator II (Organização perceptual). No subteste Aritmética, Dígitos e Códigos, as cargas fatoriais obtidas foram, respectivamente, iguais a 0,54, 0,30 e 0,71. Quanto à validade concorrente, as maiores correlações obtidas entre o desempenho nas Matrizes Progressivas de Raven e nos subtestes do WISC III foram encontradas com as escalas de Execução e Organização perceptual, conforme esperado. Isso porque, por definição, o Raven se trata de um teste de inteligência não verbal.

#### **4.2.3. Procedimentos**

Os mesmos procedimentos relativos ao contato com as escolas, à comunicação do estudo aos participantes e às questões éticas executados no estudo anterior foram adotados na etapa de validação convergente/divergente das escalas construídas. Quanto à administração dos pares de instrumentos, todos os demais testes foram aplicados de forma coletiva, em sala de aula, à exceção dos subtestes do WISC III. Os subtestes Dígitos, Aritmética, Labirinto e Códigos do WISC III foram aplicados individualmente nos adolescentes em razão das necessidades específicas do teste, preconizadas no manual (exemplo: consideração do tempo de resposta, atenção às verbalizações, observação da atenção do participante à instrução de não retirar o lápis do papel no subteste Labirinto). Em todas as situações de coleta desse estudo, a ordem da apresentação dos instrumentos foi aleatória, a fim de evitar um possível viés de resposta.

---

o subteste Procurar Símbolo, o qual pode substituir somente o subteste códigos.

### 4.3. Tratamento e análise dos dados

A primeira análise realizada foi o cálculo dos *Alphas* de Cronbach das escalas administradas para verificar se, na nossa amostra, os instrumentos apresentavam propriedades psicométricas que permitissem a validação dos testes elaborados. A seguir, os escores obtidos na administração simultânea de cada uma das escalas criadas e de seus instrumentos convergentes ou divergentes foram submetidos à técnica de Correlação de *Pearson*. A partir dessa técnica foi possível investigar também quais fatores extraídos das escalas apresentaram maior correlação com os instrumentos utilizados como padrão-ouro na validação concorrente.

### 4.4. Resultados

A análise de consistência interna mostrou que os instrumentos considerados padrão-ouro eram pertinentes para validação das escalas, pois apresentavam índices de precisão (*Alpha* de Cronbach) satisfatórios. Quanto à investigação da validade convergente/divergente, as correlações obtidas entre as escalas criadas e os instrumentos padrão-ouro podem ser verificadas nas Tabelas 24, 25, 26 e 27. Conforme se observa, o Fator 1 da Escala de Ansiedade apresentou correlações significativas com a Escala Beck de Ansiedade e os Fatores 1 (Vulnerabilidade psicológica) e 3 (Ansiedade) da Escala de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. Os três fatores da Escala de Humor apresentaram correlações significativas com a Escala Beck de Depressão e a Escala Beck de Desesperança, na direção esperada. A Escala Beck de Ideação Suicida apresentou uma forte correlação positiva com o terceiro fator da escala de humor, que avalia indicadores de mania e risco de suicídio.

Na comparação da Escala de Conduta Social com o fator Desajustamento Psicossocial da EFN, constatou-se uma forte correlação positiva com fatores ‘Comportamento anti-social’ e ‘Desafio-oposicionismo’ e uma correlação negativa com o fator ‘Comportamento pró-social’. Uma correlação negativa foi observada entre o fator ‘Comportamento pró-social’ e o fator ‘Ansiedade’ do EFN. O fator ‘Desafio-oposicionismo’ apresentou também uma correlação positiva com os fatores Ansiedade e Depressão da EFN.

Na comparação da Escala de Conduta Social com o Inventário de Habilidades Sociais, o fator ‘Desafio-oposicionismo’ mostrou uma correlação significativa com os fatores ‘Conversação social e desenvoltura social’ e ‘Auto-exposição a desconhecidos e situações novas’. Ainda, uma correlação significativa foi observada entre a subescala ‘Comportamento pró-social’ e o fator ‘Enfrentamento/autoafirmação com risco’ do IHS.

Na escala de atenção, correlações negativas ocorreram entre a subescala ‘Controle das Funções Executivas’ e os resultados que representam erros por omissão e erros por marcação de sinais não idênticos ao modelo. Uma forte correlação positiva ocorreu entre o fator ‘Hiperatividade/Impulsividade’ e o número de erros cometidos pelo participante por marcar sinais não idênticos ao modelo. Em relação ao WISC, observa-se que o subteste Códigos apresentou uma correlação negativa com o fator ‘Desatenção’ e uma correlação positiva com o fator ‘Controle das Funções Executivas’. Também o subteste Aritmética apresentou uma correlação positiva com os indicadores de controle das funções executivas.

Tabela 24

Correlação entre a Escala de Ansiedade e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro

Padrão-ouro	Fator 1 Ansiedade	Fator 2 Ansiedade
EFN – Fator Vulnerabilidade Psicológica	r=0,35** N=92	r= -0,06 N=95
EFN – Fator Desajustamento Psicossocial	r=0,17 N=89	r= -0,12 N=92
EFN – Fator Ansiedade	r=0,40** N=87	r=0,09 N=90
EFN – Fator Depressão	r=0,08 N=88	r= -0,04 N=91
BAI	r=0,30* N=58	r=0,11 N=61

Nota: \*  $p>0,05$ ; \*\*  $p>0,01$

Tabela 25

Correlação entre a Escala de Humor e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro

Padrão-ouro	Fator 1	Fator 2	Fator 3
BDI	r=0,57** N=50	r= -0,32* N=50	r=0,63** N=50
BHS	r=0,35** N=50	r= -0,47** N=51	r=0,35** N=50
BSI	r=0,25, $p<0,07$ N=51	r= -0,24, $p<0,08$ N=51	r=0,53** N=51

Nota: \*  $p>0,05$ ; \*\*  $p>0,01$

Tabela 26

Correlação entre a Escala de Conduta Social e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro

Padrão-ouro	Fator 1	Fator 2	Fator 3
EFN – Fator Vulnerabilidade Psicológica	r=-0,04 N=92	r=-0,02 N=91	r=-0,17, $p<0,09$ N=96
EFN – Fator Desajustamento psicossocial	r=0,57** N=94	r=-0,43** N=92	r=0,56** N=97
EFN – Fator Ansiedade	r=0,15 N=95	r=-0,24** N=94	r=0,43** N=99
EFN – Fator Depressão	r=0,09 N=92	r=-0,10 N=90	r=0,23* N=95
IHS – Fator Enfrentamento/Auto-afirmação com Risco	r=-0,02 N=32	r=0,38* N=32	r=0,07 N=34
IHS – Fator Auto-afirmação de Afeto Positivo	r=-0,18, $p<0,10$ N=33	r=0,28 N=33	r=0,09 N=34
IHS – Fator Conversação e Desenvoltura Social	r=0,10 N=34	r=-0,01 N=34	r=0,43** N=35
IHS – Fator Auto-exposição a Desconhecidos e Situações Novas	r=0,13 N=33	r=-0,01 N=33	r=0,37* N=34
IHS – Autocontrole da Agressividade	r=-0,01 N=34	r=0,21 N=34	r=-0,06 N=35

Nota: \*  $p>0,05$ ; \*\*  $p>0,01$ 

Tabela 27

Correlação entre a Escala de Atenção/Atividade Motora e os Instrumentos Considerados Padrão-Ouro

Padrão-ouro	Fator 1	Fator 2	Fator 3
D2			
Número de acertos	r=0,10 N=38	r= -0,02 N=38	r=0,02 N=39
Erro tipo 1	r=0,02 N=38	r= -0,39** N=38	r=0,13 N=39
Erro tipo 2	r=-0,05 N=38	r=-0,53** N=38	r=0,58** N=39
WISC			
Labirinto	r=-0,20 N=37	r=-0,07 N=41	r=0,04 N=44
Código	r=-0,42** N=37	r= 0,39** N=41	r=-0,27, $p<0,06$ N=44
Aritmética	r=0,04 N=37	r= 0,44** N=41	r=0,10 N=44
Dígitos	r=-0,28, $p<0,08$ N=37	r=0,05 N=41	r=-0,12 N=44

Nota: \*  $p>0,05$ ; \*\*  $p>0,01$

#### 4.5. Discussão

As correlações obtidas evidenciam a validade convergente/divergente das escalas criadas. A Escala de Ansiedade mostrou correlações não apenas com a BAI, que avalia, sobretudo, sintomas somáticos e cognitivos, como também com as escalas de ansiedade e vulnerabilidade emocional da EFN, que contém várias sentenças referentes a alterações emocionais e cognitivas (baixa auto-estima, baixa crença de auto-eficácia, etc). A Escala de Humor apresentou correlações coerentes com os construtos avaliados através das Escalas Beck. Correlações positivas foram obtidas entre as Beck e os fatores 'Indicadores de humor depressivo' e 'Mania e risco de suicídio' e correlações negativas foram obtidas entre as Beck e o fator 'Bem-estar subjetivo'.

Na Escala de Conduta Social, as correlações significativas ocorreram nos fatores esperados, quando cruzados os resultados com a EFN. Indivíduos que apresentam altos escores nas subescalas 'Comportamento anti-social' e 'Desafio-oposicionismo' tendem a apresentar também altos escores no fator 'Desajustamento emocional' da EFN. Em contraponto, indivíduos com alto escore na escala de comportamento pró-social, tendem a apresentar menos indicadores de desajustamento psicossocial na Escala de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. Essa subescala do EFN avalia indicadores de personalidade relacionados ao Transtorno de personalidade anti-social e ao Transtorno *borderline* e inclui sentenças relacionadas à conduta invasiva, comportamento de risco, descaso social, agressividade e necessidade de chamar atenção.

A correlação negativa observada entre comportamento pró-social e indicadores de ansiedade é supostamente explicada pelo bem-estar adquirido em situações em que o comportamento social apresentado pelo sujeito é reforçado pela comunidade. Em contrapartida, a correlação positiva obtida entre o fator 'Desafio-oposicionismo' e os fatores ansiedade e depressão relaciona-se provavelmente às situações de exclusão social que o oposicionismo implica.

Um dado interessante foi a correlação obtida entre o Fator 'Comportamento pró-social' e o Fator 'Enfrentamento/auto-afirmação com risco' do Inventário de Habilidades Sociais. Ambos fatores são compostos por sentenças que representam atenção aos direitos alheios e outros comportamentos que avaliam assertividade social. Além disso, os comportamentos descritos em ambos fatores parecem depender mais de um auto-reforçamento do que de um reforçamento externo.

As correlações positivas obtidas entre a subescala 'Desafio-oposicionismo' e os fatores 'Conversação e desenvoltura social' e 'Auto-exposição a desconhecidos e situações novas' do IHS corroboram a idéia de que o terceiro fator da Escala de Conduta Social

envolve indicadores de iniciativa social (busca de novidades, determinação, empenho na busca de objetivos planejados, espontaneidade, senso de conquista e ousadia)

As correlações negativas obtidas entre a subescala de Controle das Funções Executivas e o número de erros cometidos pelo participante no teste D2 corroboram a hipótese de que esse fator da escala de atenção avalia a capacidade do sujeito selecionar adequadamente ações e permanecer diligente durante a realização de uma atividade, conforme descrito no Estudo 2. O resultado que indica uma correlação positiva entre 'Hiperatividade/Impulsividade' e a marcação de sinais diferentes aos do modelo no D2 também é coerente com as expectativas formuladas a partir da descrição do construto, pois a avaliação e classificação precipitada de sinais que apresentam aspecto semelhante ao modelo é um erro de pré-julgamento característico das situações de impulsividade ou falta de diligência.

Em relação aos resultados do WISC, os resultados do subteste Códigos vêm na mesma direção das interpretações apresentadas na discussão da correlação obtida entre o Erro do tipo 2 no D2 e a capacidade de controle das funções executivas (Fator 2 da escala de Atenção). O sentido das correlações entre esses fatores foi o mesmo encontrado entre o Fator Controle das Funções Executivas e o Códigos, um subteste no qual o participante reproduz o símbolo indicado no modelo. Visto que essa é uma atividade que requer alta capacidade de atenção, uma forte correlação negativa ocorreu também entre o desempenho dos adolescentes no Códigos e no Fator Desatenção. A correlação entre o subteste Aritmética do WISC e o segundo fator da Escala de Atenção demonstra também a pertinência do instrumento para avaliação das funções executivas. Isso porque os cálculos necessários para um bom desempenho nesse teste requerem capacidade de atenção, memória de trabalho, seriação e planificação de ações, que são típicas do funcionamento executivo. Ressalta-se, por fim, uma correlação marginalmente significativa obtida entre o subteste dígitos, o qual avalia atenção difusa, e o fator Desatenção ( $p < 0,08$ ). Como a correlação apresentada ocorreu na direção esperada, sugere-se que novos estudos sejam realizados com amostras maiores para investigar a aproximação teórica dos construtos avaliados pelos testes em questão. Nesse sentido, deve-se indicar que apenas estudos com amostras americanas são encontrados no manual do WISC para demonstrar a validade de critério do subteste Dígitos junto a amostras clínicas com diagnóstico de TDAH. Assim, sugere-se também a realização de estudos que investiguem a validade preditiva do subteste Dígitos em amostras brasileiras e, principalmente, os pontos de corte clínico desse instrumento.

## ESTUDO IV

### VALIDAÇÃO DE CRITÉRIO DA ESCALA DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES

#### 5.1. Introdução

A validação de critério tem como objetivo verificar o poder das escalas em prever características do indivíduo observadas no presente, através de pesquisas de delineamento transversal (validação concorrente), ou no futuro, através de estudos longitudinais (validação preditiva) (Pasquali, 1999). A validação concorrente ocorre através da semelhança dos escores obtidos na avaliação simultânea e a preditiva, através de confirmação de prognósticos, desempenhos ou qualquer indicador de comportamentos futuro (Cronbach, 1996).

Na validação concorrente, um determinado critério (p. ex., a ocorrência de sinais e sintomas descrito em manuais psiquiátricos como típicos de um transtorno mental ou o escore obtido através de uma técnica já validada) passa a ser parâmetros para certificar se o instrumento consegue, de fato, avaliar o construto desejado. A confirmação da qualidade do teste é atestada à medida que os escores obtidos nas escalas em pesquisa indicam resultados próximos daqueles encontrados por meio de outros procedimentos confiáveis. Essa validação permite que se identifique o poder de discriminação dos itens (Pasquali, 2001). Ou seja, a capacidade que um item tem de diferenciar sujeitos que apresentam magnitudes próximas no traço investigado pelo instrumento.

A discriminação do item pode ser estabelecida por diferentes formas, tais como a seleção de grupos-critério, a análise dos índices de discriminação do item e a teoria de resposta ao item (TRI) (Pasquali, 1999). Na presente pesquisa, a técnica utilizada foi a seleção de três grupos-critério distintos: I) grupo dos adolescentes acusados formalmente de infringir a lei; II) grupo clínico de adolescentes com diagnóstico psiquiátrico; III) grupo de adolescentes escolares indicados pelos professores/coordenadores pedagógicos por apresentar comportamentos atípicos relacionados aos construtos investigados.

Na validação de grupo-critério, a qualidade do teste é determinada pela sua capacidade de discriminar alterações no funcionamento psicossocial do sujeito, já identificadas previamente por terceiros, de forma objetiva. O essencial nesse procedimento é que os critérios escolhidos como referência sejam condizentes à finalidade do instrumento. No caso dessa pesquisa, foram considerados critérios para validação do Grupo I a ocorrência de uma queixa crime contra o adolescente (decorrente de um

flagrante delito ou de uma acusação representada formalmente na Delegacia de Polícia e encaminhada à Promotoria da Infância e Juventude) e o veredicto estabelecido pela promotora que conduziu a audiência do adolescente (isto é, a indicação de medida sócio-educativa adotada). Para o Grupo II, o critério utilizado como referência para validação das escalas foi o encaminhamento, feito por psicólogos, psiquiatras e neurologistas, de adolescentes com indicação diagnóstica de disfunções psiquiátricas relacionadas aos construtos estudados. A seleção dos adolescentes do grupo clínico foi realizada por profissionais que utilizavam como parâmetro diagnóstico os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) ou da CID 10 (OWH, 1993). Na constituição desse grupo amostral, foi considerada a necessidade de exclusão do grupo amostral dos adolescentes que já haviam iniciado tratamento medicamentoso a mais de uma semana antes da possibilidade de aplicação das escalas. Para o Grupo III, o critério utilizado foi a indicação de professores ou orientadores pedagógicos de adolescentes que, no contexto escolar, apresentavam reiteradamente comportamentos indicativos de problemas de conduta, dificuldades de atenção ou hiperatividade ou ansiedade exacerbada.

## **5.2. Coleta de dados para validação de critério das escalas que compõem a Bateria de Ajustamento Psicológico de Adolescentes**

### **5.2.1. Grupo-critério I - Grupo dos adolescentes acusados formalmente de infringir a lei**

#### **5.2.1.1. Participantes e procedimentos**

Participaram do estudo 129 adolescentes (média de idade = 15,4 anos; d.p. = 1,46), intimados pela Promotoria da Infância e Juventude de Porto Alegre para audiência judicial entre dezembro de 2004 e fevereiro de 2005, em razão de uma queixa crime representada por terceiros contra o adolescente. Todos responderam à Escala de Conduta Social. A caracterização demográfica dessa amostra encontram-se descritas nas Tabelas 28 e 29.

Quando convidados a responder ao instrumento, os adolescentes eram informados que sua participação era voluntária e independente do resultado da audiência e que seus dados eram anônimos e sigilosos à Promotoria. Além do consentimento do participante, foi coletado o consentimento livre e esclarecido dos responsáveis que o acompanhavam na audiência, ou, no caso desses estarem ausentes, da promotora responsável pelo processo do adolescente. A audiência de todos adolescentes foi acompanhada por um dos membros da equipe de pesquisa, que anotava dados relevantes como a acusação sofrida pelo adolescente e o encaminhamento judicial dado ao caso. A aplicação das escalas era

realizada, após a audiência, por outro membro da equipe, desconhecedor da acusação pela qual o adolescente estava respondendo. Esse cuidado justifica-se pelo fato de que, no caso dos adolescentes não alfabetizados, a leitura dos itens ao adolescente era realizada pelo pesquisador. Assim, o acompanhamento da audiência poderia criar um viés de respostas.

A administração do instrumento ocorreu em uma sala fechada cedida pela Promotoria, que resguardava a privacidade do respondente. Mesmo no caso dos adolescentes que já estavam privados de liberdade em função de outra ocorrência e que chegavam à audiência algemados e acompanhados de um técnico da FASE, era garantida a possibilidade do adolescente preencher à escala individualmente, embora monitorado “de longe” (acerca de cinco metros de distância) pelo segurança responsável pela saída do adolescente da FASE. Aos adolescentes não alfabetizados, a aplicação dos instrumentos sofreu uma adaptação, como já descrito: os itens eram lidos pelo aplicador e marcados na folha de respostas pelo adolescente ou pelo aplicador, conforme escolha e nível de compreensão do participante.

