

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Spence Children's Anxiety Scale: Estudo psicométrico da versão portuguesa de crianças e pais

Ana Catarina Monteiro Barbosa

M

2018



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**SPENCE CHILDREN'S ANXIETY SCALE: ESTUDO PSICOMÉTRICO DA
VERSÃO PORTUGUESA DE CRIANÇAS E PAIS**

Ana Catarina Monteiro Barbosa

junho 2018

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Diana Alves* e coorientada pela Doutora *Ana Catarina Canário* (FPCEUP).

Avisos legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam ao longo desta etapa e que, de alguma forma, a tornaram possível.

À Professora Doutora Diana Alves por todo o apoio, empenho e pela disponibilidade constante; pela experiência e organização, mas, principalmente pela partilha do seu enorme saber. Sem dúvida que a conquista desta nova etapa não seria possível sem a sua presença e dedicação.

À Doutora Catarina Canário pelo apoio, por todos os recursos e ajuda prestada, e pela capacidade de fazer tudo parecer mais simples e alcançável. Agradeço imenso por toda a dedicação e por ser incansável.

Às minhas amigas queridas, Catarina e Marina, por me terem acompanhado durante todo o meu percurso académico e por continuarem presentes no momento do seu culminar. Obrigada pela partilha de experiências, inseguranças e, acima de tudo, pela grande amizade que mantemos.

À minha família, pelo apoio, confiança e compreensão; pela paciência e incentivo nos momentos mais difíceis. Aos meus pais, principalmente, por estarem sempre do meu lado e me permitirem alcançar os meus objetivos.

Ao João, pelo carinho e apoio constantes. Por ser a força e a calma que muitas vezes me faltam. Obrigada pela presença permanente em todas as minhas conquistas e nos momentos de maior fragilidade.

Resumo

Este estudo analisou as propriedades psicométricas da Spence Children's Anxiety Scale, versão para crianças (SCAS) e pais (SCAS-P), numa amostra de 729 crianças e adolescentes da zona norte de Portugal, entre os 7 e os 16 anos, e de 444 pais. Foram realizadas análises fatoriais confirmatórias que demonstraram melhores índices de ajustamento da SCAS e da SCAS-P numa estrutura de cinco fatores intercorrelacionados do que na estrutura de seis fatores intercorrelacionados proposta por Spence (1998) e Nauta e colaboradores (2004), respetivamente. A estrutura de cinco fatores foi proposta a partir do DSM-5 (APA, 2013) para as perturbações de ansiedade, incluindo a ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social, pânico e agorafobia. Os resultados revelaram que a SCAS e a SCAS-P apresentam propriedades psicométricas adequadas, nomeadamente no que se refere à estrutura fatorial e fiabilidade compósita. Não se verificou a invariância da medida SCAS entre pais e filhos. Porém, os resultados indicam a validade convergente e divergente da SCAS e da SCAS-P, e sugerem ainda a sua utilidade clínica no despiste das perturbações de ansiedade.

Este estudo corrobora a validade e utilidade do instrumento para a avaliação de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes apontadas na literatura, e proporciona um significativo contributo para a investigação e prática clínica nacional com crianças e adolescentes entre os 7 e os 16 anos.

Palavras-chave: perturbações de ansiedade, avaliação, SCAS, SCAS-P, crianças e adolescentes, análise fatorial confirmatória.

Abstract

This study analyzed the psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale, self- (SCAS) and parent-report (SCAS-P) in a community sample of 729 children and adolescents from the north of Portugal, aged between 7 and 16 years, and 444 parents. The confirmatory factor analysis revealed better fit indexes in a five inter-correlated factor structure than in a six inter-correlated factor structure, as presented by Spence (1998) and Nauta and colleagues (2004), respectively. The five-factor structure was driven by the anxiety disorders described in DSM-5 (APA, 2013), including generalized anxiety, separation anxiety, social phobia, panic, and agoraphobia. Results revealed good psychometric properties of SCAS and SCAS-P, specifically regarding factor structure and composite reliability. Measurement invariance of SCAS was not found between parents and children. Nevertheless, results point out the convergent and divergent validities of the measures and also suggest it as relevant when screening for anxiety disorders.

The current study corroborates previous findings regarding the validity and utility of the instrument, and represents a significant contribution to national research and clinical practice aimed towards children and adolescents aged between 7 and 16 years.

Keywords: anxiety disorders, assessment, SCAS, SCAS-P, children and adolescents, confirmatory factor analysis.

Introdução

As perturbações de ansiedade estão entre as mais frequentes em crianças e adolescentes, estimando-se uma prevalência entre 5 a 20% (DeSousa, Peterson, Behs, Manfro, & Koller, 2012; Orgilés, Méndez, Spence, Huedo-Medina, & Espada, 2012; Spence, 1998; Wang, Meng, Liu, & Liu, 2016). Segundo Han (2009, p. 50), “a ansiedade pode ser vista como um estado emocional desagradável, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão e preocupação, por ativação ou excitação do sistema nervoso autónomo”. De acordo com as teorias fisiológicas da ansiedade, esta perturbação implica maior ativação fisiológica perante situações interpretadas pelos indivíduos como perigo e ameaça. A interpretação da ativação fisiológica conduz ao aumento dos sintomas de ansiedade (e.g., taquicardia e suores), levando os indivíduos a evitar as situações temidas (Han, 2009).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5), as diversas perturbações de ansiedade partilham características relacionadas com o medo e ansiedade excessivos. O medo é uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida e a ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura. A ansiedade torna-se patológica, diferindo do medo e ansiedade presentes no desenvolvimento normativo, quando se mostra excessiva, desproporcional e ultrapassa os períodos de desenvolvimento adequado (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Sendo as perturbações de ansiedade do tipo internalizadas, muitas vezes não são detetadas, pois o comportamento não é tão evidente como o das/os crianças/adolescentes com perturbações externalizadas (Monga et al., 2000). Embora alguns tipos de ansiedade tendam a desaparecer com a idade (e.g., ansiedade de separação e fobias específicas), outros podem prevalecer até à idade adulta. Na ausência de intervenção, interferem negativamente na vida diária e podem desencadear outras perturbações (Orgilés et al., 2012). Crianças e adolescentes com perturbação de ansiedade podem experienciar problemas nas relações com os pares e com a família, desenvolver perturbações de humor, problemas de consumo de substâncias e apresentar baixo rendimento académico (Wei et al., 2014). Como tal, é essencial identificar estas perturbações e providenciar uma avaliação precoce que permita intervir de forma apropriada (Spence, 1998).

A intervenção precoce depende da disponibilidade de instrumentos de avaliação validados para identificar perturbações de ansiedade em crianças (Spence, 1998). A entrevista semiestruturada é um dos métodos utilizados. Contudo, a sua utilização em alguns

contextos (e.g., escolas) não é viável, por necessitar de mais tempo de aplicação (Essau, Anastassiou-Hadjicharalambous, & Muñoz, 2011). Os questionários representam um meio mais eficiente na prática clínica para avaliar sintomas de ansiedade, a partir de medidas de autorrelato e também através do preenchimento por outros informantes significativos da criança. Estes instrumentos apresentam mais vantagens, visto que são rápidos e fáceis de administrar, e úteis na identificação da mudança de comportamento durante a intervenção (DeSousa et al., 2012; Wei et al., 2014). O recurso a múltiplos informantes tem como vantagem aceder às variações do comportamento da criança em diferentes contextos (De Los Reyes et al., 2015), enquanto o relato de apenas um informante torna a avaliação incompleta (Weis, 2018).