Os dados da amostra judicial foram comparados com os resultados obtidos no estudo de validação de construto apresentado no Estudo II

Tabela 28

Caracterização de Sexo e Idade da Amostra Judicial Participante da Validação de Critério da Escala de Conduta Social

	Sexo		Idade					
	Masculino	Feminino	12	13	14	15	16	17
<i>n</i>	89	40	06	07	21	25	26	44
% <sup>a</sup>	68,9	31,0	4,6	5,4	16,2	19,3	20,1	34,1

Nota: a= valor referente aos percentuais válidos

Tabela 29

Caracterização de Nível de Instrução e Tipo de Escola da Amostra Judicial Participante da Validação de Critério da Escala de Conduta Social

	Nível de Instrução									Escola		
	Não Escolarizado	1 <sup>a</sup> EF <sup>b</sup>	2 <sup>a</sup> EF	3 <sup>a</sup> EF	4 <sup>a</sup> EF	5 <sup>a</sup> EF	6 <sup>a</sup> EF	7 <sup>a</sup> EF	8 <sup>a</sup> EF	Pública	Particular	Evadido
<i>n</i>	05	26	09	07	13	20	12	23	14	102	11	16
% <sup>a</sup>	4,03	20,96	7,25	5,64	10,48	16,12	9,67	18,54	11,29	90,26	9,73	14,45

Notas: a) a= valor referente aos percentuais válidos; b) EF= Ensino Fundamental

### 5.2.1.2. Resultados

O teste de comparação de médias mostrou que os adolescentes participantes da amostra judicial apresentaram uma média de escores significativamente maior no fator ‘Comportamento Anti-Social’ ( $t = -9,87$ , g.l. = 1071,  $p < 0,01$ ) e significativamente menor no fator ‘Comportamento Pró-social’ ( $t = 17,36$ , g.l. = 981,  $p < 0,01$ ). O fator ‘Desafio-Oposicionismo’ não apresentou diferenças ( $t = 0,16$ , g.l. = 1029,  $p < 0,87$ ). A Tabela 30 apresenta dados sobre os escores obtidos.

Tabela 30

Resultados da Comparação dos Escores na Escala de Conduta Social obtidos na Amostra Judicial e na Amostra do Estudo de Validade de Construto

	Média	Desvio-padrão	Valores mín.-máx.	Mediana	Curtose
Fator 1 – Comportamento anti-social					
Amostra val.construto	73,3	23,10	40-192	69	-0,51
Amostra judicial	100,2	21,76	59-143	97	1,79
Fator 2 – Comportamento pró-social					
Amostra val.construto	85,5	13,89	26-115	87	0,19
Amostra judicial	58,6	13,10	32-89	57	-0,31
Fator 3 –Desafio-oposicionismo					
Amostra val.construto	47,3	12,63	17-85	48	-0,53
Amostra judicial	47,4	9,04	26-68	48	-0,51

A distribuição dos escores obtidos na amostra da Promotoria ficou deslocada para a esquerda no Fator 1 e para a direita no Fator 2, conforme esperado. A comparação entre a distribuição dos escores da amostra judicial e da amostra pesquisada na validação de construto pode ser verificada nas Figuras 25, 26 e 27.

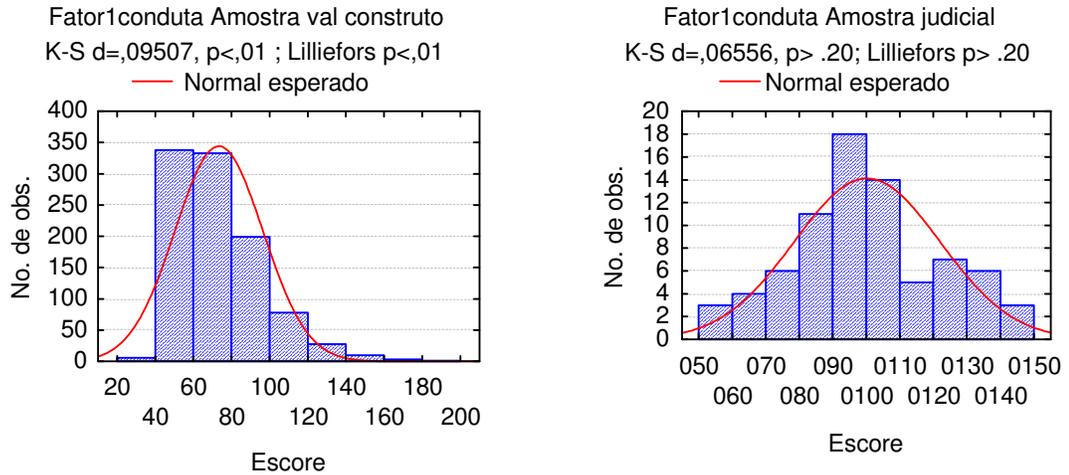


Figura 25. Histogramas de Distribuição das Respostas no Fator 1 da Escala de Conduta Social da Amostra Judicial e da Amostra do Estudo de Validação de Construto

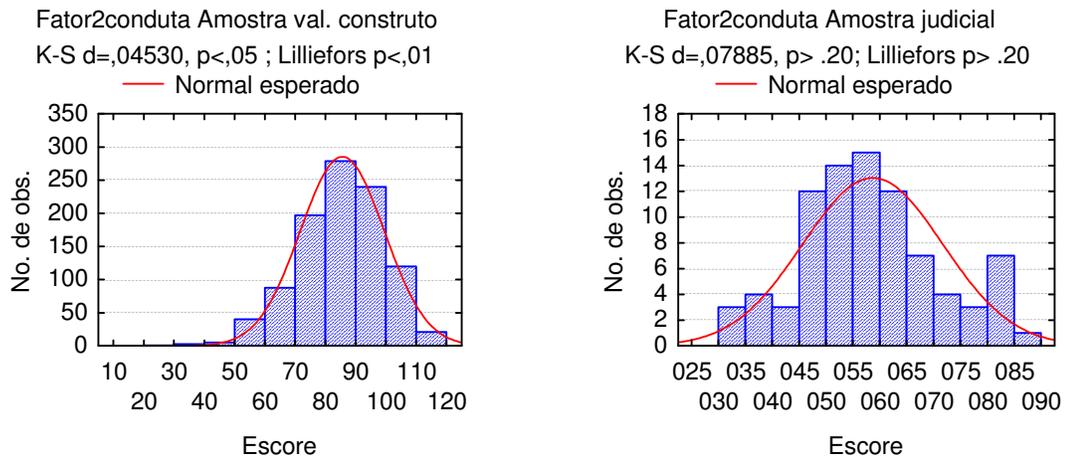


Figura 26. Histogramas de Distribuição das Respostas no Fator 2 da Escala de Conduta Social da Amostra Judicial e da Amostra do Estudo de Validação de Construto

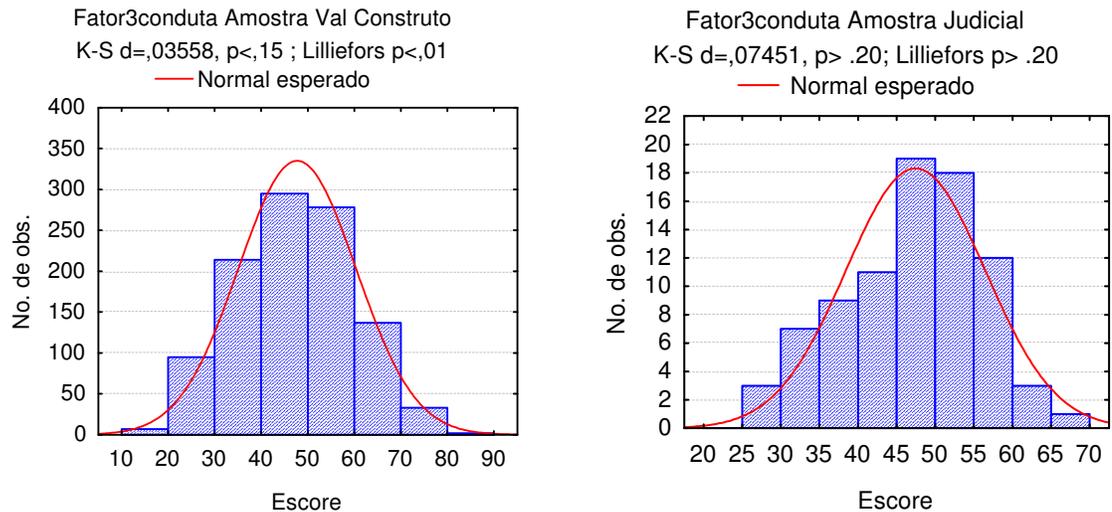


Figura 27. Histogramas de Distribuição das Respostas no Fator 3 da Escala de Conduta Social da Amostra Judicial e da Amostra do Estudo de Validação de Construto

### 5.2.1.3. Discussão

Os resultados obtidos evidenciaram a validação de critério da escala, pois mostram que os adolescentes acusados de atos infracionais apresentam mais indicadores de comportamento anti-social e pontuam menos na escala que avalia expressão de empatia, solidariedade, atenção às combinações e aos direitos alheios e busca de bem-estar coletivo (Fator 2). Para fins de validação, é interessante considerar que a indiferença aos direitos e desejos alheios e a dificuldade de manifestar empatia são algumas das principais características do Transtorno de personalidade anti-social - um quadro que tem como preditores comportamentos hostis, vingativos e defraudadores, os quais tendem a iniciar ainda na infância. No entanto, é importante que se considere também que a mensuração de indicadores anti-sociais é paralela à avaliação de desenvolvimento moral do adolescente e que a delinquência não é, necessariamente, uma conduta hedonista. De fato, o cometimento de ato infracional implica comportamentos anti-sociais direcionados às vítimas, mas ocorre também entre adolescentes que manifestam comportamentos pró-sociais em outros contextos, em especial em relação à sua família e ao seu grupo.

Estudos com adolescentes mostram que os atos infracionais mais frequentemente cometidos pelos adolescentes são relacionados a tráfico de entorpecentes e a atos contra o patrimônio (furtos, roubos, depredação de patrimônio, estorção, etc) e não contra a pessoa (ameaça, injúria, difamação, lesão corporal, maus tratos, etc). Esse dado indica que a expressão de condutas anti-sociais parece estar relacionada, sobretudo, às contingências sociais do adolescente (Assis & Constantino, 2005).

O estudo realizado por Pacheco em 2005 com 140 adolescentes infratores privados de liberdade demonstra ser pertinente conceber a delinquência e a manifestação de comportamentos pró-sociais como variáveis independentes. Nessa pesquisa, a entrevistadora questionava o adolescente sobre as motivações que o levaram ao ato infracional e sobre o destino dado ao dinheiro produto dos delitos. As análises revelaram que mais de um quarto dos adolescentes dizia auxiliar a família com o dinheiro do delito e 24,3% diziam ter cometido o primeiro infracional por pressão/convite do grupo de amigos, o que demonstra que seu comportamento ocorre dentro de um contexto em que existem movimentos de solidadedade e valores éticos peculiares àquele grupo. Portanto, parece falacioso pensar que o ato infracional é incompatível com um interesse pró-social.

Em relação à subescala Desafio-Oposicionismo, a semelhança das médias obtidas entre a amostra judicial e a comunitária nesse fator pode ser explicado por duas circunstâncias. A primeira sugere que os adolescentes envolvidos em condutas anti-sociais não se caracterizam por ter mais iniciativa, mais características de liderança, maior

interesse em controlar as situações ou mesmo mais condutas oposicionistas que seus pares. Essa idéia é defendida desde o início dessa pesquisa, quando foi assumida a hipótese de ortogonalidade das dimensões para o tratamento estatístico dos dados. A segunda supõe que os adolescentes (de ambos os grupos) que apresentam maior tendência a controlar a situação responderam de acordo com o que julgavam ser socialmente desejado, minimizando as diferenças.

Na análise desses dados, deve-se considerar que a iniciativa é uma característica relacionada à defesa de interesses (não necessariamente pessoais) e ao desenvolvimento da assertividade social, o que pode ser um traço fortemente desejável para adaptação social. Assim, altos escores no terceiro fator somente devem ser qualificados como marcadores clínicos quando relacionados a prejuízo social decorrentes da desconsideração a terceiros ou de uma conduta hostil.

Além disso, observa-se que muitos adolescentes com características depressivas e introvertidas tendem a se expor a situações de risco e violência e se tornar mais submissos às combinações estabelecidas pelo grupo de pares. Os motivos que reforçam essa relação de subserviência dependem de diferentes fatores pessoais e sociais (ex: acesso a drogas, percepção de aceitação social, etc), os quais não isentam a responsabilidade do adolescente sobre seu ato, mas revelam que ações anti-sociais não devem ser classificadas, *a priori*, como uma ação desafiadora. De qualquer forma, esses casos mostram que, embora o Transtorno desafiador opositivo seja um forte preditor da conduta anti-social, o segundo e o terceiro fator, de fato, medem facetas diferentes do construto conduta (anti)social.

## **5.2.2. Grupo-critério II - Grupo clínico de adolescentes com diagnóstico psiquiátrico**

### **5.2.2.1. Participantes e procedimentos**

Para composição desse grupo amostral, o estudo contou com a colaboração de psicólogos, psiquiatras e neurologistas que encaminharam à pesquisa adolescentes que foram avaliados em situações clínicas de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) ou da CID-10 (OWH, 1993). Operacionalmente, foram constituídos cinco grupos-critério provenientes dessas amostras clínicas. Cada grupo refere-se a um dos construtos de interesse da bateria. O grupo relativo ao construto ansiedade foi composto por adolescentes que apresentavam sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Fobia Específica ou Transtorno de Pânico. O grupo-critério relativo ao construto humor, por adolescentes com fortes marcadores referentes a algum Transtorno de Humor. Os participantes do grupo-critério referente ao construto conduta social apresentavam

diagnóstico prévio de Transtorno de Conduta ou de Transtorno Desafiador Opositivo. O diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Obsessivo-Compulsivo foi o critério eleito para seleção do grupo clínico que constituiu amostra para validação de critério da escala de pensamento. Por fim, o grupo-critério relativo ao construto atenção/atividade motora foi constituído por adolescentes com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. As características demográficas dos participantes da amostra clínica podem ser verificadas na Tabela 31.

Tabela 31

## Características Demográficas da Amostra Clínica

Construto	N	Média de idade (d.p.)	Sexo
Ansiedade	62	14,6 (1,55)	35,4% masc; 64,5% femin
Humor	36	14,5 (1,55)	41,6% masc; 58,3% femin
Pensamento	23	16,3 (0,88)	47,8% masc; 52,1% femin
Atenção/atividade motora	55	13,5 (1,56)	55,3% masc; 44,7% femin
Conduta social	24	15,7 (1,06)	58,3% masc; 41,6% femin

Os profissionais de saúde que realizaram o encaminhamento da amostra desenvolvem reconhecida atividade clínica de avaliação e atendimento em hospitais, serviços ambulatoriais de saúde mental ou consultórios, situados em Porto Alegre, Canoas ou Região do Vale dos Sinos. Todos foram orientados a encaminhar somente adolescentes recentemente diagnosticados, os quais ainda não estavam sob efeito de tratamento medicamentoso ou psicoterápico. Para facilitar a comunicação com o profissional, em alguns locais de atendimento, um dos pesquisadores participava das reuniões clínicas, destinadas à discussão dos casos atendidos no serviço durante a semana e agendava posterior aplicação das escalas no adolescente. No caso de ambulatórios destinados ao atendimento de transtornos específicos, que aconteciam com agendamento sistemático de pacientes para o mesmo horário da semana, um dos pesquisadores dirigia-se ao ambulatório no horário destinado ao atendimento para verificar se algum dos casos avaliados pelo profissional na ocasião enquadrava-se nos critérios de inclusão da amostra para essa etapa do estudo (idade, sintomas diagnosticados e ausência de tratamento).

Quanto aos procedimentos de coleta de dados, cada adolescente respondeu somente à escala respectiva ao construto diretamente relacionado a seu diagnóstico. Os dados foram coletados pela pesquisadora no local onde o adolescente foi avaliado pelo profissional que o indicou ou em consultório particular. Para exclusão dos casos de retardo mental, foi

aplicado também no grupo clínico um teste de avaliação cognitiva (Matrizes Progressivas Raven) e excluído os casos com escore indicativo de retardo mental grave ou moderado.

### 5.2.2.2. Resultados

As análises mostraram diferenças significativas de médias em todas as escalas quando comparado os escores do grupo clínico com os dados obtidos no estudo de validação de construto. Na maioria dos fatores comparados, o tamanho de efeito da diferença foi alto, demonstrando o potencial do fator em discriminar grupos clínicos. A média e desvio-padrão de cada grupo e os resultados dos Testes *t* estão descritos na Tabela 32.

Tabela 32

Resultados dos Testes *t* realizados com Amostras da Comunidade e Amostras Clínicas

Escala/ Fator	Média amostra validade construto	Média amostra clínica	D.p. amostra validade construto	D.p. amostra clínica	<i>t</i>	g.l.	<i>p</i> <
<b>Ansiidade</b>							
Fator 1	132,9	189,0	31,47	19,85	-12,89	737	0,01
Fator 2	35,7	36,6	7,82	6,75	-0,83	737	0,40
<b>Humor</b>							
Fator 1	101,7	162,9	29,33	17,62	-11,7	776	0,01
Fator 2	72,9	64,6	11,04	11,96	4,14	776	0,01
Fator 3	40,7	61,9	12,21	14,66	-9,54	776	0,01
<b>Pensamento</b>							
Fator 1	99,0	147,7	24,72	18,24	-8,74	773	0,01
Fator 2	103,8	105,4	18,55	10,06	-4,7	773	0,01
<b>Atenção/ At. motora</b>							
Fator 1	64,4	90,3	16,21	10,90	-11,41	780	0,01
Fator 2	34,3	32,3	6,39	8,92	2,35	780	0,01
Fator 3	35,1	46,4	8,95	7,50	-8,99	780	0,01
<b>Conduta Social</b>							
Fator 1	73,2	94,5	22,98	17,4	-4,48	885	0,01
Fator 2	86,1	77	13,82	12,65	3,2	885	0,01
Fator 3	48,1	66,3	12,77	9,05	-6,98	885	0,01

Análises de comparação de média por sexo mostraram que, na amostra clínica, os meninos apresentam média significativamente maior no Fator 3 da Escala de Atenção/Atividade Motora [Fator Hiperatividade/Impulsividade ( $t=3,69$ , g.l.=53,  $p<0,01$ )] e nos Fatores 1 e 3 da Escala de conduta social [Fator Comportamento Anti-Social ( $t=4,60$ ,

g.l.=29,  $p<0,01$ ) e Fator Desafio-Oposicionismo ( $t=2,80$ , g.l.=29,  $p<0,01$ )]. Já as meninas apresentam média significativamente menor no fator Humor Deprimido ( $t=2,84$ , g.l.=34,  $p<0,01$ ). As médias, desvios-padrão e o resultado do Teste  $t$  dos grupos masculino e feminino que constituíram a amostra clínica aparecem descritos na Tabela 33.

Tabela 33

Resultados do Teste  $t$  da Comparação das Escalas por Sexo na Amostra Clínica

	Média masc	Média femin	$t$	g.l.	$p<$	N masc	N femin	d.p. masc	d.p. femin
Ansiedade									
Fator 1	187,6	191,6	-0,76	60	0,44	40	22	17,59	23,63
Fator 2	36,8	36,4	0,23	55	0,81	37	20	6,62	7,17
Humor									
Fator 1	155	169	2,84	34	0,01	15	21	14,90	15,60
Fator 2	65	65	0,03	30	0,97	13	19	13,07	11,52
Fator 3	61	63	0,43	34	0,67	15	21	12,46	15,92
Pensamento									
Fator 1	143,5	152,2	-1,14	21	0,26	12	11	21,63	13,21
Fator 2	102,4	108,7	-1,54	21	0,13	12	11	11,31	7,69
Atenção/ Ativ. motora									
Fator 1	90,3	90,4	-0,03	52	0,97	29	25	10,18	11,73
Fator 2	33,9	35,4	-0,77	54	0,44	31	25	7,87	6,40
Fator 3	49,8	43,0	3,69	53	0,01	30	25	5,72	7,96
Conduta Social									
Fator 1	103,77	81,5	-3,95	22	0,01	10	14	13,32	13,98
Fator 2	76,2	78,1	0,35	22	0,72	10	14	14,02	11,10
Fator 3	71,0	59,7	-3,82	22	0,01	10	14	5,62	8,95

### 5.2.2.3. Discussão

Os dados coletados entre a amostra clínica revelaram que os adolescentes com diagnóstico psiquiátrico de ansiedade têm um padrão de respostas no primeiro fator evidentemente diferente do padrão apresentado pelos adolescentes da comunidade. O mesmo não ocorreu em relação ao segundo fator. Esse resultado indica que as avaliações clínicas devem considerar, sobretudo, os resultados do primeiro fator.

O Fator 2 reúne itens que tem um sentido inverso à expressão de ansiedade, os quais podem aumentar a adesão dos adolescentes à escala (ou seja, aumentar a validade aparente do instrumento) e diminuir o impacto que a identificação de sintomas ocasiona. Assim, novos estudos precisam ser realizados para verificar os efeitos que a eliminação do Fator 2 poderiam acarretar no contexto clínico, pois a motivação do adolescente para

responder a um *checklist* clínico é supostamente diferente da sua motivação para responder a um instrumento que descreve comportamentos que representam o desenvolvimento típico e saudável. Nesse aspecto, destaca-se a importância dada à experiência clínica dos profissionais de saúde que participaram da validação de conteúdo das escalas como juízes do estudo. Por sugestão desses, foram adicionados na etapa inicial do processo de validação da bateria itens descritores de aspectos saudáveis do construto, os quais se reuniram, no caso da escala de ansiedade, no segundo fator.

A análise das Escala de Humor mostrou que os adolescentes da amostra clínica apresentam mais indicadores de ‘Humor Deprimido’ e de ‘Mania e Risco de Suicídio’. Em contrapartida, apresentam menos indicadores de bem-estar subjetivo, conforme esperado. O fato de as meninas apresentarem uma média significativamente maior que os meninos no fator ‘Humor Deprimido’ sugere maior tolerância da família com os sintomas depressivos apresentados pelo sexo feminino, uma vez que essas adolescentes foram encaminhadas para intervenção terapêutica com fortes marcadores de depressão.

Os adolescentes com queixa de sintomas obsessivos-compulsivos obtiveram um escore maior tanto no fator ‘Fenômenos Cognitivos e Sensoriais’, quanto na subescala referente a ações compulsivas. Nessa análise, chama atenção a maior média de idade dos adolescentes avaliados (16,3 anos), o que pode ser explicado pela tendência, geralmente observada no TOC, de os indivíduos minimizarem os efeitos deletérios dos sintomas até que esses interfiram de forma relevante no seu dia-a-dia, seja pelo tempo que demandam ou pelos prejuízos sociais que sua expressão ou tentativa de esquiva acarretam (distração, isolamento social, declínio do rendimento escolar, depressão secundária, etc.). Segundo Marques (2001), os adultos que apresentam condutas compulsivas demoram, em média, sete anos para buscar tratamento aos seus sintomas.

Os dados que evidenciaram diferenças nas escalas de conduta social e de atenção/atividade motora também são coerentes com a literatura. A amostra clínica apresentou maior escore nos fatores Desatenção, Hiperatividade/Impulsividade, Comportamento Anti-Social e Desafio-Oposicionismo. Na comparação de sexos, os meninos da amostra clínica, em geral, apresentaram maiores escores nos marcadores relativos aos problemas de externalização. É interessante observar que, na amostra clínica, a média no fator Desafio-Oposicionismo foi maior que na amostra da comunidade, embora tal diferença não tenha sido constatada na comparação da amostra judicial com a amostra comunitária. Esse dado corrobora a hipótese de que o comportamento desafiador-opositivo é de natureza distinta dos comportamentos anti-sociais representados no Fator 1. Por fim, observa-se que, na amostra clínica, houve diferenças de sexo na média de escores do fator

Hiperatividade/Impulsividade, ao contrário do que fora observado na amostra não clínica. Essa diferença vem ao encontro de diversos estudos que indicam que os adolescentes do sexo masculino apresentam maior risco de preencher critérios diagnósticos para TDAH, sobretudo quando analisadas a prevalência do subtipo no qual predominam sintomas de agitação e impulsividade (AACAP, 1997; APA, 2002).

### **5.2.3. Grupo-critério III - Grupo de adolescentes escolares indicados pelos professores/coordenadores pedagógicos por apresentar comportamentos atípicos**

#### **5.2.3.1. Participantes e procedimentos**

Para composição do grupo-critério III, professores e orientadores pedagógicos de três escolas (uma particular e duas estaduais) foram consultados e solicitados a indicar alunos que apresentavam publicamente problemas de conduta/indisciplina, problemas de desatenção/hiperatividade ou um quadro de ansiedade disfuncional (não somente em uma disciplina). Foi solicitado que os docentes encaminhassem, de preferência, casos de adolescentes discutidos em conselho de classe em função de um desses problemas, cujo comportamento tivesse sido observado/comentado por mais de um professor. Dos alunos indicados, participaram do estudo 31 adolescentes que, na opinião dos professores, apresentam problemas relacionados ao construto conduta social, 50 adolescentes com comportamentos típicos de desatenção/hiperatividade em sala de aula e 23 com comportamentos indicadores de ansiedade no contexto escolar. As características demográficas dessa amostra aparecem descritas na Tabela 34.

Os adolescentes preencheram somente a escala relativa ao construto que justificou sua indicação. A administração do instrumento foi conduzida pela pesquisadora, na escola do adolescente, no mesmo turno de sua aula. A aplicação ocorreu de forma individual, após o consentimento livre e informado do participante e de seu responsável. Foram excluídas dessa amostra os alunos indicados que já se encontravam em tratamento médico ou psicológico em razão dos comportamentos atípicos investigados. As Escalas de Humor e Pensamento não foram incluídas nesse estudo devido à dificuldade dos professores em identificar comportamentos que representam dificuldades de internalização, o que poderia criar um resultado enviesado para avaliação da validade das escalas.

Tabela 34

Características Demográficas da Amostra Indicada pela Escola

Construto	N	Média de idade (d.p.)	Sexo
Ansiedade	23	14,9 (1,54)	39,1% masc; 60,9% femin
Atenção/atividade motora	50	13,9 (1,69)	62,3% masc; 37,7% femin
Conduta social	31	15,3 (0,86)	61,2% masc; 38,7% femin

### 5.2.3.2. Resultados

Os resultados de testes *t* comparando a amostra indicada pela escola e a amostra comunitária ratificaram a validade dos fatores ‘Indicador de Ansiedade’, ‘Desatenção’, ‘Hiperatividade/Impulsividade’, ‘Comportamento Anti-Social’ e ‘Comportamento Pró-social’. Todos os resultados ocorreram na direção esperada, exceto na subescala denominada ‘Desafio-Oposicionismo’ (Fator 3 da Escala de Conduta Social). Nesse fator, a média da amostra comunitária foi superior à amostra indicada pela escola. Os dados podem ser observados na Tabela 35.

Tabela 35

Resultados dos Testes *t* realizados com Amostras da Comunidade e Amostras Indicadas pela Escola

Escala/ Fator	Média amostra validade construto	Média amostra escolar	D.p. amostra validade construto	D.p. amostra escolar	<i>t</i>	g.l.	<i>p</i> <
<b>Ansiedade</b>							
Fator 1	132,9	168,4	31,47	15,41	5,26	702	0,01
Fator 2	35,7	37,6	7,82	6,46	1,11	702	0,26
<b>Atenção/ At. motora</b>							
Fator 1	64,4	72,8	16,21	17,56	-3,64	782	0,01
Fator 2	34,3	34,4	6,39	15,00	-0,14	782	0,88
Fator 3	35,1	41,3	8,95	11,92	-4,82	782	0,01
<b>Conduta Social</b>							
Fator 1	73,2	92,8	22,98	27,18	-4,62	892	0,01
Fator 2	86,1	69,9	13,82	11,97	6,44	892	0,01
Fator 3	48,1	43,4	12,77	12,31	2,01	892	0,04

Os escores aumentaram progressivamente na comparação dos diferentes grupos avaliados para validação dos instrumentos (amostra da comunidade, escolar, clínica e

judicial). As exceções ocorreram nos fatores que avaliam comportamento pró-social e capacidade de controle das funções executivas, como esperado. A média e o desvio-padrão dos grupos amostrais estão na Tabela 36. Histogramas de distribuição dos escores na validade de critério podem ser analisados no Anexo Y.

Tabela 36

Comparação das médias e desvios-padrão nos diferentes grupos amostrais

Escala/ Fator	Média amostra validade construto	Média amostra indicada pela escola	Média amostra clínica	Média amostra Promotoria	D.p. amostra validade construto	D.p. amostra indicada pela escola	D.p. amostra clínica	D.p. amostra Promotoria
Ansiedade								
Fator 1	132,9	168,4	187,4	-	31,47	15,41	18,34	-
Fator 2	35,7	37,6	36,6	-	7,82	6,46	6,75	-
Atenção/ At. Mot.								
Fator 1	64,4	72,8	90,3	-	16,21	17,56	10,90	-
Fator 2	34,3	34,4	32,3	-	6,39	15,00	8,92	-
Fator 3	35,1	41,3	46,4	-	8,95	11,92	7,50	-
Conduta Social								
Fator 1	73,2	92,8	94,5	100,2	22,98	27,18	17,4	21,27
Fator 2	86,1	69,9	77	58,6	13,82	11,97	12,65	13,10
Fator 3	48,1	43,4	66,3	47,4	12,77	12,31	9,05	9,04

A ANOVA realizada considerando os escores da Escala de Ansiedade como variáveis dependentes mostrou diferenças entre as médias dos grupos para o fator Indicador de Ansiedade ( $F_{2,803}=106,76$ ,  $p<0,01$ ). Análises de *follow up* revelaram que todos grupos comparados tiveram diferenças (comunitária *versus* clínica:  $p<0,01$ ; comunitária *versus* indicada pela escola:  $p<0,01$ ; indicada pela escola *versus* clínica:  $p<0,04$ ). O mesmo ocorreu em relação aos fatores ‘Desatenção’ ( $F_{2,834}=257,0$ ,  $p<0,01$ ) e ‘Hiperatividade/Impulsividade’ ( $F_{2,834}=47,6$ ,  $p<0,01$ ) da Escala de Atenção/Atividade Motora. Nesses fatores, a média de todos os grupos diferiu entre si em um nível de significância igual a 0,01, segundo o teste *Scheffé*.

Na Escala de Conduta Social, as ANOVAs indicaram interações nos três fatores. (Fator Comportamento Anti-Social:  $F_{3,1111}=39,28$ ,  $p<0,01$ ; Fator Comportamento Pró-social:  $F_{3,1115}=95,09$ ,  $p<0,01$ ; Fator Desafio-Oposicionismo:  $F_{3,1082}=19,15$ ,  $p<0,01$ ). Análises de *follow up*, realizadas através do teste *Scheffé*, evidenciaram que as médias no Fator 1 aumentaram progressivamente na amostra comunitária, na amostra indicada pela escola, na amostra clínica e na amostra judicial ( $p<0,05$ ) e são significativamente

diferentes em todos esses grupos. No Fator 2, constatou-se que a amostra comunitária apresentou a maior média, a qual difere significativamente dos três demais grupos. O grupo judicial apresentou a menor média e também difereu dos outros três grupos em um nível de significância menor que 0,05. Em relação ao terceiro fator, observa-se que a amostra clínica foi a única que apresentou uma média significativamente diferente da média obtida nos demais grupos ( $p < 0,05$ ).

### 5.2.3.3. Discussão

Os escores obtidos demonstraram, em geral, que a amostra indicada pela escola apresenta mais indicadores de desajustamento psicológico do que a amostra comunitária e menos do que a amostra clínica. A exceção é fator 'Desafio-Oposicionismo', o qual obteve menor escore na amostra indicada pela escola em comparação à amostra da comunidade. Esse resultado talvez seja decorrente de um viés metodológico, uma vez que o caráter voluntário da participação dos alunos pode ter excluído da amostra justamente os adolescentes com fortes indicadores oposicionistas. Cinco alunos indicados pela escola recusaram-se a participar da pesquisa. Segundo os professores, todos apresentam sistematicamente comportamentos típicos de oposicionismo.

Contudo, a falta de diferença entre as médias dos grupos no Fator 'Desafio-Oposicionismo' pode ser interpretada teoricamente. Segundo relato dos professores que indicaram os alunos, a maioria dos adolescentes que constituíram a amostra de validação de critério foram indicados por manifestar, no contexto escolar, comportamentos cobertos pelo primeiro fator (condutas agressivas ou humilhantes, *bullying*, vandalismo, violação de direitos alheios e de normas morais, envolvimento em brigas, intimidação e defraudações). Assim, uma vez que foram constatadas diferenças significativas entre as amostras no primeiro fator, o resultado da comparação no terceiro fator é mais um dado que mostra a independência dessas subescalas.

## ESTUDO V

### PADRONIZAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DAS ESCALAS DE AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES

#### 6.1. Introdução

Para possibilitar a eficiente utilização das escalas de ajustamento psicológico no contexto clínico, bem como a caracterização do perfil dos adolescentes com desenvolvimento típico, são indispensáveis ainda a descrição da padronização (uniformização das condições de testagem) e normatização (uniformização na interpretação dos escores dos testes) dos instrumentos criados. Deve-se enfatizar que a presente pesquisa permite apenas uma definição preliminar das normas de interpretação das medidas validada, uma vez que a forma como os adolescentes irão responder aos instrumento na sua versão final (após eliminação dos itens com baixa carga fatorial) provavelmente irá diferir da forma como a amostra do estudo de validação de construto respondeu ao instrumento original, composto pelo total de itens.

Contudo, o propósito desse trabalho é descrever, para futuros usuários das escalas, as precauções a serem adotadas durante o processo de avaliação (preparação do ambiente de testagem, *rapport*, etc) e as diretrizes para interpretação dos escores.

#### 6.2. Padronização

Quanto à padronização das condições do ambiente físico e psicológico dos participantes no momento da testagem, cuidados devem tomados para assegurar as condições de anonimato das respostas (em situação de pesquisa) e tentar maximizar o bem-estar e o conforto do adolescente. A organização do material durante avaliação clínica segue os seguintes passos:

Inicialmente, uma breve explicação sobre o propósito da avaliação deve preceder a administração dos testes a fim de aumentar adesão do adolescente e motivar sua participação responsável; após a distribuição do material de testagem, as instruções das escalas devem ser lidas pelo adolescente. Deve-se certificar sua compreensão sobre as diferenças de magnitude das âncoras da escala *Likert*.

As dúvidas devem ser esclarecidas no momento anterior ao início do preenchimento dos testes. Destaca-se a necessidade de o clínico/pesquisador enfatizar que os itens não possuem uma resposta correta, devendo o adolescente marcar o quanto

determinada sentença é pertinente a suas características pessoais. Ou seja, o quanto aquele item descreve comportamentos, sentimentos ou pensamentos que lhe caracterizam. Ressaltar também que apenas uma alternativa deve ser marcada em cada item e nenhuma sentença deve ser deixada em branco. Assim, para evitar perda de dados, o psicólogo deve sempre conferir o material preenchido pelo adolescente antes desse entregá-lo. Não há tempo máximo estipulado para preenchimento das escalas.

### **6.3. Normatização**

Para fins clínicos, é imprescindível que as escalas validadas durante a pesquisa apresentem uma definição de como os profissionais devem interpretar os escores brutos obtidos por um adolescente. Tal definição refere-se à normatização do teste (Pasquali, 1999). Em se tratando de um teste de avaliação de ajustamento psicológico, o propósito dessas normas é descrever, de forma contextualizada à realidade local das amostras, a posição que o sujeito ocupa no contínuo entre um padrão de comportamento ajustado (indicador de saúde psicológica) e um padrão de comportamento menos ajustado. Isso possibilita uma comparação do escore do sujeito com o de outros pares com características semelhantes (análise intragrupo). Conseqüentemente, viabiliza uma avaliação realística da saúde emocional do adolescente e uma melhor instrumentalização dos profissionais para a tomada de decisões que irão nortear suas condutas terapêuticas.

#### **6.3.1. Normatização preliminar das escalas**

Os parâmetros para interpretação dos resultados foram calculados a partir da determinação dos escores  $T$ . O escore  $T$  é calculado a partir do escore  $Z$ , extraído da equação  $X = (\text{escore bruto} - \text{média do fator})/\text{desvio-padrão}$ . O escore  $T$  é calculado através da equação  $X = \text{escore } t * 10 + 50$ . As tabelas abaixo (Tabela 37 a Tabela 52) apresentam os valores dos escores  $T$  obtidos em cada fator e os respectivos escores percentílicos.

As tabelas normativas foram elaboradas considerando também as análises de variância realizadas para investigar o efeito das variáveis sexo e idade sobre os fatores. No caso da Escala de Ansiedade, como as médias no fator ‘indicadores de ansiedade’ foram significativas diferentes para o grupo masculino e o feminino, tabelas diferentes para cada sexo foram criadas para interpretação desse fator. No caso dos três fatores da Escala de Conduta Social e do terceiro fator da Escala de Humor, as ANOVAs indicaram uma interação significativa entre as variáveis sexo e idade quando agrupadas as idades em duas categorias (menores de 15 anos ou maiores de 15 anos), conforme apresentado no Estudo

II. Por essa razão, foram criadas quatro tabelas distintas para avaliação de cada um desses fatores.

Embora todas escalas sejam compostas por mais de um fator, não há indicação para a soma de um escore total das escalas. Assim, para interpretação dos resultados, cada fator deve ser avaliado separadamente, considerando as facetas do construto que esse representa. A justificativa disso é a ortogonalidade dos fatores, que foi teoricamente pressuposta e empiricamente evidenciada através de alguns resultados obtidos nos estudos de validação de construto e de critério.