Existem alguns instrumentos para avaliar ansiedade em crianças e adolescentes, como o *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAI-C; Spielberger, 1973), disponível para crianças/adolescentes dos 8 aos 12 anos, no estudo original, e dos 8 aos 17 anos na versão portuguesa (Dias & Gonçalves, 1999); a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978), disponível para crianças/adolescentes dos 6 aos 19 anos, no estudo original, e dos 8 aos 17 anos na versão portuguesa (Fonseca, 1992); a *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997), disponível para crianças/adolescentes dos 8 aos 19 anos, no estudo original, e dos 12 aos 18 anos na versão portuguesa (Salvador et al., 2017); e o *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher et al., 1997), disponível para crianças/adolescentes dos 8 aos 18 anos, no estudo original, e dos 8 aos 13 anos na versão portuguesa (Dias, Campos, Mendes, Leal, & Marôco, 2017). Recentemente foi desenvolvida a *Youth Anxiety Measure for DSM-5* (YAM-5; Muris et al., 2017), disponível para crianças/adolescentes dos 8 aos 18 anos, ainda não aferida em Portugal.

Apesar da sua utilidade, estes instrumentos não são isentos de limitações. Muitos são adaptações de escalas inicialmente concebidas para avaliar perturbações de ansiedade e outros problemas emocionais em adultos, pelo que não consideram as variações de sintomas em diferentes faixas etárias (Fonseca et al., 1999). Além disso, avaliam a ansiedade de forma generalizada, não discriminando os vários tipos de perturbação de ansiedade (Spence, 1998). As escalas mais antigas nem sempre acompanham a evolução da investigação na área da ansiedade em crianças/adolescentes, nem o progresso dos sistemas de classificação e diagnóstico (Fonseca et al., 1999). Assim, nas últimas décadas, tem-se verificado uma preocupação crescente com o desenvolvimento de novos instrumentos que diferenciem as

especificidades das perturbações de ansiedade entre crianças e adultos e respondam melhor às suas necessidades.

A *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar os sintomas das principais perturbações de ansiedade em crianças (Spence, 1998) e adolescentes (Spence, Barrett, & Turner, 2003) seguindo as categorias de diagnóstico do DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). Trata-se de uma medida de autorrelato administrável a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos.

Spence demonstrou as boas propriedades psicométricas do instrumento em participantes entre os 8 e os 12 anos (1998) e entre os 13 e os 14 anos (Spence et al., 2003). Os resultados revelaram ainda uma estrutura de seis fatores, correspondentes às principais categorias do DSM-IV, bem como a utilidade clínica do instrumento (Spence, 1998).

Embora a SCAS tenha demonstrado boas propriedades psicométricas em vários países (e.g., Delvecchio, Li, Liberska, Lis, & Mazzeschi, 2017; DeSousa et al., 2014; Orgilés et al., 2012), a sua estrutura fatorial tem-se revelado inconsistente. Em alguns países verificou-se a mesma estrutura fatorial proposta por Spence (Delvecchio et al., 2017; DeSousa et al., 2014; Essau et al., 2011; Orgilés et al., 2012). Porém, na Alemanha (Essau, Sakano, Ishikawa, & Sasagawa, 2004), China (Essau, Leung, Conradt, Cheng, & Wong, 2008), Japão (Ishikawa, Sato, & Sasagawa, 2009) e Malásia (Ahmadi, Mustaffa, Udin, & Haghdoost, 2016) a análise demonstrou melhor ajustamento numa estrutura de cinco fatores, enquanto na África do Sul, numa estrutura de quatro fatores (Muris, Schmidt, Engelbrecht, & Perold, 2002, citados por Essau et al., 2011). Tal pode dever-se a características metodológicas da análise de dados, diferenças no tamanho, representatividade e tipo de amostra, idades abrangidas, fatores culturais, educacionais e genéticos (Ahmadi et al., 2016).

Em Portugal, apenas a versão pré-escolar se encontra aferida (Almeida & Vítor, 2013). Existe uma versão portuguesa para crianças e adolescentes com boas propriedades psicométricas avaliadas no Brasil (DeSousa, Pereira, et al., 2014; DeSousa, Peterson, et al., 2012). O presente estudo consiste na primeira avaliação das propriedades psicométricas da SCAS numa amostra de crianças e adolescentes portugueses e respetivos pais.

As escalas de ansiedade MASC e SCARED surgiram contemporaneamente à SCAS. Embora o SCARED fosse uma das poucas medidas existentes para aceder aos vários tipos de ansiedade, foi desenvolvida em populações clínicas e a sua validade na população geral ainda não tinha sido estudada (Spence, 1998). A configuração da SCAS apresentava-se mais próxima da estrutura categorial do DSM-IV, comparativamente à versão original do

SCARED (Nauta et al., 2004). A correlação entre estes dois instrumentos foi estudada (Muris, Schmidt, & Merckelbach, 2000) e os resultados demonstraram a validade convergente das medidas. O SCARED foi revisto (SCARED-R; Muris, 2002) com o objetivo de avaliar a ansiedade de forma mais consistente com o DSM-IV (APA, 1994). O SCARED-R avalia perturbações de ansiedade que a SCAS não avalia, mas as qualidades psicométricas da SCAS destacam-se como a melhor opção para uso na investigação (Muris et al., 2000). A versão aferida para Portugal (Dias et al., 2017) apenas está disponível para idades dos 10 aos 13 anos, limitando a avaliação noutras idades.

A MASC é uma escala multidimensional de ansiedade e permite recolher informação sobre sintomas emocionais, físicos, comportamentais e cognitivos. As dimensões que avalia não seguem a proposta do DSM. A escala apresenta a versão para crianças e adolescentes e para pais. A sua utilidade clínica foi avaliada, mas a capacidade para avaliar a severidade dos sintomas em populações clínicas carece de investigação (March et al., 1997; Wei et al., 2014). Em Portugal, a escala foi aferida para adolescentes dos 12 aos 18 anos (Salvador et al., 2017).

O STAI-C foi adaptado da versão para adultos e desenvolvido para avaliar a ansiedade em duas dimensões, estado e traço. Em Portugal foi aferida apenas a parte que avalia a ansiedade-traço, por ser considerada uma medida mais estável dos níveis de ansiedade da criança (Dias & Gonçalves, 1999). De igual modo, a RCMAS foi desenvolvida a partir da versão para adultos e avalia a ansiedade manifesta, incluindo uma escala de ansiedade e uma escala de mentira que pode indicar o nível de defensividade da criança (Dias & Gonçalves). Comparativamente à SCAS, o STAI-C e a RCMAS não discriminam vários tipos de perturbação de ansiedade, avaliando-a de uma forma mais generalizada (Spence, 1998).

No decurso desta investigação surgiu a YAM-5, um questionário de autorrelato que inclui também uma versão para pais e avalia os sintomas de ansiedade em linha com o DSM-5 (APA, 2013; Muris et al., 2017). Os autores verificaram boas qualidades psicométricas do instrumento, tendo avaliado a sua capacidade de diferenciar populações clínicas de não clínicas (Muris et al., 2017).

Nauta e colaboradores (2004) avaliaram as propriedades psicométricas da versão parental da SCAS (SCAS-P). Nesse estudo utilizaram uma amostra de pais de crianças diagnosticadas com perturbação de ansiedade, e uma amostra controlo de pais de crianças sem indicadores de psicopatologia, com o objetivo de avaliar a utilidade clínica da medida. Os resultados revelaram boas propriedades psicométricas, boa consistência interna e boa

validade convergente e divergente. Com uma estrutura de seis fatores, a SCAS-P mostrou-se um instrumento útil para uso clínico e para a investigação, principalmente quando combinado com a versão para crianças.