Tabela 37

## Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Ansiedade

Escala de Ansiedade – Fator Indicador de Ansiedade					
Amostra Feminina			Amostra Masculina		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
70	1	30	57	0	27
75	2	32	66	1	30
77	3	32	70	2	31
81	4	34	72	3	32
85	5	35	79	4	34
86	6	35	81	5	35
87	7	36	85	6	36
88	8	36	87	8	37
90	9	36	88	9	37
92	10	37	90	10	38
93	11	37	92	11	38
95	12	38	94	12	39
97	13	39	96	13	40
98	14	39	97	14	40
101	15	40	99	15	40
102	17	40	100	16	41
103	18	41	101	17	41
104	19	41	102	18	41
105	20	41	103	19	42
106	21	42	104	21	42
107	23	42	105	23	42
109	24	42	106	24	43
110	25	43	107	26	43
111	26	43	109	27	44
112	27	43	110	28	44
113	28	44	111	30	44
114	29	44	112	31	45
115	30	44	114	32	45
116	31	45	115	33	46
117	32	45	117	36	46
118	34	45	118	38	46
119	35	46	119	39	47
120	36	46	120	42	47
122	38	47	122	43	48
123	40	47	124	44	48
124	41	47	125	46	49
125	42	47	126	47	49
126	44	48	127	50	49
127	46	48	128	52	50
128	47	48	129	53	50
129	48	49	131	55	51
130	49	49	132	56	51
131	50	49	134	58	51
132	51	50	135	60	52
133	52	50	136	61	52
134	54	50	137	62	52
135	55	51	139	64	53
136	57	51	140	66	53
137	58	51	142	68	54

Escala de Ansiedade – Fator Indicador de Ansiedade (Continuação)					
Amostra Feminina			Amostra Feminina		
Escore bruto	Escore bruto	Escore bruto	Escore bruto	<u>Escore bruto</u>	Escore bruto
138	59	52	144	69	55
139	60	52	146	72	55
141	61	53	147	74	56
142	63	53	148	75	56
143	64	53	150	76	56
145	65	54	152	77	57
146	67	54	154	79	58
147	69	54	155	80	58
149	70	55	156	81	58
151	<u>71</u>	56	157	82	59
153	73	56	158	83	59
154	74	57	159	84	59
155	75	57	160	85	60
156	76	57	161	86	60
158	78	58	162	87	60
159	79	58	164	88	61
160	80	58	166	89	62
161	81	59	167	90	62
162	82	59	168	91	62
164	83	60	170	92	63
165	83	60	173	93	64
166	84	60	176	94	65
167	86	61	178	95	65
169	87	61	182	96	67
170	88	62	185	97	67
172	89	62	191	98	69
173	89	<u>63</u>	205	99	74
174	90	63			
176	91	64			
177	92	64			
179	93	64			
182	94	65			
184	95	66			
187	96	67			
192	97	69			
198	98	70			
203	99	72			

Tabela 38

Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Ansiedade

Escala de Ansiedade – Fator Controle da Ansiedade		
Amostras Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
17	1	26
20	2	30
21	4	31
22	5	33
23	6	34
24	7	35
25	9	36
26	11	38
27	16	39
28	19	40
29	22	41
30	25	43
31	30	44
32	34	45
33	39	46
34	44	48
35	48	49
36	53	50
37	56	51
38	62	53
39	66	54
40	71	55
41	76	56
42	79	58
43	83	59
44	85	60
45	88	61
46	91	63
47	92	64
48	93	65
49	95	66
50	96	68
51	98	69
53	99	71
55	100	74

Tabela 39

## Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Humor

Escala de Humor – Fator Humor Deprimido		
Amostras Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
49	1	32
53	2	33
56	3	34
58	4	35
60	5	36
61	6	36
62	7	36
64	8	37
65	9	37
66	10	38
67	11	38
68	12	38
69	13	39
70	15	39
71	16	39
72	18	40
73	19	40
74	20	40
75	21	41
76	22	41
78	23	42
79	25	42
80	26	42
81	28	43
82	30	43
83	31	44
84	32	44
85	33	44
86	34	45
87	35	45
88	36	45
89	37	46
90	39	46
91	40	46
92	41	47
93	43	47
94	45	47
96	47	48
97	49	48
98	51	49
99	52	49
100	53	49
101	54	50
102	55	50
103	56	50
104	57	51
105	58	51

Escala de Humor – Fator Humor Deprimido (Continuação)		
Amostras Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
106	59	51
107	60	52
108	61	52
109	62	52
110	63	53
111	64	53
112	65	53
113	65	54
114	66	54
115	67	54
116	68	55
117	69	55
118	71	55
119	72	56
120	73	56
122	75	57
123	76	57
125	78	58
127	79	58
129	81	59
131	82	60
134	83	61
136	85	62
138	86	62
139	87	63
140	88	63
142	89	64
143	90	64
145	91	65
146	92	65
148	93	66
152	94	67
154	95	68
156	96	68
160	97	70
164	98	71
167	99	72

Tabela 40

## Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Humor

Escala de Humor – Fator Bem-Estar Subjetivo		
Amostras Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
42	1	22
45	2	25
49	3	28
51	4	30
52	5	31
53	6	32
54	7	33
55	8	34
56	9	35
57	11	36
58	12	36
59	13	37
60	15	38
61	17	39
62	18	40
63	20	41
64	22	42
65	25	43
66	27	44
67	30	45
68	32	45
69	34	46
70	38	47
71	42	48
72	45	49
73	49	<u>50</u>
74	52	51
75	56	52
76	59	53
77	63	54
78	66	54
79	70	55
80	74	56
81	78	57
82	81	58
83	84	59
84	86	60
85	89	61
86	92	62
87	94	63
88	96	63
89	97	64
90	98	65
91	99	66

Tabela 41

Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Humor para o Sexo Masculino

Escala de Humor - Fator Mania e risco de suicídio					
Amostra Masculina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
21	1	34	21	1	34
22	2	35	22	2	34
23	3	36	23	3	35
24	5	36	24	5	36
25	6	37	25	6	37
26	9	38	26	8	38
27	11	39	27	11	39
28	14	40	28	14	39
29	16	40	29	17	40
30	18	41	30	20	41
31	22	42	31	24	42
32	25	43	32	28	43
33	29	43	33	32	44
34	33	44	34	36	44
35	36	45	35	40	45
36	39	46	36	44	46
37	43	47	37	47	47
38	47	47	38	51	48
39	50	48	39	53	49
40	53	49	40	57	49
41	56	50	41	59	50
42	58	50	42	61	51
43	61	51	43	63	52
44	63	51	44	66	53
44	65	52	45	68	54
45	69	53	46	71	54
46	71	54	47	73	55
47	74	54	48	76	56
48	76	55	49	78	57
49	78	56	50	80	58
50	81	57	51	81	59
51	82	58	52	83	59
52	84	58	53	85	60
53	85	59	54	86	61
54	86	60	55	87	62
55	87	61	56	88	63
56	88	61	57	89	64
57	89	62	58	90	64
59	90	64	59	91	65
60	92	65	60	92	66
62	93	65	61	93	67
62	94	65	62	94	68
63	96	67	63	95	69
64	97	68	64	96	69
66	98	69	66	97	71
69	99	72	67	98	72
			73	99	77

Tabela 42

Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Humor para o Sexo Feminino

Escala de Humor - Fator Mania e risco de suicídio					
Amostra Feminina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
22	1	35	21	1	34
23	2	35	22	2	35
24	4	36	23	3	36
25	6	37	24	5	37
26	8	38	25	6	37
27	11	39	26	9	38
28	14	40	27	12	39
29	18	40	28	15	40
30	22	41	29	19	41
31	25	42	30	22	42
32	29	43	31	26	42
33	34	44	32	30	43
34	38	44	33	35	44
35	41	45	34	39	45
36	44	46	35	43	46
37	47	47	36	47	47
38	51	48	37	50	47
39	53	48	38	53	48
40	56	49	39	56	49
41	58	50	40	59	50
42	60	51	41	62	51
43	63	52	42	64	52
44	66	52	43	67	52
45	67	53	44	70	53
46	70	54	45	72	54
47	72	55	46	74	55
48	75	56	47	76	56
49	77	56	48	79	57
50	79	57	49	81	57
51	81	58	50	82	58
52	82	59	51	84	59
53	84	60	52	85	60
55	86	61	53	86	61
56	87	62	54	88	62
57	88	63	55	89	63
58	89	64	57	90	64
59	90	65	58	91	65
60	91	65	59	91	66
61	93	66	60	92	67
62	94	67	61	93	68
64	95	69	62	94	68
66	96	70	63	95	69
68	97	72	65	96	71
69	98	73	66	97	72
73	99	76	68	98	73
			72	99	77

Tabela 43

Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Atenção/Atividade Motora

Escala de Atenção/Atividade Motora – Fator Desatenção		
Amostra Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
30	1	29
34	2	31
35	3	32
37	4	33
38	5	34
<u>40</u>	6	35
41	7	36
42	8	36
43	9	37
44	10	37
45	11	38
46	14	39
47	15	39
48	17	39
49	19	40
50	21	41
<u>51</u>	24	42
52	25	42
53	27	43
54	29	43
55	32	44
56	33	44
57	36	45
58	38	46
59	41	47
60	43	47
61	46	47
62	48	48
63	50	49
64	51	50
65	53	50
66	56	51
67	58	52
68	61	52
69	63	53
70	66	53
71	69	54
72	70	54
73	71	55
74	73	56
75	74	56
<u>76</u>	76	57
77	78	58
78	79	58
79	81	59
80	82	60
81	84	60
82	85	60
83	87	62
84	88	62

Escala de Atenção/Atividade Motora – Fator Desatenção		
Amostra Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
85	90	63
86	91	63
87	92	64
88	93	65
89	94	65
90	95	65
92	96	67
93	97	68
96	98	70
99	99	72

Tabela 44

Normalização Preliminar do Fator 2 da Escala de Atenção/Atividade Motora

Escala de Atenção/Atividade Motora – Fator Controle das Funções Executivas		
Amostra Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
18	0	25
19	1	27
21	2	29
22	3	31
23	5	33
24	7	34
25	9	36
26	13	37
27	17	39
28	20	40
29	23	42
30	28	43
31	34	45
32	40	47
33	46	48
34	53	50
35	59	51
36	63	53
37	69	54
38	74	56
39	79	57
40	84	59
41	86	60
42	89	62
43	91	63
44	94	65
45	95	67
46	98	68
47	99	69

Tabela 45

Normalização Preliminar do Fator 3 da Escala de Atenção/Atividade Motora

Escala de Atenção/Atividade Motora – Fator Hiperatividade/Impulsividade		
Amostra Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T
18	1	31
19	2	32
20	3	33
21	6	34
22	8	35
23	9	36
24	12	38
25	15	39
26	18	40
27	21	41
28	24	42
29	28	43
30	32	44
31	36	45
32	41	47
33	47	48
34	50	49
35	54	50
36	59	51
37	62	52
38	66	53
39	71	54
40	74	56
41	77	57
42	80	58
43	82	59
44	84	60
45	87	61
46	89	62
47	91	63
48	92	64
49	93	66
50	95	67
51	96	68
52	97	69
54	98	71
56	99	73

Tabela 46

## Normatização Preliminar dos Fatores 1 e 2 da Escala de Pensamento

Escala de Pensamento					
Fator Fenômenos Cognitivos e Sensoriais			Fator Ações Compulsivas		
Amostra Masculina e Feminina			Amostra Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
61	5	34	52	1	31
66	10	36	56	2	32
73	15	39	58	3	33
78	20	41	59	4	33
79	21	41	61	5	34
80	22	42	63	6	35
81	23	42	65	7	36
82	24	43	66	8	36
83	25	43	67	9	37
84	27	43	68	10	37
85	28	44	69	11	37
86	29	44	71	13	38
87	30	45	72	15	38
88	31	45	73	18	39
89	33	45	74	20	39
90	34	46	75	21	40
91	35	46	76	23	40
92	36	47	77	25	40
93	38	47	78	27	41
94	40	47	79	29	41
95	42	48	80	30	42
96	43	48	81	31	42
97	45	49	82	34	42
98	47	49	83	36	43
99	49	49	84	38	43
100	51	50	85	40	44
101	52	50	86	42	44
102	54	50	87	45	44
103	55	51	88	48	45
104	57	51	89	50	45
105	58	52	90	52	46
106	59	52	91	54	46
107	61	52	92	57	46
108	62	53	93	58	47
109	63	53	94	60	47
110	64	54	95	62	47
111	65	54	96	64	48
112	66	54	97	66	48
113	67	55	98	68	49
114	69	55	99	71	49
115	70	56	100	74	49
116	72	56	101	76	50
117	73	56	102	77	50
118	75	57	103	80	51
119	76	57	104	82	51
120	77	58	105	83	51
121	78	58	106	85	52
122	79	58	107	86	52
123	80	59	108	87	53

Escala de Pensamento (Continuação)					
Fator Fenômenos Cognitivos e Sensoriais			Fator Fenômenos Cognitivos e Sensoriais		
Amostra Masculina e Feminina			Amostra Masculina e Feminina		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
124	81	59	109	88	53
125	82	59	110	89	53
126	83	60	111	90	54
127	84	60	112	92	54
128	85	61	113	93	55
129	86	61	114	94	55
130	87	61	115	95	55
131	87	62	116	96	56
132	88	62	118	97	57
133	89	63	119	98	57
134	89	63	122	99	58
135	90	63			
145	95	67			

Tabela 47

Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Conduta Social para o Sexo Masculino

Escala de Conduta Social – Fator Comportamento Anti-Social					
Amostra Masculina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
42	1	36	41	1	34
43	2	36	43	2	36
44	3	37	44	4	37
45	5	37	45	5	37
46	6	37	46	7	38
47	7	38	47	8	38
48	9	38	48	10	39
49	10	39	49	11	39
50	11	39	50	12	39
51	12	39	51	14	40
52	14	40	51	15	40
53	16	40	52	18	40
54	18	41	53	20	41
55	20	41	54	21	41
56	22	42	55	24	42
57	23	42	56	25	42
58	25	42	57	27	42
59	27	43	58	30	43
60	29	43	59	31	43
61	32	44	60	34	44
62	34	44	61	37	44
63	35	44	62	39	44
64	37	45	63	40	45
65	38	45	64	41	45
66	40	46	65	43	46
67	42	46	66	45	46
68	43	46	67	46	47
69	45	47	68	49	47
70	46	47	69	50	47
71	48	48	70	52	48
72	50	48	71	54	48
73	51	48	72	56	49
74	53	49	73	57	49
75	55	49	74	58	50
76	56	50	75	60	50
77	58	50	76	61	50
78	60	50	77	62	51
79	61	51	78	63	51
80	62	51	79	65	52
81	64	52	80	66	52
82	66	52	82	68	53
83	67	52	84	70	54
84	68	53	85	71	54
85	69	53	86	72	55
86	70	54	87	73	55
87	71	54	88	75	55
88	73	55	89	76	56
89	74	55	90	77	56
90	75	55	91	78	57
91	76	56	92	80	57
92	78	56	93	81	58
94	79	57	94	82	58
95	81	57	95	83	58

Escala de Conduta Social – Fator Comportamento Anti-Social (Continuação)					
Amostra Masculina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
96	82	58	96	84	59
97	83	58	97	85	59
99	85	59	99	86	60
103	86	61	101	87	61
104	87	61	104	88	62
106	89	62	106	89	63
108	90	63	107	90	63
111	91	64	108	91	64
114	92	65	110	92	65
116	93	66	113	93	66
119	94	67	116	94	67
121	95	68	119	95	68
128	96	71	121	96	69
132	97	72	128	97	72
137	98	74	134	<u>98</u>	75
146	99	78	142	99	78

Tabela 48

## Normatização Preliminar do Fator 1 da Escala de Conduta Social para o Sexo Feminino

Escala de Conduta Social – Fator Comportamento Anti-Social					
Amostra Feminina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
40	1	36	41	1	36
42	2	37	42	2	36
43	4	37	43	3	37
44	5	38	44	4	37
45	7	38	45	6	38
46	9	39	46	8	38
47	11	39	47	10	39
48	14	40	48	12	39
49	15	40	49	13	40
50	17	41	50	15	40
51	19	41	51	16	41
52	20	42	52	18	41
53	23	42	53	20	41
54	26	43	54	23	42
55	27	43	55	24	42
56	31	44	56	27	43
57	33	44	57	29	43
58	36	45	58	31	44
59	40	45	59	35	44
60	42	46	60	37	45
61	45	46	61	40	45
62	47	46	62	42	46
63	49	47	63	44	46
64	50	47	64	46	46
65	52	48	65	48	47
66	54	48	66	49	47
67	55	49	67	51	48
68	57	49	68	52	48
69	59	50	69	55	49
70	60	50	70	56	49
71	62	51	71	58	50
72	64	51	72	59	50
73	65	52	73	61	51
74	67	52	74	62	51
75	68	53	75	64	52
76	69	53	76	65	52
77	70	54	77	67	52
78	72	54	78	68	53
79	73	54	79	69	53
80	75	55	80	70	54
81	76	55	81	72	54
82	77	56	82	73	55
83	78	56	83	74	55
84	79	57	84	75	56
85	80	57	85	76	56
86	81	58	86	77	57
87	82	58	87	78	57
88	83	59	88	79	57
90	84	60	89	80	58
91	85	60	90	81	58
92	87	61	91	82	59
94	88	62	92	84	59
95	89	62	93	85	60
97	90	63	95	87	61

Escala de Conduta Social – Fator Comportamento Anti-Social (Continuação)					
Amostra Feminina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
99	91	64	96	88	61
101	92	65	98	89	62
104	93	66	99	90	63
106	94	67	102	91	64
108	95	68	105	92	65
111	96	70	106	93	66
114	97	71	108	94	67
121	98	74	111	95	68
130	99	79	115	96	70
			120	97	72
			126	98	75
			134	99	79

Tabela 49

## Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Conduta Social para o Sexo Masculino

Escala de Conduta Social - Fator Comportamento Pró-Social					
Amostra Masculina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
52	1	28	54	1	27
54	2	29	56	2	28
55	3	30	58	3	30
56	4	31	60	4	31
58	5	32	63	5	34
61	6	34	64	6	34
62	7	35	65	7	35
63	8	36	66	8	36
64	9	36	67	9	36
65	10	37	68	11	37
66	12	38	69	12	38
67	13	38	71	13	39
68	14	39	72	15	40
69	16	40	73	17	41
70	17	40	74	19	41
71	19	41	75	20	42
72	21	42	76	22	43
73	24	43	77	24	44
74	26	43	78	25	44
75	28	44	79	28	45
76	29	45	80	31	46
77	31	45	81	33	47
78	35	46	82	36	47
79	38	47	83	39	48
80	41	48	84	41	49
81	43	48	85	44	49
82	47	49	86	47	50
83	49	50	87	49	51
84	51	50	88	53	52
85	53	51	89	55	52
86	55	52	90	58	53
87	59	52	91	61	54
88	62	53	92	63	54
89	65	54	93	66	55
90	67	55	94	68	56
91	70	55	95	71	57
92	72	56	96	74	57
93	73	57	97	76	58
94	76	57	98	79	59
95	78	58	99	80	60
96	80	59	100	83	60
97	83	60	101	86	61
98	85	60	102	87	62
99	86	61	103	89	62
100	88	62	104	91	63
101	90	62	105	93	64
102	91	63	106	94	65
103	94	64	107	95	65
104	95	64	109	96	67
107	97	67	110	97	68
108	98	67	111	98	68
109	99	68	112	99	69

Tabela 50

## Normatização Preliminar do Fator 2 da Escala de Conduta Social para o Sexo Feminino

Escala de Conduta Social - Fator Comportamento Pró-Social					
Amostra Feminina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
54	1	28	54	1	26
56	2	29	57	2	28
58	3	30	60	3	30
61	4	32	63	4	32
63	5	34	64	5	33
64	6	35	66	6	35
66	7	36	67	8	35
67	9	37	68	9	36
68	10	37	69	10	37
69	11	38	70	11	38
70	12	39	71	12	38
71	13	40	72	13	39
72	15	40	73	15	40
73	16	41	74	17	41
74	19	42	75	18	41
75	20	42	76	20	42
76	22	43	77	21	43
77	23	44	78	23	44
78	25	45	79	26	44
79	28	45	80	28	45
80	30	46	81	31	46
81	33	47	82	33	47
82	35	47	83	35	47
83	38	48	84	38	48
84	41	49	85	41	49
85	44	50	86	44	49
86	46	50	87	46	50
87	49	51	88	51	51
88	53	52	89	53	52
89	56	52	90	56	52
90	58	53	91	59	53
91	61	54	92	61	54
92	64	54	93	64	55
93	66	55	94	66	55
94	68	56	95	69	56
96	71	57	96	72	57
97	74	58	97	74	58
98	76	59	98	77	58
99	79	59	99	79	59
100	81	60	100	82	60
101	83	61	101	84	61
102	86	62	102	87	61
103	87	62	103	89	62
104	89	63	104	91	63
105	91	64	105	93	64
106	93	64	107	94	65
107	94	65	108	95	66
105	91	64	109	96	67
106	93	64	110	97	67
107	94	65	111	98	68
109	95	67	112	99	69
110	96	67			
112	98	69			
113	99	69			

Tabela 51

## Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Conduta Social para o Sexo Masculino

Escala de Conduta Social – Fator Desafio-Oposicionismo					
Amostra Masculina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
21	1	32	23	1	29
24	2	33	24	2	30
25	3	34	26	3	32
26	4	35	27	4	32
28	5	35	28	5	33
29	7	36	29	6	34
30	8	37	30	7	35
31	10	38	31	9	36
32	11	38	32	10	36
33	13	39	33	12	37
34	15	40	34	13	38
35	16	41	35	16	39
36	17	41	36	18	40
37	20	42	37	20	41
38	23	43	38	21	41
39	25	44	39	24	42
40	27	44	40	26	43
41	29	45	41	29	44
42	32	46	42	31	45
43	34	47	43	34	45
44	35	48	44	36	46
45	38	48	45	40	47
46	40	49	46	44	48
47	44	50	47	47	49
48	47	51	48	51	50
49	50	51	49	53	50
50	54	52	50	55	51
51	56	53	51	58	52
52	58	54	52	61	53
53	60	54	53	64	54
54	64	55	54	68	55
55	66	56	55	71	55
56	69	57	56	74	56
57	72	58	57	76	57
58	75	58	58	79	58
59	77	59	59	81	59
60	80	60	60	83	59
61	81	61	61	86	60
62	83	61	61	87	60
63	85	62	62	89	61
64	86	63	63	90	62
65	88	64	64	92	63
66	89	64	65	93	64
67	91	65	66	93	64
68	92	66	67	95	65
69	93	67	68	96	66
70	94	67	69	97	67
72	96	69	73	98	70
73	97	70	75	99	72
74	97	71			
75	98	71			
76	99	72			

Tabela 52

## Normatização Preliminar do Fator 3 da Escala de Conduta Social para o Sexo Feminino

Escala de Conduta Social – Fator Desafio-Oposicionismo					
Amostra Feminina					
11 a 14 anos			15 a 17 anos		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
21	1	30	24	1	31
23	2	32	25	2	32
24	3	32	26	3	33
25	4	33	27	4	33
26	5	34	28	6	34
27	7	35	29	7	35
28	8	35	30	8	36
29	10	36	31	9	37
30	12	37	32	12	37
31	14	38	33	13	38
32	16	39	34	15	39
33	17	39	35	16	40
34	19	40	36	19	41
35	22	41	37	21	41
36	25	42	38	23	42
37	26	42	39	24	43
38	28	43	40	27	44
39	30	44	41	30	45
40	32	45	42	32	45
41	35	46	43	34	46
42	38	46	44	37	47
43	41	47	45	39	48
44	43	48	46	43	49
45	47	49	47	46	49
46	50	49	48	48	50
47	52	50	49	52	51
48	56	51	50	55	52
49	58	52	51	57	53
50	60	53	52	59	53
51	63	53	53	63	54
52	66	54	54	65	55
53	68	55	55	69	56
54	71	56	56	72	57
55	74	56	57	75	57
56	76	57	58	77	58
57	78	58	59	80	59
58	80	59	60	81	60
59	83	60	61	84	61
60	85	60	62	86	61
61	87	61	63	88	62
62	89	62	65	90	64
63	90	63	66	91	64
64	91	63	67	93	65
65	92	64	68	94	66
66	94	65	69	95	67
68	96	67	70	96	68
70	97	68	72	97	69
73	98	70	74	98	71
74	99	71	77	99	73

Em situação de avaliação clínica, deve ser considerado também como referência para interpretação dos escores o ponto de corte clínico estabelecido para cada fator. O cálculo dos pontos de corte é realizado a partir da análise da dispersão dos escores dos grupos-critério nos fatores em que houve diferença significativa de média entre a amostra comunitária e a amostra clínica (e no caso da Escala de Conduta Social, também entre a amostra judicial). O procedimento adotado para essa avaliação segue os seguintes passos:

- 1) verifica-se graficamente a dispersão dos escores para visualizar a distância entre as médias de ambos grupos (Figuras 28 a 32)
- 2) estabelece-se um valor inicial de referência (por exemplo, o valor da média mais um desvio-padrão do escore obtido na amostra comunitária)
- 3) verifica-se na tabela normativa da amostra comunitária, o escore percentílico que corresponde ao valor de referência assumido inicialmente
- 4) Com base no percentil correspondente, calcula-se a possibilidade de erros do tipo falso positivo, através da equação  $X=100-\text{percentil correspondente}$ .
- 5) Verifica-se na tabela normativa da amostra clínica o percentil que corresponde ao valor de referência calculado no passo 2.
- 6) Com base no percentil correspondente, calcula-se a possibilidade de erros do tipo falso negativo ( $Y=\text{percentil correspondente}$ ).
- 7) Considerando as dimensões que são cobertas pelo fator, analisa-se clinicamente os prejuízos envolvidos no caso de um resultados falso positivo (sensibilidade da subescala) e no caso de um resultado falso negativo (especificidade da subescala)
- 8) Caso se queira deslocar o ponto de corte para minimizar ou equalizar os riscos, reinicia-se os cálculos considerando outro valor de referência (por exemplo, o valor da média mais dois desvios-padrão do escore obtido na amostra comunitária)

Conforme pode-se observar, a escolha do ponto de corte é definida pelo avaliador de acordo com o risco que esse deseja assumir quanto à detecção de casos falso positivos *versus* a detecção de casos falso negativos. Por exemplo, no Fator 1 da Escala de Ansiedade, a eleição do escore correspondente à média mais meio desvio-padrão da amostra comunitária feminina (escore 152) implica aproximadamente 28% de chance de

considerar ansioso um adolescente que não tem indicação clínica (falso positivo) e 6% de chance de considerar que um adolescente com marcadores de ansiedade não tem indicação clínica (falso negativo). O escore correspondente à média mais um desvio-padrão (escore 169) implica 13% de chance de erro do tipo falso positivo e 23% de falso negativo. O escore correspondente à média mais um desvio-padrão e meio (escore 184) implica 5% de chance de erro do tipo falso positivo e 35% de falso negativo e o escore correspondente à média mais dois desvios-padrão (escore 201) implica 2% de chance de erro do tipo falso positivo e 80% de falso negativo. A comparação dos escores percentílicos pode ser verificada na Tabela 53.

Tabela 53

Comparação dos Escores Percentílicos no Fator 1 da Escala de Ansiedade da Amostra Comunitária Feminina e da Amostra Clínica Feminina

Escala de Ansiedade – Fator Indicador de ansiedade					
Amostra Feminina					
Amostra Comunitária			Amostra Clínica		
Escore bruto	Percentil	Escore T	Escore bruto	Percentil	Escore T
143	64	53	144	3	25
145	65	54	145	5	26
151	71	56	161	8	37
161	81	59	165	10	38
165	83	60	167	20	38
167	86	61	173	25	42
173	89	63	177	30	44
177	92	64	179	31	45
179	93	64	182	33	47
182	94	65	184	35	48
184	95	66	186	45	49
187	96	67	192	50	53
192	97	69	194	63	54
198	98	70	200	75	57
203	99	72	201	80	58

Nas Tabelas 54, 55 e 56 são descritas as chances de erro do tipo falso positivo e falso negativo de acordo com os pontos de corte estabelecidos. Foram calculados pontos de corte somente para os fatores que apresentaram diferenças significativas de média na comparação da amostra comunitária com a amostra clínica. Gráficos comparando a dispersão das médias e desvios-padrão dos grupos-critério podem ser observados nas Figuras 28, 29, 30, 31 e 32.

Tabela 54

## Estabelecimento de Ponto de Corte Preliminar para as Escalas de Ansiedade e Humor

Fator	Grupo	Valor de Referência	Escore Bruto	Chance de Falso Positivo (%)	Chance de Falso Negativo (%)
Indicadores de Ansiedade	Masc	Média + ½ d.p.	145	30	5
		Média + 1 d.p.	161	14	10
		Média + 1½ d.p.	177	6	30
		Média + 2 d.p.	193	2	60
	Fem	Média + ½ d.p.	152	28	6
		Média + 1 d.p.	169	13	23
		Média + 1½ d.p.	184	5	35
		Média + 2 d.p.	201	2	80
Humor Deprimido	Ambos	Média + ½ d.p.	116	32	1
		Média + 1 d.p.	131	18	7
		Média + 1½ d.p.	145	9	15
		Média + 2 d.p.	160	3	50
Bem-Estar Subjetivo	Ambos	Média	73	49	10
		Média - ½ d.p.	67	30	55
		Média - 1 d.p.	62	18	60
		Média - 1½ d.p.	56	9	66
		Média - 2 d.p.	51	4	80
Mania e risco de suicídio	Masc <15 anos	Média + ½ d.p.	46	29	28
		Média + 1 d.p.	52	17	40
		Média + 1½ d.p.	58	10	50
		Média + 2 d.p.	63	5	66
	Masc >15 anos	Média + ½ d.p.	50	19	20
		Média + 1 d.p.	56	12	55
		Média + 1½ d.p.	62	7	70
		Média + 2 d.p.	69	1	70
	Fem <15 anos	Média + ½ d.p.	45	28	10
		Média + 1 d.p.	51	16	35
		Média + 1½ d.p.	57	10	39
		Média + 2 d.p.	63	5	54
	Fem >15 anos	Média + ½ d.p.	48	25	32
		Média + 1 d.p.	54	15	38
		Média + 1½ d.p.	60	9	46
		Média + 2 d.p.	67	4	70

Tabela 55

Estabelecimento de Ponto de Corte Preliminar para as Escalas de Pensamento e Atenção/Atividade Motora

Fator	Grupo	Valor de Referência	Escore Bruto	Chance de Falso Positivo (%)	Chance de Falso Negativo (%)
Fenômenos cognitivos e sensoriais	Ambos	Média + ½ d.p.	111	35	5
		Média + 1 d.p.	124	20	20
		Média + 1½ d.p.	136	10	24
		Média + 2 d.p.	148	4	43
Conduitas compulsiva	Ambos	Média - ½ d.p.	95	38	25
		Média	104	18	40
		Média + ½ d.p.	113	7	75
		Média + 1 d.p.	122	1	99
Desatenção	Ambos	Média	64	50	36
		Média + ½ d.p.	72	30	40
		Média + 1 d.p.	81	16	87
		Média + 1½ d.p.	89	6	88
		Média + 2 d.p.	97	2	90
Controle das funções executivas	Ambos	Média	31	34	44
		Média - ½ d.p.	28	20	69
		Média - 1 d.p.	25	9	80
		Média - 1½ d.p.	22	3	90
Hiperatividade/ Impulsividade	Ambos	Média	34	50	36
		Média + ½ d.p.	39	29	40
		Média + 1 d.p.	43	18	87
		Média + 1½ d.p.	47	9	88
		Média + 2 d.p.	52	3	90

Tabela 56

## Estabelecimento de Ponto de Corte Preliminar para a Escala de Conduta Social

Fator	Grupo <sup>a</sup>	Valor de Referência	Escore Bruto	Chance de Falso Positivo (%)	Chance de Falso Negativo Amostra Clínica (%)	Chance de Falso Negativo Amostra Judicial (%)
Comportamento Anti-Social	Masc < 15 anos	Média	83	50	-	43
		Média + ½ d.p.	102	25	-	63
		Média + 1 d.p.	111	9	-	65
		Média + 1½ d.p.	130	4	-	85
		Média + 2 d.p.	148	1	-	99
	Masc > 15 anos	Média	81	50	12	20
		Média + ½ d.p.	93	19	30	35
		Média + 1 d.p.	106	11	40	70
		Média + 1½ d.p.	118	5	90	95
		Média + 2 d.p.	130	3	99	99
	Fem > 15 anos	Média + ½ d.p.	76	35	25	12
		Média + 1 d.p.	86	23	45	14
		Média + 1½ d.p.	95	13	62	40
		Média + 2 d.p.	104	8	75	60
	Comportamento pró-social	Masc > 15 anos	Média - ½ d.p.	79	28	12
Média - 1 d.p.			72	15	40	13
Média - 1½ d.p.			65	7	70	22
Média - 2 d.p.			58	3	90	35
Fem > 15 anos		Média - ½ d.p.	83	35	20	30
		Média - 1 d.p.	76	20	47	27
		Média - 1½ d.p.	70	11	75	75
		Média - 2 d.p.	63	4	90	80
		Desafio-oposicionismo	Masc < 15 anos	Média + ½ d.p.	53	40
Média + 1 d.p.	60			20	-	99
Média + 1½ d.p.	66			11	-	99
Média + 2 d.p.	73			3	-	99
Masc > 15 anos	Média + ½ d.p.		56	26	20	81
	Média + 1 d.p.		62	11	40	95
	Média + 1½ d.p.		68	4	50	99
	Média + 2 d.p.		74	1	99	99
Fem > 15 anos	Média + ½ d.p.		54	35	1	77
	Média + 1 d.p.		60	19	10	99
	Média + 1½ d.p.		66	9	18	99
	Média + 2 d.p.		72	3	20	99

Notas: Pontos de cortes para o grupo feminino menor de 15 anos não foram calculados para amostra clínica em razão da baixa representatividade desse grupo na amostra

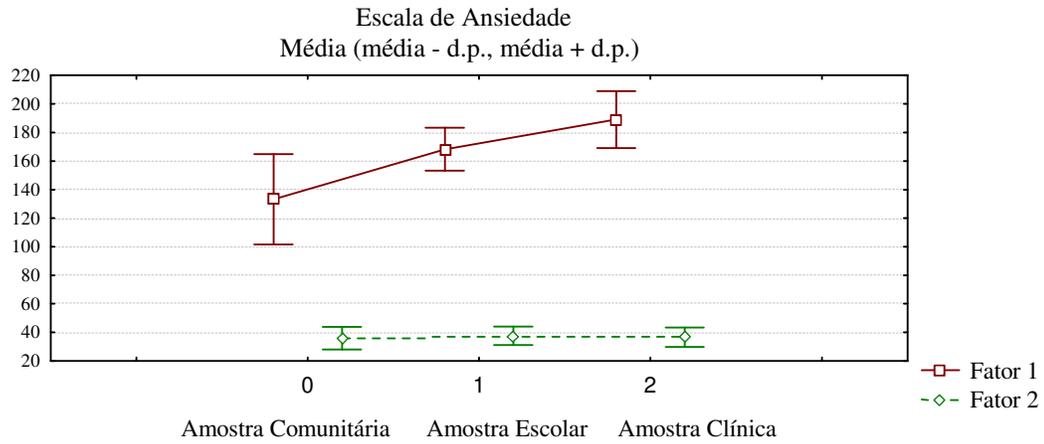


Figura 28. Dispersão da Média e Desvio-Padrão da Escala de Ansiedade nas Amostras

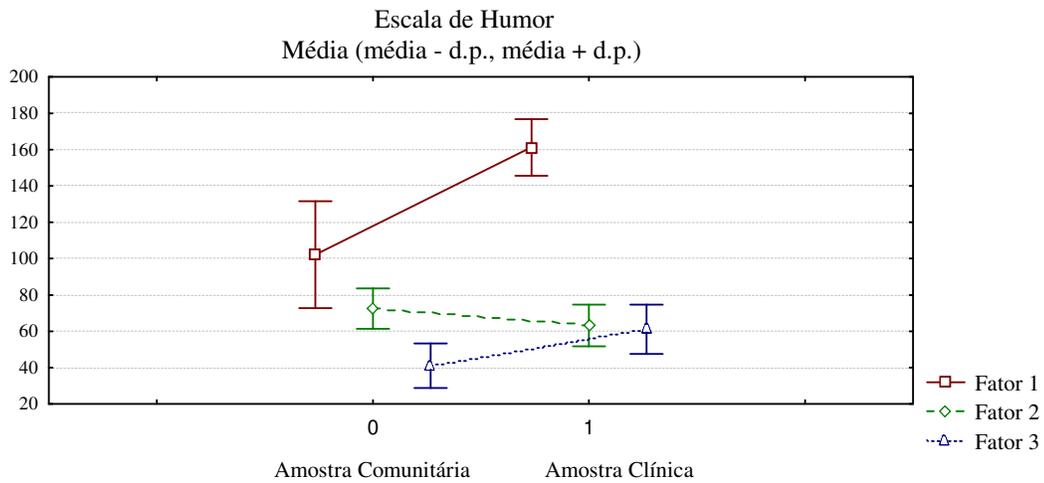


Figura 29. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Humor nas Amostras

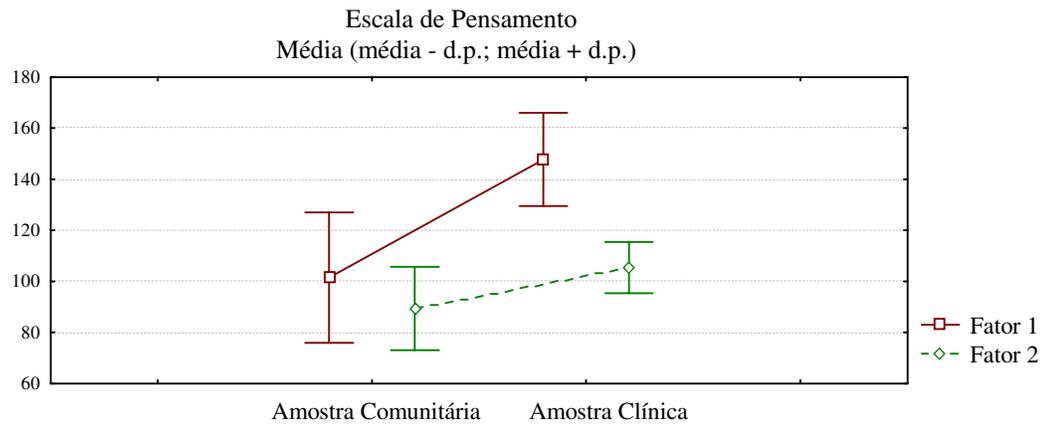


Figura 30. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Pensamento nas Amostras

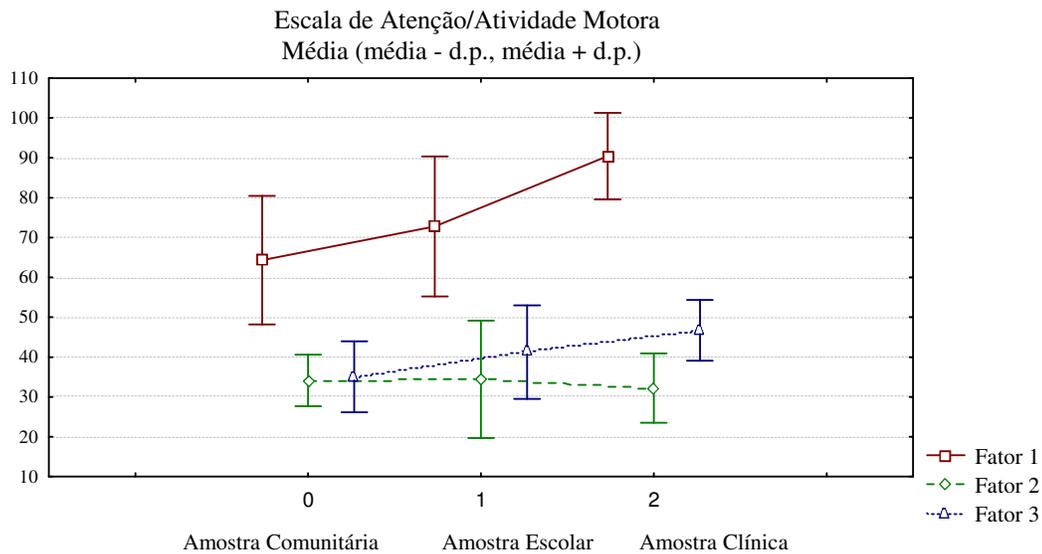


Figura 31. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Atenção/Atividade Motora nas Amostras

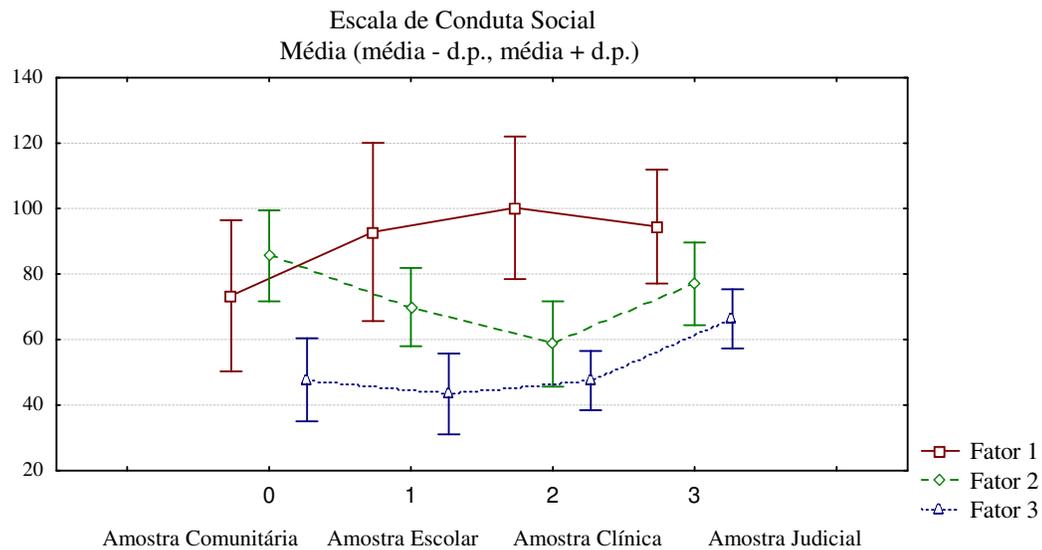


Figura 32. Dispersão da Média e Desvio-padrão da Escala de Conduta Social nas Amostras

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo ressalta a importância da organização e fomento a linhas de pesquisa centradas na investigação do desenvolvimento juvenil e, mais especificamente, na elaboração e validação de instrumentos de medida psicológica destinados a essa população. A produção de estudos nessa área contribui não apenas para a caracterização das especificidades do desenvolvimento típico dos adolescentes, como também subsidia outras áreas científicas, sobretudo aquelas relacionadas à Psicopatologia e à Psicologia Clínica. Através da normatização de instrumentos psicológicos é possível, por exemplo, investigar a prevalência de comportamentos considerados desajustados e os efeitos de diferentes contingências sobre a vulnerabilidade dos indivíduos.