A SCAS-P foi estudada noutros países que replicaram o modelo de seis fatores (e.g., DeSousa et al., 2014; Loona & Kamal, 2013; Wang et al., 2016). No Japão (Ishikawa et al., 2014) o instrumento revelou índices de ajustamento adequados também num modelo de cinco fatores.

O recurso a múltiplos informantes na avaliação clínica é a estratégia mais utilizada para obter informação sobre o comportamento da criança em diferentes contextos (De Los Reyes, 2015). A informação pode ser recolhida através dos pais, professores, da própria criança, e também de outros significativos (Weis, 2018). Os métodos mais utilizados são a entrevista clínica, questionários e a observação (Miller, Martinez, Shumka, & Baker, 2014).

A literatura apresenta resultados inconsistentes quanto à concordância entre os informantes e se este sistema avalia de forma válida as variações contextuais do comportamento (De Los Reyes et al., 2015). Contudo, diversos autores defendem que a falta de consenso entre os informantes representa diferentes perspetivas sobre o mesmo problema em diferentes contextos, tornando os seus relatos complementares (Miller et al., 2014; Nauta et al., 2004).

O comportamento da criança pode variar consideravelmente consoante o ambiente. Os pais têm acesso ao comportamento que a criança manifesta em casa, enquanto os professores fornecem mais facilmente informação relativamente ao comportamento da criança na escola (Weis, 2018). A discordância entre informantes pode ser mais elevada relativamente a sintomas não observáveis ou socialmente indesejáveis, algo que pode acontecer quando as crianças são perfeccionistas e se guiam pela desejabilidade social (Villabø, Gere, Torgersen, March, & Kendall, 2012). Os pais e os professores têm tendência a relatar mais comportamentos de cariz disruptivo e as crianças relatam mais problemas emocionais (Weis, 2018). Segundo Miller e colaboradores (2014), os pais são os melhores informantes das crianças mais novas, relativamente a perturbações internalizadas, seguidos da própria criança e do professor. Quando se trata de crianças mais velhas, as próprias são o melhor informante, seguidas dos pais e professor.

Com a publicação do DSM-5 (APA, 2013), a classificação das perturbações de ansiedade foi revista. As alterações nesta secção surgiram essencialmente no sentido de rever critérios, excluir perturbações e incluir outras, permitindo uma maior precisão na avaliação clínica e, conseqüentemente, na intervenção (Krainak & Hart, 2014). A perturbação

obsessivo-compulsiva e a perturbação de stress pós-traumático já não estão incluídas nas perturbações de ansiedade, tendo sido integradas, respetivamente, na secção das perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações relacionadas, e na secção das perturbações relacionadas com trauma e fatores de stress (Krzanowska & Kuleta, 2017; Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013; Wakefield, 2013). Como tal, as escalas de ansiedade para crianças não necessitam de avaliar a sintomatologia de ambas as problemáticas (Muris et al., 2017). A agorafobia e a perturbação de pânico estão separadas em duas perturbações com critérios distintos no DSM-5 (APA, 2013), dado que nem todos os indivíduos com agorafobia experienciam ataques de pânico. Atualmente, os ataques de pânico funcionam como especificadores de qualquer perturbação contemplada no DSM-5 (APA, 2013). No DSM-IV (APA, 1994), o mutismo seletivo e a ansiedade de separação estavam integrados na secção de perturbações diagnosticadas na infância ou adolescência (Krainak & Hart, 2014), e atualmente integram a secção de perturbações de ansiedade no DSM-5 (APA, 2013). Os critérios da ansiedade de separação foram ajustados para melhor representarem a sintomatologia na idade adulta, mas as principais características permanecem inalteradas (Regier, et al., 2013). Posto isto, a secção das perturbações de ansiedade contempla a ansiedade generalizada, perturbação de pânico, agorafobia, fobia específica, ansiedade social, ansiedade de separação e o mutismo seletivo.

O presente estudo pretende analisar as propriedades psicométricas da SCAS na sua versão para crianças (SCAS) e para pais (SCAS-P), com o objetivo de validar este instrumento para a população portuguesa. Especificamente, pretende-se: (1) comparar a estrutura fatorial proposta por Spence (1998) e Nauta e colaboradores (2004), com seis fatores (ansiedade de separação, fobia social, obsessão-compulsão, pânico e agorafobia, ansiedade generalizada, medo de danos físicos), com uma estrutura fatorial proposta a partir do DSM-5 (APA, 2013) para as perturbações de ansiedade, com cinco fatores (ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social, pânico, agorafobia); (2) avaliar a invariância da medida entre pais e filhos; (3) avaliar a validade convergente e divergente da SCAS e SCAS-P; e (4) avaliar a utilidade clínica da SCAS na avaliação da ansiedade.

1. Método

1.1 Participantes

Os participantes, da zona norte de Portugal, foram 729 crianças/adolescentes ($n=359$, 49.02% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 7 e os 16 anos ($M=10.28$, $DP=2.07$), 444 encarregados de educação e 39 professores titulares de turma/diretores de turma. O estudo contou com a participação de alunos do 3º ($n=190$, 26.06%), 4º ($n=162$, 22.22%), 5º ($n=115$, 15.78%), 6º ($n=124$, 17.01%), 7º ($n=53$, 7.27%), 8º ($n=56$, 7.68%) e 9º ($n=29$, 3.98%) anos escolaridade. Os encarregados de educação, na sua maioria, apresentavam habilitações académicas iguais ou superiores ao 9º ano de escolaridade.

1.2 Instrumentos

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS; Spence, 1998): é constituída por 45 itens (descritos no Anexo A), dos quais 38 são referentes a sintomas específicos de ansiedade, distribuídos por seis fatores: ansiedade de separação, fobia social, obsessão-compulsão, pânico e agorafobia, ansiedade generalizada, e medo de danos físicos. Existem ainda seis itens neutros, para reduzir o enviesamento de respostas negativas, e uma última questão de resposta aberta para indicar medos adicionais. A resposta a cada item baseia-se numa escala de 0 a 3, sendo que 0 corresponde a “Nunca”, 1 a “Às vezes”, 2 a “Frequentemente” e 3 corresponde a “Sempre”. A criança deve escolher o número que melhor descreve a frequência dos sintomas descritos. A pontuação global de ansiedade apenas considera os 38 itens de ansiedade. A última questão pode ser avaliada qualitativamente, dado que pode contemplar informação relevante que não conste nos restantes itens da escala.

Spence Children's Anxiety Scale – Parent Version (SCAS-P; Nauta et al., 2004): esta versão foi desenvolvida para que os itens fossem o mais equivalentes possível aos itens da versão para crianças. É composta por 39 itens, descritos no Anexo A. Os itens referentes a estados internos da criança (e.g., item 4, “Sinto-me com medo”) foram transformados numa forma observacional do comportamento (“O/A meu/minha filho/a queixa-se de sentir medo”). Os seis itens neutros não se incluem nesta versão. Os 38 itens são pontuados na mesma escala de 0 (“Nunca”) a 3 (“Sempre”), e o último item mantém-se de resposta aberta

State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C; Spielberger, 1973, versão portuguesa de Dias & Gonçalves, 1999): avalia a ansiedade nas dimensões de ansiedade-estado e ansiedade-traço. Em Portugal, foi aferida a escala que avalia a ansiedade-traço, constituída por 20 itens, por ser uma medida mais estável dos níveis de ansiedade da criança.

Os participantes devem indicar como se sentem geralmente, numa escala de três níveis (“Nunca”, “Às vezes”, “Muitas vezes”). Este instrumento pode ser administrado a crianças entre os 8 e os 17 anos de idade. No presente estudo, apresenta um valor de consistência interna de .81.

Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach et al., 2014): é constituído por 113 itens e avalia os problemas comportamentais, emocionais e sociais de crianças e adolescentes dos 6 aos 18 anos. É administrado aos pais, sendo pedido que classifiquem cada afirmação com base na seguinte escala: (0) “Não é verdadeira”; (1) “De alguma forma ou algumas vezes verdadeira”; (2) “Muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira”. A resposta deve considerar o comportamento dos filhos nos últimos seis meses. Todos os itens foram agrupados em oito subescalas, sendo que três constituem perturbações internalizadas (Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas) e duas constituem as perturbações externalizadas (Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo). No presente estudo, as perturbações internalizadas apresentam um valor de consistência interna de .85 e as perturbações externalizadas um valor de consistência interna de .89.

Teacher’s Report Form (TRF; Achenbach et al., 2014): é constituído por 113 itens, avalia os problemas emocionais, sociais e comportamentais de crianças e adolescentes dos 6 aos 18 anos e é administrado aos professores titulares de turma/diretores de turma. Cada afirmação deve ser classificada com base na escala de resposta referida no CBCL (0 a 2), considerando o comportamento da criança nos últimos seis meses. No presente estudo, as perturbações internalizadas apresentam um valor de consistência interna de .86 e as perturbações externalizadas um valor de consistência interna de .93.

1.3 Procedimento

Após a obtenção da autorização da autora da SCAS, procedeu-se à validação cultural do instrumento. O processo de tradução implicou dois tradutores independentes, bilíngues. A tradução para língua portuguesa foi feita a partir da versão original, por um doutorado em psicologia. A avaliação desta tradução seguiu dois processos: *forward-translation* e *back-translation* (Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005; Sireci, Yang, Harter, & Ehrlich, 2006). No primeiro, um grupo de sujeitos com características demográficas próximas do grupo a quem se destina o instrumento avalia a tradução. Cinco alunos e encarregados de educação dos três ciclos do ensino básico avaliaram a prova pelo método de reflexão falada e não revelaram dificuldades. No segundo realizou-se a retroversão da versão portuguesa

para a língua original, por um doutorado sem conhecimento da terminologia em avaliação psicológica, e a resolução de possíveis discrepâncias.

No estudo de validação da SCAS estiveram envolvidas 13 escolas de três agrupamentos de escolas do distrito do Porto. Os questionários foram distribuídos por 64 turmas, quinze do 3º ano de escolaridade (23.44%), doze do 4º (18.75%), onze do 5º (17.19%), nove do 6º (14.06%), seis do 7º (9.38%), nove do 8º (14.06%) e duas do 9º (3.13%).

Obteve-se o consentimento informado dos encarregados de educação, professores titulares de turma, diretores de turma e da direção de cada agrupamento de escolas antes da sua participação, assim como a anuência da/o criança/adolescente para o preenchimento dos questionários. A aplicação dos questionários às/aos crianças/adolescentes ocorreu numa sessão específica para esse fim, na presença do investigador responsável, com a duração de 20 minutos. Os encarregados de educação preencheram os questionários em casa, tendo-os devolvido ao professor titular de turma/diretor de turma. Os professores também preencheram questionários e foram responsáveis por entregar tudo ao investigador.

A cada criança/adolescente foi administrado um protocolo com um exemplar da SCAS ($n=729$) e do STAI-C ($n=729$). Aos encarregados de educação aplicou-se a SCAS-P ($n=444$) e os itens correspondentes a perturbações internalizadas ($n=441$) e externalizadas ($n=199$) do CBCL. Aos professores foi pedido que preenchessem os itens que caracterizam perturbações internalizadas ($n=313$) e externalizadas ($n=120$) do TRF.

Para cada participante foi calculado o nível clínico, através dos pontos de corte do STAI-C (Dias & Gonçalves, 1999) e das perturbações internalizadas do CBCL e do TRF (Achenbach et al., 2014). Quando um participante apresentava valores acima dos pontos de corte por pelo menos dois dos três informantes do estudo, considerou-se a presença de nível clínico. Assim, identificaram-se 27 participantes (3.7%) com indicadores clínicos reportados por pelo menos dois informantes. Nestes casos, os encarregados de educação foram contactados e o participante encaminhado para o Serviço de Psicologia e Orientação do Agrupamento de Escolas, ou, no caso de demora na resposta deste serviço, para o Serviço de Consultas da FPCEUP, para realizar uma avaliação psicológica e determinar a necessidade de acompanhamento na consulta de psicologia.

1.4 Plano Analítico

A análise das propriedades psicométricas da SCAS e da SCAS-P foi realizada através de análises fatoriais confirmatórias (AFC), usando o *software IBM SPSS Amos* versão 25 (Arbuckle, 2017). Para cada medida foram testados dois modelos, um correspondente à estrutura fatorial proposta por Spence (1998) e Nauta e colaboradores (2004), e um correspondente à estrutura formulada em consonância com o DSM-5 (APA, 2013). A qualidade do ajustamento foi avaliada de acordo com os seguintes índices: χ^2/gl , *CFI*, *RMSEA* e *SRMR*. Para um ajustamento do modelo adequado, o índice χ^2/gl deve ser inferior a 5, o *CFI* deve ser superior a .80, o *RMSEA* inferior a .10, e o *SRMR* inferior a .08 (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008; Marôco, 2014). O valor da estatística de χ^2 não foi considerado um índice de ajustamento, dadas as limitações apontadas na literatura (Hooper et al., 2008). A comparação entre os modelos foi realizada tendo por referência os índices *AIC* e *MECVI* (Marôco, 2014). A modificação dos modelos foi realizada de acordo com os índices de modificação (Marôco, 2014), considerando um *threshold* de 11, juntamente com um elevado valor de mudança de parâmetro. A fiabilidade compósita foi calculada para os fatores dos modelos resultantes das AFC de acordo com Marôco (2014).

A invariância da medida SCAS entre filhos e pais foi avaliada através do procedimento de análise multigrupos descrito em Marôco (2014). Comparou-se o modelo livre (B) com o modelo com pesos fatoriais fixos (R1), este último com o modelo com pesos fatoriais e interceptos fixos (R2), e, finalmente, este modelo com o modelo com pesos fatoriais, interceptos, variâncias/covariâncias dos erros fixos (R3), de modo a avaliar a invariância de medida fraca (métrica), de medida forte (escalar) e de medida estrita (residual), respetivamente. A invariância da medida foi avaliada considerando os critérios de diferença do teste de Qui-quadrado (Marôco, 2014), e de diferença do *CFI* inferior a .01, acompanhado por uma diferença no *RMSEA* igual ou inferior a .015 (Cheung & Rensvold, 2002).

Para avaliar a validade convergente e divergente da SCAS e SCAS-P foram realizadas correlações bivariadas de Pearson comparando estes resultados com os das medidas STAI-C, perturbações internalizadas e externalizadas avaliadas pelos CBCL e TRF.

Por último, para avaliar a utilidade clínica da SCAS, os resultados da SCAS e SCAS-P foram comparados nos grupos com e sem nível clínico identificado, através de um teste *t* para amostras independentes.

2. Resultados

2.1 Propriedades psicométricas

Primeiramente, avaliou-se a estrutural fatorial proposta por Spence (1998) e por Nauta e colaboradores (2004), respectivamente, para a SCAS e para a SCAS-P (ver Tabela 1). Como apresentado na Tabela 1, os modelos de seis fatores da SCAS e da SCAS-P, revelaram índices de ajustamento inadequados a sofríveis (Hooper et al., 2008; Marôco, 2014).

Em segundo lugar, avaliou-se a estrutura fatorial da SCAS e da SCAS-P (ver Tabela 1) proposta a partir do DSM-5 (APA, 2013) para as perturbações de ansiedade, com cinco fatores. As estruturas fatoriais da SCAS e da SCAS-P propostas a partir do DSM-5 (APA, 2013) revelaram índices de ajustamento sofríveis a aceitáveis (Hooper et al., 2008; Marôco, 2014).

A comparação dos índices de ajustamento entre os diferentes modelos (Tabela 1) revela que os dados da presente amostra evidenciam melhores índices de ajustamento ao modelo de cinco fatores proposto para a SCAS e para a SCAS-P. A qualidade do ajustamento dos modelos de cinco fatores da SCAS e SCAS-P foi revista após a análise dos índices de modificação sugeridos para cada modelo. Assim, na SCAS (Tabela 1, Modelo 1), os índices de modificação sugeriram a correlação dos erros de mensuração dos seguintes pares de itens: 5 e 15 (ansiedade de separação), e 9 e 10 (fobia social). A implementação da correlação entre os erros de mensuração (Tabela 1, Modelo 2) resultou numa melhoria dos índices de ajustamento.

Na SCAS-P (Tabela 1, Modelo 1), os índices de modificação sugeriram a correlação dos erros de mensuração dos itens 5 e 14 (ansiedade de separação). A implementação da respetiva correlação (Tabela 1, Modelo 2) resultou na melhoria dos índices de ajustamento.

Tabela 1. Índices de ajustamento dos modelos de AFC avaliados

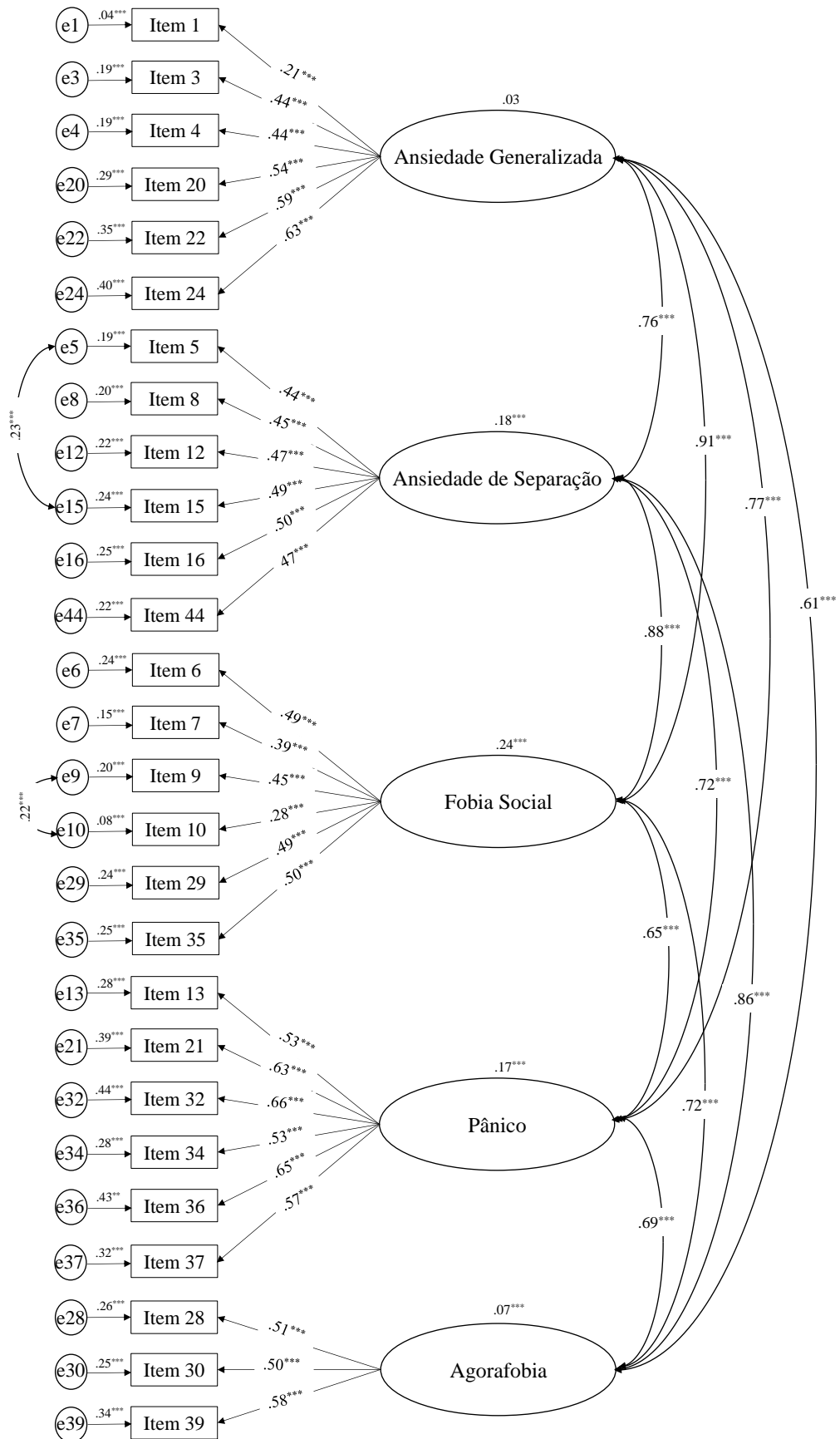
	χ^2	gl	χ^2/gl	CFI	RMSEA	SRMR	AIC	MECVI
SCAS								
6 fatores	2052.98***	650	3.16	.79	.05	.06	2310.98	2.77
5 fatores (Modelo 1)	947.25***	314	3.02	.84	.05	.05	1129.25	1.56
5 fatores (Modelo 2)	883.69***	312	2.83	.86	.05	.05	1069.69	1.48
SCAS-P								
6 fatores	2072.01***	650	3.19	.74	.06	.07	2330.01	4.45
5 fatores (Modelo 1)	1007.15***	314	3.21	.81	.07	.06	1189.15	2.27
5 fatores (Modelo 2)	960.75***	313	3.07	.82	.06	.06	1144.75	2.19

Nota. *** $p < .001$,

Os modelos finais da SCAS e da SCAS-P apresentam-se na Figura 1 e na Figura 2, respetivamente. Na SCAS, os itens apresentam um peso fatorial estandardizado igual ou superior a .39 e estatisticamente significativo, exceto no caso do item 1 (ansiedade generalizada), .21, $p < .001$, e no caso do item 10 (fobia social), .28, $p < .001$. A variância explicada de cada fator varia entre 3% e 24% (Figura 1). A intercorrelação entre os fatores varia entre .61 ($p < .001$, correlação entre agorafobia e ansiedade generalizada) e .91 ($p < .001$, correlação entre ansiedade generalizada e fobia social). A fiabilidade compósita varia entre .54 (agorafobia) e .77 (pânico). Todos os valores de fiabilidade compósita estão acima do ponto de corte de .60, proposto por Bagozzi e Yi (1988), exceto na agorafobia (.54) e na fobia social (.58).