No campo da atenção aos cuidados primários de saúde, esses dados podem preconizar políticas de saúde mais efetivas e condizentes com a realidade. Porém, o principal avanço que a oferta de recursos psicométricos validados traz às pesquisas sobre desenvolvimento juvenil é possibilidade da investigação objetiva das variáveis que influenciam no curso do desenvolvimento (e dos transtornos) e na capacidade de adaptação dos indivíduos. Esses estudos viabilizam a organização de intervenções profiláticas destinadas aos adolescentes que manifestam, de forma recorrente, comportamentos preditores de transtornos mentais em nível subclínico.

Nesse sentido, a adoção de uma perspectiva dimensional na avaliação juvenil é de fundamental relevância para a compreensão do curso dos comportamentos desadaptativos e dos fatores que moderam o ajustamento psicológico. Os estudos realizados por Reppold através dessa tese e de outras pesquisas sobre adolescência indicam que o ajustamento psicológico é determinado por variáveis de diferentes natureza, como, por exemplo, as práticas educativas, a percepção dos estilos parentais e de outras fontes de apoio social, as habilidades cognitivas e sociais do indivíduo, seu funcionamento neuropsicológico, etc. Contudo, para além da pesquisa básica, a prática clínica fomenta o interesse pela investigação dos mecanismos que determinam porque alguns eventos (p. ex., vivência de experiências traumáticas ou ocorrência de disfunções neurológicas) atuam de forma veemente como fatores de risco em alguns casos e não em outros. Para tanto, é imprescindível a utilização de instrumentos capazes de mensurar comportamentos, cognições e sentimentos em diferentes magnitudes, como é caso da bateria elaborada.

No âmbito clínico, deve-se ressaltar que o instrumento proposto contribui para avaliação psicodiagnóstica à medida que descreve a percepção do adolescente sobre sua condição psicológica. Os escores referem-se à manifestação de comportamentos

relacionados à ansiedade, humor, atenção, controle da atividade motora, alterações do conteúdo do pensamento e à conduta social. No entanto, esses resultados devem ser considerados apenas como recursos que auxiliam a compreensão dinâmica dos casos e não como indicador diagnóstico. Para análise clínica, é imprescindível que esses dados sejam triangulados a informações providas de outras fontes (pais, professores, irmãos) e de outros métodos clínicos (entrevistas, observações, registro de comportamento, etc.) e sejam interpretados com base no caráter funcional de sua manifestação.

Os dados obtidos nos estudos de validação das escalas demonstraram, por meio de diferentes procedimentos, várias evidências que atestam suas qualidades psicométricas e sua pertinência para uso clínico. Contudo, em situação clínica, a obtenção de um escore percentílico próximo da média, não deve conduzir o profissional avaliador a abandonar hipóteses diagnósticas formuladas previamente, a partir de outras técnicas de investigação. Isso porque, além da bateria não avaliar o nível de desajustabilidade social dos adolescentes, as sentenças que compõem os instrumentos cobrem somente algumas dimensões dos construtos, as quais foram definidas nessa tese como a descrição dos fatores extraídos das análises. Portanto, enfatiza-se, para fins de avaliação clínica, a importância do avaliador considerar o relato espontâneo do adolescente, os motivos do encaminhamento realizado, o histórico do adolescente, o contexto no qual os comportamentos desajustados ocorrem e os riscos envolvidos na escolha dos pontos de corte clínico dos instrumentos. No caso do fator 'Mania e risco de suicídio' da Escala de humor, por exemplo, a eleição de pontos de corte que minimizem as chances de falso negativo devem ser priorizadas em razão da gravidade das conseqüências envolvidas nas situações de suicídio.

Outros estudos ainda são necessários para aprimoramento das escalas, especialmente no que tange à avaliação do poder de discriminação de cada item e à normatização dos escores para população de adolescentes de outras regiões. Para tanto, é interessante que novas pesquisas sejam realizadas com amostras clínicas, de modo que se possa estabelecer com maior precisão a possibilidade de erros do tipo falso negativo. A constituição de grupos-critérios definidos por transtornos específicos e não pelo construto também pode auxiliar os clínicos a avaliar com maior precisão suas hipóteses diagnósticas, à medida em que pontos de corte mais específicos podem ser calculados.

Novas pesquisas podem avaliar ainda o efeito da exclusão do segundo fator da Escala de ansiedade sobre a validade do instrumento. Nesse fator, a análise de variância não mostrou diferenças entre o grupo clínico e a amostra comunitária nessa subescala; ainda assim essa subescala foi mantida porque potencialmente aumenta a adesão do adolescente à tarefa e a validade aparente do teste. Essa conclusão foi corroborada por

juízes clínicos consultados após as análises fatoriais com a finalidade de reafirmar a validade de conteúdo dos instrumentos. Contudo, a redução da escala aumenta as chances dessa ser utilizada como um instrumento de rastreamento clínico. Por consequência, aumenta a possibilidade da identificação de casos clínicos na comunidade e isso é de especial relevância se considerados os resultados apresentados no tópico 2.2.6. O levantamento documental dos prontuários de adolescentes atendidos em clínicas de Psicologia revelam, através da discrepância entre os motivos do encaminhamento do adolescente e as queixas apresentadas por ele, a dificuldade de identificação de problemas de internalização por parte de terceiros.

Assim, diante da constatação da validade dos instrumentos, espera-se que a divulgação da bateria possa colaborar para qualificação das avaliações clínicas e também para a elaboração de novos modelos teóricos sobre o desenvolvimento juvenil. Nessa direção, a realização de futuras análises exploratórias com amostras clínicas pode indicar novas evidências sobre o agrupamento de sintomas entre adolescentes locais ou sobre o efeito do desenvolvimento cognitivo no ajustamento emocional juvenil. Com o avanço das áreas da Neuropsicologia e da Psicopatologia do Desenvolvimento, esses resultados tornam-se cada vez mais relevantes para o desenvolvimento de ações terapêuticas preventivas.

## REFERÊNCIAS

- Ackerman, P., Newton, J., McPherson, W., Jones, J. & Dykman, R. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.
- Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Department of Psychiatry. University of Vermont, EUA.
- Achenbach, T. (1995). Empirically based assessment and taxonomy: Applications to clinical research. *Psychological Assessment*, 7, 261-274.
- Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 1:1, 21-62.
- Amaral, A. H. & Guerreiro, M. (2001). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: Proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59, 884-888
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 85S-121S.
- American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. New York: American Educational Research Association
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-III)*. Porto Alegre: ArtMed.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Ameringen, M., Mancini, C. & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- Amir, N., Freshman, M. & Foa, E. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 209-214.
- Andreoli, S., Almeida Filho, N., Coutinho, E. & Mari, J. (2000). Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: Métodos, problemas e aplicabilidade. *Revista de Saúde Pública*, 34, 475-483.
- Andreoli, S., Blay, S. & Mari, J. (2000). Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 45-51). São Paulo: Lemos.

- Apter, A., Horesh, N., Gothelf, D., Zalsman, G., Erlich, Z., Soreni, N. & Weizman, A. (2003). Depression and suicidal behavior in adolescent inpatients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 75(2), 181-189.
- Appleyard, K., Egeland, B., Van Dulmen, M. H. M. & Stroufe, L. A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of Child Psychiatry*, 46:3, 235-245.
- Araújo, L. A. (2000). Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 165-166). São Paulo: Lemos.
- Argimon, I. L. (1997). Um estudo de fases da vida mais vulneráveis à depressão com o Inventário de Depressão de Beck. [Resumos]. Em PUCRS, UFRGS e UNISINOS. (Orgs.). Anais, VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica (p. 140-141). Porto Alegre, RS: PUCRS
- Arteche, A. (2003). *O impacto do trabalho nas variáveis coping e bem-estar subjetivo em uma amostra de adolescentes*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Asbahr, F. (2000). Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo na infância e adolescência. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 167-180). São Paulo: Lemos.
- Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80, S28-S34.
- Assis, S. G. & Constantino, P. (2005). Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 81-90.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. & Merikangas, K., R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1071-1081
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-66.
- Bahls, S. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 63-67.
- Bandeira, D. (2002). Stress e coping em diferentes contextos. Em ANPEPP (Org.). *Anais do IX Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico* (pp. 85). Águas de Lindóia: ANPEPP.
- Bandeira, D., Giacomoni, C. & Arteche, A. (2001). Instrumentos de avaliação psicológica: Um levantamento de referências em periódicos brasileiros. *Anais do IV Encontro da Sociedade Brasileira de Rorschach e Outras Técnicas de Avaliação Psicológica*. Itatiba/SP, p. 195.

- Baptista, M., Baptista, A. & Dias, R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciências e Profissão*, 21, 56-61.
- Barbetta, P. A. (1999). *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Bardagi, M. (2002). *Os estilos parentais e sua relação com a indecisão profissional, ansiedade e depressão dos filhos adolescentes*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Bardagi, M., Reppold, C., Betts, M., Cestari, L. & Hutz, C. (2003). O adolescente na pesquisa brasileira: Um levantamento de artigos dos últimos 20 anos. [Resumo]. Em Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Org.). *Anais, IV Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento* (p. 294). João Pessoa, PB: UFPB.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and Executive Functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R., Anastoupoulos, A., Guevremont, D. & Flechter, K. (1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interaction, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 263-288.
- Barret, L. F. & Russel, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 967-984.
- Barros, M. D., Ximenes, R. & Lima, M. L. (2001). Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, 35, 142-149.
- Bauer, M. S., Altshuler, L., Evans, D. R., Beresford, T., Williford, W. O. & Hauger, R. (2005). Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85, 301-315.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. Em P. A. Cowan & M. Hetherington (Orgs.), *Family transitions* (pp. 111-163). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Baumrind, D. (1997). The discipline encounter: Contemporary issues. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 321-335
- Benczik, E. (2000). *Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benczik, E. & Leal, G. (1997). WISC-R e as medidas das habilidades de atenção [Resumos]. Em Cursos de Pós-Graduação e Graduação em Psicologia da PUCRS, UFRGS e UNISINOS. (Orgs.). *Anais, VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos*

- e I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica* (p. 285). Porto Alegre, RS: PUCRS.
- Bensley, L., Eenwyk, J., Spieker, S. & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 24, 163-172.
- Berg, C., Rapoport, J., Whitaker, A., Davies, M., Leonard, H., Swedo, S., Braiman, S. & Lenane, M. (1989). Childhood obsessive-compulsive disorder: A two years prospective follow-up of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 528-533.
- Berk, M. & Dodd, S. (2005). Bipolar II disorder: a review. *Bipolar Disorders*, 7, 11-21.
- Bernstein, G., Borchardt, C. & Perwien, A. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1110-1119.
- Biederman, J. (1997). ADHD across the lifecycle. *Biology Psychiatry*, 42, 146.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. & Spencer, T. (1993). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biological Psychiatry*, 44, 269-273.
- Bird, H., Gould, M. & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 305-313.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D. & Kaufman, J. (1997). Childhood and adolescent depression: A review of the past 11 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1328-1339.
- Bolsoni-Silva, A & Marturano, E. (2002). Práticas educativas parentais e problemas de comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7, 227-235
- Bolton, D. (1996). Annotation: Developmental issues in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 131-137.
- Bordin, I. A. & Offord, D. R. (2000). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 12-15.
- Bordin, I., Martin, J. & Caeiro, M. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): Dados preliminares. *Revista ABP-PAL*, 17, 55-66.
- Bowden, C. L.(2005). A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 84, 117-125.
- Bradley, R. & Corwyn, R. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brooks, T., Harris, S., Thrall, J. & Woods, E. (2002). Association of adolescent risk behaviors with mental health symptoms in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 31, 240-246.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. & Smailes, E. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496
- Brown G. & Moran P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes (I): A community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Buck, J. (2003). *H-T-P – Casa, árvore e pessoa: Técnica projetiva de desenho – Manual e guia de interpretação* (Trad. Renato Cury). São Paulo: Vetor.
- Burns, G., Walsh, J., Patterson, D., Holte, C., Sommer-Flanagan, R. & Parker, C. (1997). Internal validity of the disruptive behavior disorder symptoms: Implications from parents ratings for a dimension approach to symptom validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 307-319.
- Cadore, R. & Stewart, M. (1991). An adoption study of attention deficit/hyperactivity/aggression and their relationship to adult antisocial personality. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 73-82.
- Canetti, L., Bachar, E., Bonner, O., Agid, O., Lerer, B., De-Nour, A. & Shalev, A. (2000). The impact of parental death versus separation from parents on the mental health of Israeli adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 360-368.
- Cantwell, D. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-986.
- Cantwell, D., Lewinsohn, P., Rohde, P. & Seeley, J. (1997). Correspondence between adolescents report and parental report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 610-619.
- Capaldi, D. & Patterson, G. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems. I. Linear hypothesis. II Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27, 489-504.
- Capaldi, D. M., Chamberlain, P. & Patterson, G. R. (1997). Ineffective discipline and conduct problems in males: association, late adolescent outcomes, and prevention. *Aggression and Violent Behavior*, 2(4), 343-353.
- Capaldi, D., Pears, K., Patterson, G. & Owen, L. (2003). Continuity of parenting practices across generations in on at-risk sample: A prospective comparison of direct and mediated associations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 127-142.

- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C. & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes da rede pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34, 636-645.
- Casbon, T. S., Burns, A. B., Bradbury, T. N. & Joiner Jr., T. E. (2005). Depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 485-504.
- Casey, B. J., Castellanos, F. X., Giedd, J. N., & Marsh, W. L. (1997). Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 374-383.
- Cassorla, R. (1984). Jovens que tentam suicídio. Características demográficas e sociais: Um estudo comparativo entre jovens normais e com problemas mentais (I). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33, 3-12.
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 20-23.
- Chartier, G. & Lassen, M. (1994). Adolescent depression: Children's Depression Inventory norms, suicidal ideation and (weak) gender effects. *Adolescence*, 29, 859-864.
- Chen, X., Chang, L., He, Y. & Liu, H. (2005). The peer Group as a Context: Moderating Effects on Realations Between Maternal Parenting and Social and School Adjustment in Chinese Children. *Child Development*, 76, 417-434.
- Chen, X., Li, D., Cen, G. & He, Y. (2005). Social Functioning and Adjustment in Chinese Children: The Imprint of Historical Time. *Child Development*, 76, 182-195.
- Chorpita, B., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. & Francis, S. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 835-855.
- Chotai, J., Jonasson, M., Hägglöff, B. & Adolfsson, R. (no prelo). Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. *European Psychiatry*.
- Cicchetti, D. & Toth, S. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. Em W. Damon (Org. Série) & I. E. Sigel & K. A. Renninger (Orgs. Vol.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Child psychology in practice*. (5<sup>a</sup> ed., pp. 479-593). New York: John Wiley & Sons.
- Clark., L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clarke, L., Ungerer, J., Charoud, K., Johnson, S. & Stiefel, I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 179-198.
- Coie, J. & Dodge, K. (1998). Aggression and antisocial behavior. Em W. Damon (Org. Série) & I. E. Sigel & K. A. Renninger (Orgs. Vol.), *Handbook of child psychology:*

- Vol. 4. Child psychology in practice.* (5<sup>a</sup> ed., pp. 779-862). New York: John Wiley & Sons.
- Cole, D. A., Truglio, R. & Peeke, L. (1997). Relation between symptoms of anxiety and depression in children: A multitrait-multimethod assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 110-119.
- Coles, M. E., Heimberg, R.G, Frost, R.O & Steketee, G. (2005). Recognition bias for critical faces in social phobia: Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 153- 167.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução para pesquisa com seres humanos.* Resolução 016/2000, Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução para regulamentação dos testes psicológicos.* Resolução 02/2003, Brasília.
- Conselho Nacional de Saúde (1996). *Resolução para pesquisa envolvendo seres humanos.* Resolução 196/1996, Brasília.
- Connolly, I. & O'Moore, M. (2003). Personality and family relations of children who bully. *Personality and Individual Differences, 34*, 1-8.
- Compas, B., Hinden, B. & Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology, 46*, 265-293.
- Conners, C., Sitarenios, G., Parker, J. & Epstein, J. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26(4)*, 257-268
- Connor, D., Glatt, S. J., Lopez, I.D., Jackson, D. & Melloni, R. H. (2002). Psychopharmacology and aggression: I: A meta-Analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 253-262.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Jones, K. M. & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry, 162*, 297-303.
- Creswell, C., Schniering, C. A. & Rapee, R. M. (no prelo). Threat interpretation in anxious children and their mothers: comparison with nonclinical children and the effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy.*
- Crijnen, A., Achenbach, T. & Verhulst, F. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1269-1277.

- Criss, M. M., Pettit, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behavior: A longitudinal perspective on risk and resilience. *Child Development, 73*(4), 1220-1237.
- Cronbach, L. & Meehl, P. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52*, 281-302. Retirado em 22/11/2003, do Laboratório de Mensuração da UFRGS, no World Wide Web: <http://www.psicologia.ufrgs.br/laboratorio>.
- Cronbach, L. (1996). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, J. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Custódio, E. (2002). Avaliação psicológica no setor da saúde. Em: Primi, R. (Org.). *Temas em Avaliação Psicológica* (pp. 17-25). Campinas: IBAP.
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Davey, L., Day, A & Howells, K. (no prelo). Anger, over-control and serious violent offending. *Aggression and Violent Behavior*.
- Davidson, J. & Meltzer-Brody, S. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 6-9.
- Deater-Deckard, K. & Plomin, R. (1999). An adoption study of the etiology of teacher and parent reports of externalizing behavior problems in middle childhood. *Child Development, 70*(1), 144-154.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, 6-11.
- Del Porto, J. A. (2001). Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*, 3-5.
- Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2003). *Inventário de Habilidades Sociais (IHA-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação (2ª edição revisada e ampliada)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Deptula, D. & Cohen, R. (2004). Aggressive, rejected, and delinquent children and adolescents: a comparison of their friendships. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 75-104.
- D'haenen, H. & Andrews, J. (2000). Animal models of affective disorders. *Neuroscience Research Communications, 26*, 289-300.
- Di Nardo, P., Guzy, L., Jenkins, J., Bak, R., Tomasi, S. & Copland, M. (1988). Etiology and maintenance of dog fears. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 241-244.
- Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 371*, 9-20.

- Drumond, M. Jr., Lira, M., Freitas, M., Nitrini, T. & Shibao, K. (1999). Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não específicos e eventos com intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública*, 33, 273-280.
- Dulmen, M., Grotevant, H., Bunbar, N., Miller, B., Bayley, B., Christensen, M. & Fan, X. (2002). Connecting national survey data with DSM-IV criteria. *Journal of Adolescent Health*, 31, 475-481.
- Duncan, A. & Muller, C. (2002). The impact of an abusive family context on childhood animal cruelty and adult violence. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 365-383
- Duncan, B. B. & Schmidt, M., I. (1999). Medicina embasada em evidências. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 45(3), 247-254.
- Dutra, E. (2002). Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. Em C. Hutz (Org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 53-87). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H. & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72 (4), 1112-1134.
- Elder, G. (1998). The life course and human development. Em E. Damon & R. Lerner (Orgs.). *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5ª ed., pp. 939-991). New York: Wiley.
- Eley, T. & Stevenson, J. (2000). Specific life events and chronic experiences differentially associated with depression and anxiety in young twins. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 383-394.
- Elkins, I. J., Iacono, W. G., Doyle, A. E. & McGue, M. (1997). Characteristics associated with the persistence of antisocial behavior: results from recent longitudinal research. *Aggression and Violent Behavior*, 2(2), 101-124.
- Emmelkamp, P., Kraaijkamp, H. & Van Den Hout, M. (1999). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 23, 269-279.
- Engelhard, I. M. & Arntz, A. (2005). The fallacy of ex-consequencia reasoning and the persistence of PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 35-42.
- Erdley, C., Loomis, C., Cain, K., DumasHines, F. & Dweck, C. Relations among children's social goals, implicit personality theories, and responses to social failure. *Developmental Psychology*, 33(2), 263-272.
- Essau, C., Conradt, J. & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 67-81.

- Evans, G. & English, K. (2002). The environment of poverty: Multiple stressor exposure, psychophysiological stress, and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238-1248.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (no prelo). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*.
- Faigel, H., Sznajderman, S., Tishby, O, Turel, M. & Pinus, U. (1995). Attention deficit disorder during adolescence: A review. *Journal of Adolescent Health*, 16, 174-184.
- Falceto, O. (1998). Psicoterapia familiar. Em A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp. 171-185). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Falcone, E. M. (2001). A relação entre o estresse e as crenças na formação dos transtornos de ansiedade. Em D. R. Zamignani (Org.). *Sobre comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 101-106). Santo André: ESETec.
- Fallgatter, A. J., Ehlis, A. C., Rösler M., Strik, W. K., Blocher, D. & Herrmann, M. J. (2005). Diminished Prefrontal Brain Function in Adults with Psychopathology in Childhood Related to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 138, 157-169.
- Faraone, S., Biederman, J., Weber, W. & Russel, R. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of the DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.
- Ferrier, S & Brewin, C.R. (no prelo). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*.
- Figueiredo, V. (2002). *WISC III - Escala de inteligência Wechsler para crianças*. (3ª Edição, Vera Figueiredo, Padronização Brasileira.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fleck, M., Lafer, B., Sougey, E., Del Porto, J. A., Brasil, M. A. & Juruena, M. F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 114-122.
- Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., Camey, S. & Grupo LIDO. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438.
- Flory, V., Vance, A., Bileson, P. & Luk, E. (2002). Early onset dysthymic disorder in children and adolescents: Clinical implications and future directions. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 79-84.

- Foa, E., Amir, N., Bogert, K., Molnar, C. & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *15*, 259-275.
- Foley, D.L., Rutter, M., Angold, A., Pickles, A., Maes, H.M., Silberg, J.L. & Eaves, L.J. (2005). Making sense of informant disagreement for overanxious disorder. *Journal of anxiety disorders*, *19*, 193-210.
- Fontenelle, L. (2001). Aspectos neuropsicológicos do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*, 27-30.
- Fontenelle, L., Marques, C. & Versiani, M. (2002). The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*, 7-11.
- Fontenelle, Z., Mendlowicz, M., Marques, C. & Versiani, M. (2003). Early- and late-onset obsessive compulsive disorder in adult patients: An exploratory clinical and therapeutic study. *Journal of Psychiatry Research*, *37*, 127-133.
- Ford, J., Racusin, R., Ellis, C., Daviss, W., Reiser, J., Fleischer, A. & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, *5*, 205-217.
- Fox, N., Rubin, K., Calkins, S., Marshall, T., Coplan, R., Porges, S., Long, J. & Stewart, S. (1995). Frontal activation asymmetry and social competence at four years of age. *Child Development*, *66*, 1770-1784.
- Frank, E., Anderson, B., Reynolds, C., Ritenour, A. & Kupfer, D. (1994). Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Bedford College methods. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 519-524.
- Frick, P. J., Lahey, B.B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E. A. & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, *13*, 319-340.
- Friis, R., Wittchen, H. U., Pfister, H. & Lieb, R. (2002). Life events and change in the course of depression in young adults. *European Psychiatry*, *17*, 241-253.
- Garrison, C., Addy, C., Jackson, K., McKeown, R. & Waller, J. (1997). Incidence of major depressive disorders and dysthymia in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 458-465.
- Gaub, M. & Carlson, C. L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*, 103-111.
- Geller, D., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K. & Hagermoser, L. (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: Finding in children, adolescents, and adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *189*, 471-477.

- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 420-427.
- Gendron, M., Royer, E., Bertrand, R. & Potvin, P. (2004). Behavior disorders, social, competence and the practice of physical actives among adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 9:4, 249-259.
- George, M., Ketter, T. & Post, R. (1993). SPECT and PET imaging in mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 6-13.
- Gest, S. (1997). Behavioral inhibition: Stability and associations with adaptation from childhood to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 467-475.
- Giacomoni, C. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: Conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Giedd, J., Rapoport, J., Garvey, M., Perimutter, S. & Swedo, S. (2000). MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *American Journal of Psychiatry*, 157, 281-283.
- Gilbert, P., Cheung, M., Irons, C. & Mc Ewan, K. (2005). An exploration into depression-focused and anger-focused rumination in relation to depression in a student population. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 1-11.
- Goldberg, J. F., Wenzel, S. J., Welker, T. M., Steer, R. A. & Beck, A. T. (2005). Content-specificity of dysfunctional cognitions for patients with bipolar mania versus unipolar depression: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 49-56.
- Gomes, R. (1998). Da denúncia à impunidade: Um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 301-311.
- Gonzalez, C. (1999). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 29-32.
- Gonzalez, C. (2001). Aspectos genético do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 38-41.
- Goodwin, R. D., Lieb, R., Hoefler, M., Pfister, H., Bittner, A., Beesdo, K. & Wittchen, H. U. (2004). Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *American Journal of Psychology*, 161, 2207-2214.
- Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos.

- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349
- Graeff, F. (2001). Aspectos neuroquímicos: O papel da serotonina no TOC. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 35-37.
- Guardiola, A. (1994). *Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção: Um estudo da prevalência e fatores associados em escolares de 1ª série de Porto Alegre*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Medicina Clínica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Hanna, G. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Heim, C. & Nemeroff, C. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Hendren, R., De Backer, I. & Pandina, G. (2000). Review of neuroimaging studies of child and adolescent psychiatric disorders from the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 815-828.
- Higgins, D. & McCabe, M. (2001). Multiples forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 547-578.
- Hill, P. & Cameron, M. (1999). Recognizing hyperactivity: A guide for the caution clinician. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 50-60.
- Hill, J. & Schoener, E. (1996) Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1143-1146.
- Hinshaw, S. & Melnick, S. (1995). Peer relationships in boys with attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7(4), 627-647.
- Holmes, E. A., Grey, N. & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and “hotspots” of trauma memories in Posttraumatic Stress Disorder: an exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 3-17.
- Hounie, A. G., Brotto, S., Diniz, J., Chacon, P. & Miguel, E (2001). Transtorno obsessivo-compulsivo: Possíveis subtipos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 13-16.
- Hoza, B., Waschbusch, D., Pelham, W., Molina, B. & Milich, R (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder and control boys' responses to social success and failure. *Child Development*, 71(2), 432-446
- Hutz, C. & Bandeira, D. (1993). Tendências contemporâneas no uso de testes: Uma análise da literatura brasileira e internacional. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 6, 85-101.

- Hutz, C. & Bandeira, D. (2003). Avaliação psicológica no Brasil: Situação atual e desafios para o futuro. Em O. Yamamoto & V. Gouveia (Orgs). *Construindo a psicologia brasileira: Desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hutz, C. & Nunes, C. (2001). *Manual da Escala de Ajustamento Emocional/Neuroticismo - EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Inderbitzen, H. M. & Hope, D. (1995). Relationship among adolescent reports of social anxiety, anxiety, and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(5), 385-396.
- ITC – Comisión Internacional de Tests (2000). *Diretrizes internacionais para el uso de los tests*. Retirado em 10/04/2002 do Colégio Oficial de Psicólogos no World Wide Web: <http://www.cop.es/tests.html>.
- Janeck, A., Calamari, J., Riemann, B. & Heffelfinger, S. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- James, A. (1999). Resistant depression in childhood and adolescence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(4), 483-491
- Jensen, P., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H., Dulcan, M., Schwab-Stone, M. & Lahey, B. (1999). Parent and child contribution to diagnosis of mental disorder: Are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 138-146.
- Johnson, H, Inderbitzen-nolan, H & Schapman, A. (2005). A comparison between socially anxious and depressive symptomatology in youth: a focus on perceived family environment. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 423-442
- Jorge, M & Custódio, O. (2000). Utilidade das escalas de avaliação para clínicos. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 59-62). São Paulo: Lemos.
- Juruena, M. F., Cleare, A. J., & Pariante, C. M. (2004). O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 189-201.
- Kagan, J. (1998). Biology and the child. Em N. Eisenberg (Org. Série) & W. Damon (Org. Vol.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (3ª ed., pp. 177-235). New York: Wiley.
- Kähkönen, S., Mäkinen, V., Jääskeläinen, I. D., Liesivuori, J. & Ahveninen, J. (2005). Serotonergic modulation of mismatch negativity. *Psychiatry Research Neuroimaging*, 138, 61-74.
- Kalin, N., Larson, C., Shelton, S. & Davidson, R. (1998). Asymmetric frontal brain activity, cortisol, and behavior associated with fearful temperaments in Rhesus monkeys. *Behavioral Neuroscience*, 112, 286-292.

- Kandel, D., Johnson, J., Bird, H. & Weissman, M., Goodman, S., Lahet, B., Regier, D. & Schwab-Stone, M. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 693-699.
- Kaplan, H., Sadock, B & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23, 661-674.
- Kearney, C., Albano, A. M., Eisen, A., Allan, W. & Barlow, D. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 49-62.
- Kelly, M., Lavory, P., Beardslee, W., Wunder, L. & Ryan, N. (1991). Depression in children and adolescents: New data on ‘undreatment’ and a literature review on the efficacy of available treatments. *Journal of Affective Disorders*, 21, 163-171.
- Kendler, K. S., Myers, J. & Prescott, C. A. (2005). Sex Differences in the relationship between social support and risk for major depression: A longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 162, 250-256.
- Kennedy N., Boydekk, J., Fearon, P., Kalidini, S., Jones, P., Van, J. & Murray, R. (2005). Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *American Journal of Psychology*, 162, 257-262.
- Kessler, R., Avenevoli, S. & Merikangas, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Kilbourne, M. A., Bauer, M. S., Pincus, H. P., Williford, W. O., Kirk, G. F., Kirk, G. F. & Beresford, T. (2005) Clinical, psychosocial, and treatment differences in minority patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 89-97.
- Kindt, M & Engelhard, I. (2005). Trauma processing and the development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 69-76.
- Kiser, L., Lefkowitz, P. & Kennedy, L. (2003). The integrated behavioural health continuum: Theory and practice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 208-209.
- Knapp, M., Scott, S. & Davies, J. (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(4), 457-473.
- Koch, L. & Gross, A. (2005). Características clínicas e tratamento do transtorno da conduta. Em. V. Caballo e Miguel Simon (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica e do Adolescente* (pp. 23-38). São Paulo: Santos.

- Kodato, S. & Silva, A. P. (2000). Homicídios de adolescentes: Refletindo sobre alguns fatores associados. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 13, 507-515.
- Kovacs, M. & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 47-63.
- Kovacs, M., Akiskal, S., Gatsonis, C. & Parrone, P. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Kovacs, M., Feinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S. & Finkelstein, R. (1984). Depression disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kowatch, R., A., DelBello, M., P. & Findling, R., L. (2002). Depressive episodes in children and adolescents with bipolar disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 2, 158-160.
- Krintensen, C., Lima, J., Ferlin, M., Flores, R. & Hackmann, P. (2003). Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 8, 175-184.
- Lacerda, A. L., Dalgalarrodo, P. & Camargo, E. E. (2001). Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 24-27.
- Lafer, B. & Vallada Filho, H. (1999). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 12-17.
- Lahey, B., Apllegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G., Barkley, R., Newcom, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyck, L., Frick, P., Ollendick, T., Perez, D., Hart, E., Waldman, I. & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lam, K, Marra, C & Salzinger, K. (no prelo). Social reinforcement of somatic versus psychological description of depressive events. *Behaviour Research and Therapy*.
- Lara, D. (2004). *Temperamento Forte e Bipolaridade: Dominando os Altos e Baixos do Humor*. Porto Alegre: Diogo Lara.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73, 1151-1165.
- Last, C., Perrin, S., Hersen, M. & Kazdin, A. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.
- Lau, S. & Kwok, L. (2000). Relationship of family environment to adolescents' depression and self-concept. *Social Behavior and Personality*, 28, 41-50.
- Leader, J. & Klein, D. (1996). Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression, *Journal of Affective Disorders*, 37, 91-101.

- Leckman, J., Grice, D., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B., Cohen, D., Rasmussen, S., Goodman, W., McDougle, C. & Pauls, D. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 911-917.
- Leonard, B. (2000). Noradrenaline and depression. *Reviews in Contemporary Pharmacotherapy*, *11*, 257-266.
- Leonard, H., Swedo, S., Lenane, M., Rettew, D., Hamburger, S., Bartko, J. & Rapoport, J. (1993). A 2-to-7 year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 429-439.
- Lerner, R. & Galambos, N. (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, *49*, 413-446.
- Leventhal, A. M. & Rehm, L. P. (2005). The empirical status of melancholia: Implications for psychology. *Clinical Psychology Review*, *25*, 25-44.
- Lewczyk, C., Garland, A., Hurlburt, M., Gearity, J. & Hough, R. (2003). Comparing DSM-IV and clinician diagnoses among youths receiving public mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 349-356.
- Lijffijt, M., Kenemas, L., Verbaten, M. & Van Engeland, H. (2005). A Meta-Analytic Review of Stopping Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Deficient Inhibitory Motor Control? *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 216-222.
- Lima, M. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *21*, 01-05.
- Lima, M., Béria, J., Tomasi, E., Conceição, A. & Mari, J. (1996). Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimative of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *26*, 211-222.
- Lissek, S., Powers, A. S., McClure, E. B., Phels, E. A., Woldehawariat, G., Grillon, C. & Pine, D. S. (no prelo). Classical fear conditioning in the anxiety disorders: a meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*.
- Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorders: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 1468-1484.
- Loeber, R. & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, *48*, 371-410.
- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, *53*, 242-259.

- Luiselli, J. (2005). Características clínicas e tratamento do transtorno desafiador da oposição. Em V. Caballo e Miguel Simon (Orgs.). *Manual de Psicologia Clínica e do Adolescente* (pp. 39-56). São Paulo: Santos.
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, *51*, 1-27.
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Em P. H. Mussen (Org. Série) & E. M. Hetherington (Org. Vol.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (4<sup>a</sup> ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Macedo, A., Paim, J., Silva, L. & Costa, M. C. (2001). Violência e desigualdade social: Mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, *35*, 515-522.
- Malinosky-Rummell, R. & Hanson, D (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, *114*, 68-79.
- Malhi, G. S. & Yatham, L. M. (2003). Neurochemical brain imaging studies in bipolar disorder. *Blackwell Munksgaard*, *15*, 381-387.
- Manfro, M. G., Isolan, L., Blaya, C., Santos, L. & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*, 26-29.
- Manfro, G. G., Isolan, L., Blaya, C., Maltz, S., Heldt, E. & Pollack, M. H. (2003). Relação entre fobia social na vida adulta e ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*, 96-99.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., Del Genio, M., Didonna, F. & Prunetti, E. (2002). Obsessions and compulsions and intolerance for uncertainty in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorder*, *16*, 401-411.
- Mangina, C., Mangina, J. & Grizenko, N. (2000). Event-related brain potentials, bilateral electrodermal activity and Mangina-Test performance in learning disabled/ ADHD pre-adolescents with severe behavioral disorders as compared to age-matched normal controls. *International Journal of Psychophysiology*, *37*, 71-85.
- Mann, J. (1998). The role of vivo neurotransmitter system imaging studies in understanding major depression. *Biological Psychiatry*, *44*, 1077-1078.
- Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998) Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 493-498.
- March, J. & Leonard, H. (1996). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*, 1265-1273.

- Marinho, M. L. (1999). Comportamento infantil anti-social: programa de intervenção junto à família. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska. *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva – da reflexão teórica à diversidade na aplicação* (pp. 207-215). Santo André: ESETec.
- Marinho, M. L. (2000). Intervenção comportamental para pais e crianças em clínica-escola: Efetividade, limitações e prevenções contra a desistência. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska. *Sobre comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação – a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 241-249). Santo André: ESETec.
- Marinho, M. L. & Silveiras, E. F. (2001). Modelos de intervenção a pais de crianças com queixas diversas. Em R. C. Wielenska. *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (pp. 165-178). Santo André: ESETec.
- Martins, S., Tramontina, S. & Rohde, L. A. (2002). Integrando o processo diagnóstico. Em L. A. Rohde & P. Mattos (Orgs.). *Princípios e práticas em Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (pp.151-160). Porto Alegre: ArtMed.
- Marques, C. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 49-51.
- Marx, M. & Hillix, W. (1993). *Sistemas e teorias em Psicologia*. São Paulo: Cultrix (Original publicado em 1973)
- Mataix-cols, D., Rosario-Campos, M. C. & Leckman, J. F. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Psychiatry*, 162, 228-238.
- Matthews, G. & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69-93.
- Mattis, S. & Ollendick, T. (2002). Nonclinical panic attacks in late adolescence prevalence and associated psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 351-367.
- McBurnett, K., Pfiffner, L. J. & Frick, P. J. (2001). Symptom properties as a function of ADHD type: An argument for continued study of sluggish cognitive tempo. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 207-13.
- McHale, S., Crouter, A. & Tucker, C. (2001). Free-time activities in middle childhood: links with adjustment in early adolescence. *Child Development*, 72, 1764-1778.
- McQuaid, J., Murray, B., Laffaye, C. & McCahill, M. (1999). Depression in a primary care clinic: The prevalence and impact of an unrecognized disorder. *Journal of Affective Disorders*, 55, 1-10.
- Mello, M. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 163-170.

- Mello, A. A. F., Mello, M. F., Carpenter, L. L. & Price, L. H. (2003). Update on stress and depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 231-238.
- Mercadante, M. (2001). Transtorno obsessivo-compulsivo: Aspectos neuroimunológicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 31-34.
- Miguel, E., Rauch, S. & Jenike, M. (1998). Transtorno obsessivo-compulsivo. Em E. Miguel, S. Rauch e J. Leckman (Orgs.). *Neuropsiquiatria dos Gânglios da Base/The Psychiatric Clinics of North America* (pp. 237-261). São Paulo: Lemos.
- Minayo, M. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 421-428.
- Miranda, M. & Bordin, I. (2001). Curso clínico e prognóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 10-12.
- Mojtabai, R. (1998). Limitations of the symptom-oriented approach to psychiatric research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 198-202.
- Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C. & Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationships to previous DSM diagnoses/subtype differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 325-333.
- Moritz, S. & Muhlenen, A. V. (2005). Inhibition of return in patients with obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 117-126.
- Muller, J. & Roberts, J. E. (2005). Memory and attention in obsessive-compulsive disorder: a review. *Anxiety Disorders*, 19, 1-28
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B. & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-report behavioural inhibition in normal adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051-1061.
- Muris, P., Rapee, R., Meesters, C., Schouten, E. & Geers, M. (2003). Threat perception abnormalities in children: The role of anxiety disorders symptoms, chronic anxiety and state anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 271-287.
- Nelson, E. & Rice, J. (1997). Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the epidemiologic catchment area study. *American Journal of Psychiatry*, 154, 826-831.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O., Liang, K., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M. & Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 358-363.
- Noronha, A. P. (2002). Problemas mais graves e mais frequentes no uso dos testes psicológicos. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 15, 135-142.