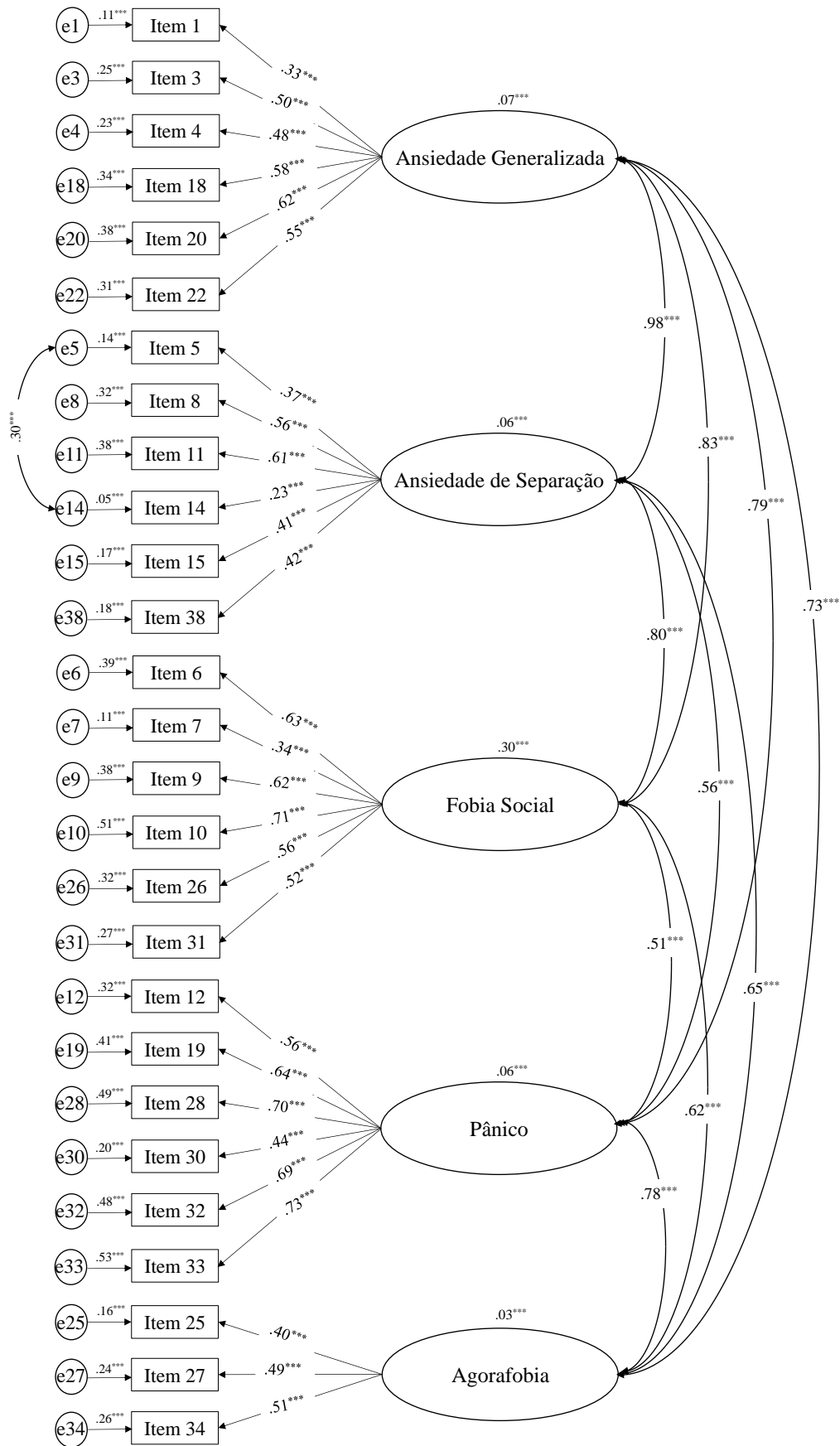
Na SCAS-P, os itens apresentam um peso fatorial estandardizado igual ou superior a .33 e estatisticamente significativo, exceto no caso do item 14 (ansiedade de separação), .23, $p < .001$. A variância explicada de cada fator varia entre 3% e 30% (Figura 2). A intercorrelação entre os fatores varia entre .56 ($p < .001$, correlação entre pânico e ansiedade de separação) e .98 ($p < .001$, correlação entre ansiedade generalizada e ansiedade de separação). A fiabilidade compósita varia entre .46 (agorafobia) e .80 (pânico). Todos os valores de fiabilidade compósita estão acima do ponto de corte de .60, proposto por Bagozzi e Yi (1988), exceto na agorafobia (.46) e na ansiedade de separação (.59).

Figura 1. Análise fatorial confirmatória da SCAS



Nota. *** $p < .001$,

Figura 2. Análise fatorial confirmatória da SCAS-P



2.2 Análise da invariância

A AFC da SCAS para filhos e pais revelou índices de ajustamento adequados, $\chi^2(628)=1954.49$, $p<.001$, $\chi^2/gl=3.11$, $CFI=.83$, $RMSEA=.04$, $SRMR=.05$, demonstrando invariância configural. A comparação dos modelos com restrições (Tabela 2) permite concluir a inexistência de invariância da medida (métrica, escalar e residual) da SCAS entre filhos e pais.

Tabela 2. Análise multigrupos do modelo fatorial SCAS (filhos vs. pais)

Modelos	$\chi^2(g.l.)$	CFI	RMSEA	Comparação	$\Delta\chi^2$	$\Delta g.l.$	p	ΔCFI	$\Delta RMSEA$
B: Livre	1954.49*** (628)	.83	.04	-	-	-	-	-	-
R1: Pesos fatoriais fixos	2082.50*** (650)	.81	.04	R1 vs. B	128.00	22	.00	-.01	-.001
R2: Pesos fatoriais e interceptos fixos	3053.90*** (677)	.69	.05	R2 vs. R1	971.41	27	.00	-.12	-.011
R3: Pesos fatoriais, variâncias/covariâncias dos erros fixos	4911.12*** (719)	.45	.07	R3 vs. R2	1857.22	42	.00	-.24	-.015

Nota. *** $p<.001$,

2.3 Validade convergente e divergente

A tabela 3 apresenta as correlações entre as variáveis SCAS e SCAS-P, STAI-C e perturbações internalizadas e externalizadas avaliadas pelos CBCL e TRF. Conclui-se a validade convergente da SCAS, dada a sua correlação de tamanho elevado com o STAI-C, bem como a validade convergente da SCAS-P, dada a sua correlação de tamanho elevado com as perturbações internalizadas avaliadas pelo CBCL. De igual modo, verifica-se a validade divergente da SCAS, dadas as correlações não significativas com as perturbações externalizadas avaliadas pelo CBCL e TRF, assim como da SCAS-P, dada a correlação não significativa com as perturbações externalizadas avaliadas pelo TRF e a correlação de tamanho médio com as perturbações externalizadas avaliadas pelo CBCL. Salienta-se que os resultados apontam um efeito do informante, na medida em que a SCAS-P apresenta uma elevada correlação com as perturbações internalizadas avaliadas pelo CBCL, $r=.63$, $p<.001$ e uma correlação de tamanho médio com as perturbações externalizadas avaliadas pelo mesmo instrumento, $r=.31$, $p<.001$. Os resultados sugerem que os pais que identificam mais

sintomas de ansiedade nos filhos tendem a identificar também mais comportamentos de internalização e de externalização.

Tabela 3. Correlações entre as variáveis SCAS e SCAS-P, STAI-C e perturbações internalizadas e externalizadas avaliadas pelos CBCL e TRF

	1	2	3	4	5	6	7
1. SCAS	1	.68***	.32***	.15**	.15**	.12	.01
2. STAIC		1	.32***	.24***	.13*	.19**	.01
3. SCAS-P			1	.63***	.11	.31***	.13
4. Perturbações internalizadas - CBCL				1	.18**	.53***	.23*
5. Perturbações internalizadas - TRF					1	.16	.33***
6. Perturbações externalizadas - CBCL						1	.42***
7. Perturbações externalizadas - TRF							1

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

2.4 Utilidade clínica da SCAS na avaliação da ansiedade

Comparativamente aos participantes sem nível clínico identificado, os participantes com nível clínico revelam resultados mais elevados na SCAS $\Delta M = 13.11$, $t(26.90) = -4.18$, $p < .001$, e na SCAS-P, $\Delta M = 9.52$, $t(25.89) = -4.27$, $p < .001$.

3. Discussão

O presente estudo avaliou as propriedades psicométricas da versão portuguesa da SCAS para crianças e para pais, através de análises fatoriais confirmatórias. Os resultados sugerem que a medida apresenta propriedades psicométricas adequadas, nomeadamente no que concerne à estrutura fatorial, fiabilidade compósita e validade convergente e divergente. Neste sentido, aponta-se para a validade e utilidade do instrumento na prática clínica, relativamente à avaliação de sintomas de ansiedade na população portuguesa, entre os 7 e os 16 anos de idade.

Contrariamente aos resultados obtidos por Spence (1998) no seu modelo original de seis fatores correlacionados, os resultados deste estudo demonstram índices de ajustamento

inadequados a sofríveis (Hooper et al., 2008; Marôco, 2014) para uma estrutura de seis fatores na SCAS e na SCAS-P.

A estrutura fatorial da SCAS tem-se revelado inconsistente na aferição para diversas populações. Embora alguns corroborem a proposta de Spence, em 1998 (e.g., Delvecchio et al., 2017; DeSousa et al., 2014; Essau et al., 2011; Orgilés et al., 2012), outros estudos (Ahmadi et al., 2016; Essau et al., 2004; Essau et al., 2008; Ishikawa et al., 2009) outros estudos revelam melhor ajustamento perante uma estrutura de cinco fatores. Relativamente à SCAS-P, a literatura indica que a estrutura de seis fatores apresenta índices de ajustamento adequados em vários países (e.g., DeSousa et al., 2014; Ishikawa et al., 2014; Loona & Kamal, 2013; Wang et al., 2016). Contudo, no Japão (Ishikawa et al., 2014) o instrumento também revelou índices de ajustamento adequados num modelo de cinco fatores. A presença de inconsistência quanto à estrutura fatorial da SCAS e SCAS-P pode dever-se a características da metodologia de análise de dados, diferenças no tamanho, representatividade e tipo de amostra, idades abrangidas, fatores culturais, educacionais e genéticos (Ahmadi et al., 2016; Essau et al., 2011).

Os resultados deste estudo sugerem que o modelo com melhor índice de ajustamento é o de cinco fatores intercorrelacionados na SCAS e na SCAS-P. Esta estrutura fatorial foi proposta a partir do DSM-5 (APA, 2013) para as perturbações de ansiedade, incluindo a ansiedade generalizada, ansiedade de separação, fobia social, pânico e agorafobia. Neste modelo destaca-se a separação entre a agorafobia e o pânico em dois fatores distintos e excluem-se os fatores obsessão-compulsão e medo de danos físicos. Assim, a SCAS torna-se uma medida mais consistente porque tenta replicar a estrutura proposta por esse manual. A estrutura de cinco fatores da SCAS e da SCAS-P, na amostra estudada, ajusta-se melhor ao DSM-5 do que a estrutura proposta por Spence (1998), que seguia a orientação da versão anterior, o DSM-IV (APA, 1994). Contudo, estudos futuros devem avaliar a SCAS e a SCAS-P longitudinalmente e determinar os pontos de corte, através de curvas *ROC*, a partir dos quais se pode identificar a existência das perturbações descritas no DSM-5 (APA, 2013).

Os fatores da SCAS e da SCAS-P revelaram, globalmente, uma fiabilidade compósita adequada. Em cada AFC, apenas dois fatores estão abaixo do ponto de corte de .60 proposto por Bagozzi e Yi (1988), a fobia social (.58) e a agorafobia (.54), na SCAS, e a ansiedade de separação (.59) e a agorafobia (.46), na SCAS-P. O valor da fobia social e da ansiedade de separação, embora próximo do ponto de corte, justificam-se pelo baixo peso fatorial nos itens 10 e 14, respetivamente. Estes, sendo inferiores a .30, sugerem que os itens têm uma baixa correlação com os fatores respetivos. Os valores de fiabilidade compósita no

fator agorafobia em ambas as AFC são compreensíveis, dado que o fator apenas integra três itens. Não obstante estes resultados, considera-se satisfatória a consistência interna dos itens de cada fator latente da SCAS e da SCAS-P.

Os itens que apresentam um peso fatorial inferior a .30, na SCAS, item 10, e na SCAS-P, item 14, apresentam pesos fatoriais superiores a .50, nos estudos de Spence (1998), Spence e colaboradores (2003), e Nauta e colaboradores (2004). Estes resultados sugerem que os itens, ainda que estatisticamente significativos, têm baixas correlações com o fator a que pertencem. Isto pode ser reflexo de má interpretação dos itens por parte dos participantes no estudo, e, por outro lado, refletem a baixa variabilidade das respostas dos participantes nestes itens.

As intercorrelações entre os fatores podem ser identificadas como problemáticas quando são superiores a .80 (Field, 2009). Na SCAS, verificam-se tais correlações entre a ansiedade generalizada e fobia social e entre a ansiedade de separação e agorafobia. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Spence (1998) e por Spence e colaboradores (2003), que também verificaram intercorrelações elevadas entre os mesmos fatores, à exceção da ansiedade de separação e agorafobia, no valor de .79. Na SCAS-P verificou-se uma correlação superior a .80 entre a ansiedade generalizada e a ansiedade de separação. No estudo conduzido por Nauta e colaboradores (2004) a correlação entre os mesmos fatores foi a mais elevada, embora inferior a .80. A elevada correlação entre os fatores pode estar relacionada com o facto de partilharem sintomas semelhantes. A literatura sugere que existe uma sobreposição considerável entre as perturbações de ansiedade, principalmente no que se refere à preocupação (Weems, Silverman, & La Greca, 2000), um aspeto muito presente nos itens da SCAS.

A AFC da SCAS para filhos e pais revelou a existência de invariância configural. Os resultados da AFC multigrupos revelaram a inexistência de invariância de medida (métrica, escalar e residual) da SCAS entre filhos e pais. A invariância configural demonstra que a estrutura da SCAS é plausível para ambos os grupos avaliados (filhos e pais). A inexistência de invariância métrica indica que os filhos e os pais não respondem aos itens da SCAS e da SCAS-P do mesmo modo, ou seja, as relações entre os itens de cada escala e o seu fator subjacente diferem entre filhos e pais.

A inexistência de invariância escalar permite concluir que as médias dos constructos são diferentes entre a SCAS e a SCAS-P, não podendo ser comparadas. Também não se verificou invariância residual, o que indica que os erros de mensuração dos itens diferem

entre filhos e pais. Este tipo de invariância é pouco frequentemente demonstrado (Damásio, 2013; Marôco, 2014).

O constructo da ansiedade é avaliado pela SCAS e pela SCAS-P de maneira diferente consoante o informante. A literatura indica que o grau de concordância entre os relatos de diferentes informantes tende a ser baixo (De Los Reyes et al., 2015; Weis, 2018). Além de o comportamento da criança poder variar consideravelmente consoante o contexto (Weis, 2018), os informantes também possuem diferentes perspetivas desse mesmo comportamento (Miller et al., 2014; Nauta et al., 2004).

As validades convergente e divergente da SCAS e da SCAS-P foram comprovadas pela comparação com outras medidas que avaliam constructos similares (STAI-C, perturbações internalizadas avaliadas pelos CBCL e TRF), e constructos teoricamente não relacionados (perturbações externalizadas avaliadas pelos CBCL e TRF). Estes resultados corroboram estudos prévios sobre a SCAS e SCAS-P (Ishikawa et al., 2014; Nauta et al., 2004; Orgilés et al., 2012; Spence, 1998; Spence et al., 2003). Identificou-se ainda um efeito de informante dos pais; aqueles que identificam mais sintomas de ansiedade nos filhos tendem a identificar também mais comportamentos de internalização e de externalização.