- Noronha, A. P., Alchieri, J. C. & Primi, R. (2002). Elaboração de uma base de dados sobre os testes psicológicos usados no Brasil. Em ANPEPP (Org.). *Anais do IX Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico* (pp. 82). Águas de Lindóia: ANPEPP.
- Noronha, A. P., Alchieri, J. C. & Primi, R. (2003). *Guia de referência: Testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Norton, P., Asmundson, G., Cox, B. & Norton, G. (2000). Future directions in anxiety disorders: Profiles and perspectives of leading contributors. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 69-95.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 35*, 667-681.
- Oliveira, V. (2003). Queixas mais frequentes em uma Clínica-Escola. Manuscrito não publicado.
- Oliveira, C. A. & Costa, A. E. (1997). Categorias de conflitos no cotidiano de adolescentes mineiros. *Psicologia Reflexão & Crítica, 10*, 87-104.
- Ollendick, T., King, N. & Muris, P. (2002). Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Child and Adolescent Mental Health, 7*, 98-106.
- Oedegaard, K. J. & Fasmer, O. B. (2005). Is migraine in unipolar depressed patients a bipolar spectrum trait? *Journal of Affective Disorders, 84*, 233-242.
- Organization World Mental (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pacheco, J. (2005). *A construção do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais: uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos parentais*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. & Hutz, C. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão & Crítica, 18*, 55-61.
- Pacheco, J., Reppold, C. & Hutz, C. (2005). Modelos de intervenção parental para tratamento de crianças e adolescentes com problemas de comportamento. Em C. Hutz (Org.). *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção* (pp. 197-224). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM & IBAPP.
- Pasquali, L. (2000). Princípios da elaboração de escalas psicológicas. Em C. Gorenstein, L. Andrade & A. Zuardi (Orgs.). *Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia* (pp. 15-21). São Paulo: Lemos.

- Pasquali, L. (2001). *Técnicas de exame psicológico: Fundamento das técnicas psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia.
- Patterson, G. (1998). Coercion as a basis for early age of onset for arrest. Em J. McCord (Org.). *Coercion and punishment in long-term perspectives* (pp. 81-105). Cambridge: University Press.
- Patterson, G., DeBaryshe, D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G., DeGarmo, D. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.
- Patterson, G., Reid, J. & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Penadés, R., Catalán, R., Andrés, S., Salamero, M. & Gasto, C. (2005). Executive function and nonverbal memory in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 133, 81-90.
- Pepper, C., Klein, D., Anderson, R., Riso, L., Ouimette, P. & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 239-247.
- Pergher, G. K., Stein, L. M. & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 82-90.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Petribú, K. (2001). Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 17-20.
- Piacentini, J. & Bergman, R. (1999). Obsessive-compulsive disorder in children. *Psychiatric Clinic of North America*, 23, 519-533.
- Pian, K. L., Van Megen, H. J., Ramsey, N. F., Van Rijk, R. M., Wynne, H. J. & Westenberg, H. G. (no prelo). Decreased thalamic blood flow in obsessive-compulsive disorder patients responding to fluvoxamine. *Psychiatry Research Neuroimaging*.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Podeus, A., Fraga, M. N & Facó, T. (2003). Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 100-103.

- Primi, R. (2002). Movimentos atuais de regulamentação dos instrumentos de avaliação psicológica. Em ANPEPP (Org.). *Anais do IX Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico* (pp. 87). Águas de Lindóia: ANPEPP.
- Primi, R. & Almeida, L. (2000). Estudo de validação da bateria de provas de raciocínio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 165-173.
- Purdon, C, Rowa, K & Antony, M.M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive compulsive. Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93-108.
- Pyle, A. C., Argyropoulos, S. V. & Nutt, D. J. (2004). The role of serotonin in panic: evidence from tryptophan depletion studies. *Acta Neuropsychiatrica*, 16, 79-84.
- Rangé, B., Asbahr, F., Moritz, K. & Ito, L. (2001). Transtorno obsessivo-compulsivo. Em B. Range (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: ArtMed.
- Rapoport, J., Inoff-Germain, G., Weissman, M., Greenwald, S., Narrow, W., Jensen, P., Lahey, B. & Camino, G. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: Parental versus child identification of cases. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 535-548.
- Rasmussen, S. & Eisen, J. (1994). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Journal of the Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Rasmussen E., Todd, R., Neuman, R., Heath, A., Reich, W. & Rohde, L. A. (2002). Comparison of male adolescent-report of attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) symptoms across two cultures using latent class and principal components analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 797-805.
- Rauch, S. & Savage, C. (1998). Neuropsiquiatria e neuropsicologia do estriado: transpondo a ciência básica e a prática clínica. Em E. Miguel, S. Rauch e J. Leckman (Orgs.). *Neuropsiquiatria dos Gânglios da Base/The Psychiatric Clinics of North America* (pp. 81-115). São Paulo: Lemos.
- Reppold, C. (2001). *Estilos parentais percebidos, auto-estima e depressão em adolescentes adotados*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Reppold, C., Debiasi, A., Waess, S., Menna Barreto, S. & D'Agostini, C. (2003). Avaliação das principais demandas e estratégias de intervenção de uma clínica-escola *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 6, 47.
- Reppold, C. & Hutz, C. (2003). Exigência e responsividade parental como preditores de depressão em adolescentes no sul do Brasil. *Revista de Avaliação Psicológica*, 2.
- Reppold, C., Pacheco, J., Bardagi, M. & Hutz, C. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em C. Hutz

- (Org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Reppold, C., Pacheco, J. & Hutz, C. (2005). Comportamento agressivo e práticas disciplinares parentais. Em C. Hutz (Org.). *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção* (pp. 9-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Retterstol, N. (1993). Death due overdose of antidepressants: Experiences from Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica – Supplement, 371*, 28-32.
- Retzew, D., Swedo, S., Leonard, H., Lenane, M. & Rapoport, J. (1992). Obsession and compulsion across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 1050-1056.
- Rodkin, P. C., Farmer, T. W., Pearl, R. & Van Acker, R. (2000). Heterogeneity of popular boys: antisocial and prosocial configurations. *Development Psychology, 36*, 14-24.
- Rodriguez, A. & Bohlin G. (2005). Are Maternal Smoking and Stress During Pregnancy Related to ADHD Symptoms in Children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 246-254.
- Rohde, L. A. (1997). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Um estudo de prevalência, comorbidade, fatores associados e critérios diagnósticos em escolares de 12 a 14 anos da rede estadual de Porto Alegre*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Medicina Clínica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Rohde, L. A. (2002). ADHD in Brazil: The DSM-IV criteria in a culturally different population. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1131-1133.
- Rohde, L. A. & Barbosa, G., Tramontina, S. & Polanczy, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*, 7-11.
- Rohde, L. A., Biederman, J., Busnello, E. A., Zimmermann, H., Schmitz, M., Martins, S. & Tramontina, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 716-722.
- Rohde, L. A., Busnello, E. A., Chachamovich, E., Vieira, G., Pinzon, V. & Ketzer, C. R. (1998). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: Revisando conhecimentos. *Revista ABP-APAL, 20*, 166-178.
- Rohde, L. A., Eizirik, M., Ketzer, C. & Michalowski, M. (1999). Pesquisa em psiquiatria da infância e da adolescência. *Infante - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência, 7*, 25-31.

- Rohde, L. A., Roman, T. & Aronivich, V. (2003). TDAH. Em F. Assumpção Jr & E. Kucynsky (Orgs.). *Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 333-341). São Paulo: Atheneu.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. & Seeley, J. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 101-109.
- Rosário-Campos, M. C. & Mercadante, M. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 16-19.
- Rosário-Campos, M. C. (2001). Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 24-26.
- Rosen, J. B. (2004). The Neurobiology of Conditioned and Unconditioned Fear: A Neurobehavioral System Analysis of the Amygdala. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 23-41.
- Rozenthal, M., Laks, J. & Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26, 204-212.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J. & Antony, M. M. (no prelo). Why are some obsessions more upsetting than others. *Behaviour Research and Therapy*.
- Russo, M. & Beidel, D. (1994). Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clinical Psychology Review*, 14, 199-221.
- Ryan, N. (2001). Diagnostic pediatric depression. *Society of Biological Psychiatry*, 49, 1050-1054
- Safren, S., Gonzalez, R., Horner, K., Leung, A., Heimberg, R. & Juster, H. (2000). Anxiety. *Behavior Modification*, 24, 147-183.
- Salkovskis, P. M., Forrester, E. & Richard, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173, 53-63.
- Sanches, M., Roberts, R. L., Sassi, R. B., Axelson, D., Nicolletti, M., Brambilla, P., Hatch, J. P., Keshavan, M. S., Ryan, N. D., Birmaher, B. & Soares, J. C. (2005). Developmental abnormalities in striatum in young bipolar patients: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 153-158.
- Sanches, M., Sassi, R. B., Axelson, D., Nicolletti, M., Brambilla, P., Hatch, J. P., Keshavan, M. S., Ryan, N. D., Birmaher, B., Soares, J. C. (2005). Subgenual prefrontal cortex of child and adolescent bipolar patients: a relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46-66.
- Sappington, A. (2000). Childhood abuse as a possible locus for early intervention into problems of violence and psychopathology. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 255-266.

- Sassi, R. & Soares, J. (2001). Ressonância magnética estrutural nos transtornos afetivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (Supl I), 11-14.
- Saxena, S., Brody, A., Schwartz, J. & Baxter, L. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 35, 26-37.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 41-47.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 8-11.
- Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L., Chaves, M., Rohde, L. A., Moura, C. & Knijnik, M. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: An exploratory study with untreated adolescents. *Canada Journal Psychiatry*, 47, 863-869.
- Schniering, C. & Rapee, R. (2002). Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: The Children's Automatic Thoughts Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1091-1109.
- Schoen-Ferreira, T. H. S., & Silva, D. A., & Farias, M. A., & Silares, E. F. M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao centro de atendimento e apoio psicológico ao adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo*, 7, 73-82.
- Shafran, R. (2001). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6, 50-58.
- Shumake, J. & Gonzales-Lima, F. (2003). Brain systems underlying susceptibility to helplessness and depression. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2, 198-221.
- Sierra, P., Livianos, L. & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7, 159-165.
- Silberg, J., Pickles, A., Rutter, M., Hewitt, J., Simonoff, E., Maes, H., Carbonneau, R., Murrelle, L., Foley, D. & Eaves, L. (1999). The influence of genetic factors and life stress on depression among adolescents girls. *Archives of General Psychiatry*, 56, 225-232.
- Silveira, D. & Jorge, M. (1999). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 145-151.
- Simic, M., & Fombonne, E. (2001). Depressive conduct disorder: symptom patterns and correlates in referred children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 62, 175-185.
- Skinner, B. (1953). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes

- Skoog, G. & Skoog, I. (1999). A 40-years follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives General of Psychiatry*, 56, 121-127.
- Smith, D. J., Harrison, N., Muir, W. & Blackwood, D. (2005). The high prevalence of bipolar spectrum Of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Psychiatry*, 162, 228-238.
- Soares, J. (1999). Transtornos afetivos: Pesquisa e perspectivas para o futuro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 48-51.
- Sourander, A., Helstelä, L., Helenius, H. & Piha, J. (2000). Persistence of bullying from childhood to adolescence – a longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 873-881.
- Sourander, A., Helstelae, L., Haavisto, A. & Bergroth, L. (2001). Suicidal thoughts and attempts among adolescents: A longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 6, 59-66.
- Souza, F. (1999). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 18-23.
- Souza, A. P., Reppold, C., Becker, C. & Hutz, C. (2003). Avaliação psicológica de adolescentes no Brasil. [Resumo] Em Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Org.), *Anais, XV Salão de Iniciação Científica da UFRGS* (p. 871). Porto Alegre: UFRGS.
- Sposito, M. (2001). Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil. *Educação e Pesquisa*, 27, 87-103.
- Staley, J., Malison, R. & Innis, R. (1998). Imaging of the serotonergic system: Interactions of neuroanatomical and functional abnormalities of depression. *Biological Psychiatry*, 44, 534-549.
- Steiner, H., Cauffman, E. & Duxbury, E. (1999). Personality traits in juvenile delinquents: Relation to criminal behavior and recidivism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 256-262.
- Sternberg, L. (2000). *Psicologia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence* (5ª Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Stekette, G. & Van Noppen, B. (2003). Family approaches to treatment for obsessive compulsiver disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 43-50.
- Stewart, S. M., Kennard, B. D., Lee, P. W. H., Mayes, T., Hughes, C. & Emsile, G. (2005). Hopelessness and suicidal ideation among adolescents in two cultures. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 364-372.
- Storvoll, E. E. & Wichstrom, L. (2002). Do the risk factors associated with conduct problems in adolescents vary according to gender? *Journal of Adolescence*, 25, 183-202.
- Sven, H. (1990). *Principles of test theories*. Hillsdate: Lawrence Erlbaum

- Szobot, C. M., Eizirik, M., Cunha, R. D., Langleben, D. & Rohde, L. A. (2001). Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hipertividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (Supl I), 32-35.
- Swayze, I., Andreasen, N., Alliger, R., Ehrhardt, J. & Yuh, W. (1990). Structural brain abnormalities in bipolar affective disorder. *Archives General of Psychiatry*, 47, 1054-1059.
- Swedo, S. E & Grant, P. J. (2005). Annotation: PANDAS: a model for human autoimmune disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 227-234.
- Tamplin, A., Goodyer, I. M. & Herbert, J. (1998). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 48, 1-13.
- Teichner, G. & Golden, C. J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 509-528.
- Teixeira, A. & Luiz, M. (1997). Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 517-525.
- Terzian, M. A. & Fraser, M. W. (no prelo). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. A Review and Conceptual Framework. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 159-172.
- Thompson, A. E., Morgan, C. & Urquhart, I. (2003). Children with ADHD transferring to secondary schools: potential difficulties and solutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 91-103.
- Thomsen, P. H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 255-259.
- Tolin, D., Abramowitz, J., Brigidi, B. & Foa, E. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 233-242.
- Torres, A. & Smaira, S. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 6-9.
- Torres, A. (2001). Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 21-23.
- Torres, A., Ramos-Cerqueira, A. & Dias, R. (1999). O ciúme enquanto sintoma do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 165-173.
- Tramontina, S., Martins, S., Michalowski, M. B., Ketzer, C. R., Eizirik, M., Biedermam, J. & Rohde, L. A. (2001). School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 941-947.

- Tramontina, S., Schmitz, M., Polanczyk, G. & Rohde, L. A. (2003). Juvenile bipolar disorder in Brazil: clinical and treatment finding. *Biological Psychiatry*, 53, 1043-1049.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: what have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24(2), 129-141.
- Tucci, A., Kerr-Correa, F. & Dalben, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 79-87.
- Tuna, S., Teckan, A. I & Topçuoğlu V. (2005). Memory and metamemory in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 15-27.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 18-22.
- Türkoy, N., Tükel, R., Ösdemir, Ö. & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 413-423.
- Ullman, S. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 331-351.
- Valença, A., Nardi, A., Nascimento, I., Lopes, F., Freire, R., Mazzasalma, M., Veras, A. & Versiane, M. (2005). Do social anxiety disorder patients belong to a bipolar spectrum subgroup. *Journal of Affective Disorders*, 86, 11-18.
- Valente, A. & Busatto Filho, G. (2001). Aspectos neurorradiológicos do transtorno obsessivo-compulsivo: O papel dos gânglios da base. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 42-45.
- Valentiner, D., Gutierrez, P. & Blacker, D. (2002). Anxiety measures and their relationship to adolescent suicidal ideation and behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 11-32.
- Van der Oord, S., Van der Meulen, E. M., Prins, P. J., Oosterlaan, J., Buitelaar, J. K. & Emmelkamp, P. M. G. (no prelo). A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*.
- Vermeiren, R. (2003). Psychopathology and delinquency in adolescents: A descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23, 277-318.
- Vermelho, L. & Mello Jorge, M. H. (1996). Mortalidade de jovens: Análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência). *Revista de Saúde Pública*, 30, 319-331.
- Wangby, M., Bergman, L. R. & Magnusson, D. (1999). Development of adjustment problems in girls: What syndromes emerge? *Child Development*, 70, 678-699.
- Wechsler, D. (1964). *WISC III - Escala de inteligência Wechsler para crianças*. (3ª Edição, Vera Figueiredo, Padronização Brasileira.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Wechsler, S. (1999). Guia de procedimento para avaliação psicológica. Em S. Wechsler & R. Guzzo (Orgs.). *Avaliação psicológica: Perspectivas internacionais* (pp. 133-141). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wechsler, S. (2001). Princípios éticos e deontológicos na avaliação psicológica. Em L. Pasquali (Org.), *Técnicas de exame psicológico: T.E.P manual. Fundamentos das técnicas psicológicas* (Vol. 1, pp. 171-193). São Paulo: Casa do Psicólogo; Conselho Federal de Psicologia.
- Weissman, M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D. & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents 10 years later. *Archives General of Psychiatry*, 54, 932-940.
- Werlang, B. & Botega, N. J. (2002). Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: Considerações metodológicas. *Psico*, 33, 97-112.
- Whalen, C., Jamner, L., Henker, B., Delfino, R. & Lozano, J. (2002). The ADHD spectrum and everyday life: Experience sampling of adolescent mood, activities, smoking, and drinking. *Child Development*, 73, 209-227.1
- Wheeler, J. & Carlson, C. (1994). The social functioning of children with ADD with hyperactivity and ADD without hyperactivity: A comparison of their peer relations and social deficits. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 2-12.
- Wilkinson, R. & Walford, W. (1998). The measurement of adolescent psychological health: One or two dimensions? *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 443-455.
- Williams, P., Holmbeck, G. & Greenley, R. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 828-842.
- Williams, T. & Allsopp, M. (1999). Obsessional compulsive disorder in adolescent populations: Experiences of offering a combined pharmacological-psychological approach. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 4, 162-169.
- Wilson, J. J. & Steiner, H. (2002). Conduct problems, substance use and social anxiety: A developmental study of recovery and adaptation. *Clinic Child Psychology and Psychiatry*, 7, 235-247.
- Wilson, J. & Rapee, R. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 245-274
- Wilson, J. K. & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: changes during treatment and relationship to outcome. *Behavior Research and Therapy*, 43, 373-389.
- Wilson, J. K. & Rapee, R. M. (no prelo). Self- concept certainty in social phobia. *Behavior Research and Therapy*.

- Wilson, K. A., Hayward, C. (2005). A prospective evaluation of agoraphobia and depression symptoms following panic attacks in a community sample of adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 87-103
- Xianchen, L., Sun, Z., Neiderhiser, J., Uvhiyama, M., Okawa, M. & Rogan, W. (2001). Behavioral and emotional problems in Chinese adolescents: Parent and teacher reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 828-836.
- Yaryura-Tobias, J., Grunes, M., Todaro, J., McKay, D., Neziroglu, F. & Stockman, R. (2000). Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 19-30.
- Young, S., Heptinstall, E., Sonuga-barke, E. J., Chadwick, O. & Taylor, E. (2005). The adolescent outcome of hyperactive girls: self-report of psychosocial status. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 255-262.
- Youngstrom, E., Loeber, R. & Stouthamner-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent rating of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1038-1050.
- Zavaschi, M. L., Satler, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*, 189-195.
- Zohar, A. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America, 8*, 445-460.