Os resultados apontam para a utilidade clínica da SCAS e da SCAS-P na avaliação da ansiedade na população portuguesa, entre os 7 e os 16 anos. Comparativamente aos participantes sem nível clínico identificado, os participantes com nível clínico revelam resultados mais elevados na SCAS e na SCAS-P. Este resultado vai ao encontro do apontado por Olofsdotter, Sonnby, Vadlin, Furmark, e Nilsson (2016), que constataram que quando os resultados totais da SCAS e da SCAS-P, assim como das suas subescalas, se situavam acima/abaixo do ponto de corte definido pelo *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS; Kaufman et al., 1997)*, aumentava/diminuía a probabilidade de presença de ansiedade. Ainda que os estudos não sejam metodologicamente comparáveis, a diferença de médias encontrada no presente estudo ressalva a potencial utilidade clínica da SCAS na avaliação da ansiedade, pelo que, estudos futuros com dados nacionais devem procurar replicar o trabalho desenvolvido por Olofsdotter e colaboradores (2016) para identificar os pontos de corte da SCAS na população portuguesa.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas para investigação futura. Em primeiro lugar, a amostra, recolhida em meios urbano e rural da zona norte de Portugal, pode não ser representativa do país. Em segundo lugar, a informação recolhida através dos pais das/os crianças/adolescentes só teve em conta um informante (e.g.,

só o pai ou só a mãe), o que pode limitar a riqueza da informação. Além disso, não foram avaliados os níveis de ansiedade desse informante, e que se sabem influenciar o seu julgamento relativamente aos sintomas de ansiedade dos filhos (Wang et al., 2016).

Futuramente, é necessário avaliar a fidelidade teste-reteste e averiguar a estabilidade das medidas SCAS e SCAS-P ao longo do tempo; replicar o estudo em amostras clínicas emparelhadas com amostras não clínicas; avaliar a invariância de medida para a estrutura fatorial final das medidas em diferentes faixas etárias; avaliar as medidas de acordo com o género e idade da/o criança/adolescente; e ainda avaliar a validade convergente de acordo com a YAM-5 (Murriss et al., 2017). Apesar das limitações apontadas, destacam-se como pontos fortes deste estudo uma amostra de tamanho elevado, e a utilização de um sistema de avaliação multi-informantes.

4. Conclusão

Os resultados obtidos sugerem que a SCAS e a SCAS-P apresentam propriedades psicométricas adequadas, no que concerne à estrutura fatorial, e validade convergente e divergente. A estrutura fatorial proposta traz um novo contributo para a avaliação clínica, dado que segue a proposta do DSM-5 (APA, 2013) para as perturbações de ansiedade, tornando a medida mais consistente e permitindo uma maior precisão na avaliação. Este estudo corrobora a validade e utilidade do instrumento em diferentes culturas para a avaliação de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, e proporciona um significativo contributo para a investigação e prática clínica nacional com crianças e adolescentes entre os 7 e os 16 anos.

Referências

- Achenbach, T.M., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V., Machado, B., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do sistema de avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o período pré-escolar e escolar*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ahmadi, A., Mustaffa, M.S., Udin, A., & Haghdoost, A. (2016). DSM-IV- defined anxiety disorder symptoms in a middle-childhood-aged group of malaysian children using the Spence Children's Anxiety Scale. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(1), 14-22.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico estatístico das perturbações mentais* (5ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arbuckle, J.L. (2017). Amos (Version 25.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS.
- Bagozzi, R.P., & Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94. doi:10.1007/BF02723327
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S.M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Cheung, G.W., & Rensvold, R.B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 9(2), 233-255.
- Damásio, B. (2013). Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. *Psico-USF*, 18(2), 211-220. doi: 10.1590/S1413-82712013000200005
- De Los Reyes, A., Augenstein, T.M., Wang, M., Thomas, S.A., Drabick, D.A.G., Burgers, D.E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull*, 141(4), 858-900. doi: 10.1037/a0038498
- Delvecchio, E., Li, J.-B., Liberska, H., Lis, A., & Mazzeschi, C. (2017). The polish Spence Children's Anxiety Scale: Preliminary evidence on validity and cross-cultural comparison. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 1554-1564. doi: 10.1007/s10826-017-0685-9

- DeSousa, D.A., Pereira, A.S., Petersen, C.S., Manfro, G.G., Salum, G.A., & Koller, S.H. (2014). Psychometric properties of the brazilian-portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): Self- and parent-report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 427-436.
- DeSousa, D.A., Petersen, C.S., Behs, R., Manfro, G.G., & Koller, S.H. (2012). Brazilian portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). *Trends Psychiatry Psychother*, 34(3), 147-153.
- Dias, F.V., Campos, J.A.D.B., Mendes, R., Leal, I., & Marôco, J. (2017). The factorial structure of the SCARED-R in a portuguese community sample. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 3-15. doi: 10.5964/pch.v6i1.183
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 6, 553-564.
- Essau, C.A., Anastassiou-Hadjicharalambous, X., & Muñoz, L.C. (2011). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) in cypriot children and adolescents. *Child Psychiatric and Human Development*, 42, 557-568. doi: 10.1007/s10578-011-0232-7
- Essau, C.A., Leung, P.W.L., Conradt, J., Cheng, H., & Wong, T. (2008). Anxiety symptoms in chinese and german adolescents: Their relationship with early learning experiences, perfectionism, and learning motivation. *Depression and Anxiety*, 25, 801-810.
- Essau, C.A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in japanese and in german children. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 601-612. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00164-5
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª edição). London: Sage Publications.
- Fonseca, A. (1992). Uma escala de ansiedade para crianças e adolescentes: "O que eu penso e o que eu sinto". *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(1), 141-145.
- Fonseca, A.C., Rebelo, J.A., Ferreira, A.G., Pires, C.L., Formosinho, M.D., Silva, T., & Gregório, M.H. (1999). Uma nova escala de ansiedade para crianças: A escala de Spence. *Psychologica*, 21, 97-111.
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. NJ, EUA: Lawrence Earlbaum Associates, Inc.

- Han, H.-R. (2009). Measuring anxiety in children: A methodological review of the literature. *Asian Nursing Research*, 3(2), 49-62.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Ishikawa, S.-i., Sato, H., & Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 104-111.
- Ishikawa, S.-i., Shimotsu, S., Ono, T., Sasagawa, S., Kondo-Ikemura, K., Sakano, Y., & Spence, S.H. (2014). A parental report of children's anxiety symptoms in Japan. *Child Psychiatric and Human Development*, 45, 306–317. doi: 10.1007/s10578-013-0401-y
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
- Kraynak, A. R., & Hart, S. R. (2014). Changes to DSM-5 anxiety disorders diagnosis. *National Association of School Psychologists*, 42(5), 13-15.
- Krzanowska, E., & Kuleta, M. (2017). From anxiety to compulsivity – a review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 7-15. doi: 10.12740/APP/76150
- Loona, M.I., & Kamal, A. (2013). Translation and validation of Spence Child Anxiety Scale – Parent version (SCAS-P). *Journal of Behavioural Sciences*, 23(1), 62-76.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2ª edição). Lisboa: Cafileasa.
- Miller, L.D., Martinez, Y.J., Shumka, E., & Baker, H. (2014). Multiple informant agreement of child, parent, and teacher ratings of child anxiety within community samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 34-39.

- Monga, S., Birmaher, B., Chiappetta, L., Brent, D., Kaufman, J., Bridge, J., & Cully, M. (2000). Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): Convergent and divergent validity. *Depression and Anxiety, 12*, 85-91.
- Muris, P. (2002). The revised version of the screen for anxiety related emotional disorders (SCARED-R): A new scale for measuring childhood anxiety. *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health, 2*, 257-274.
- Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Correlations among two self-report questionnaires for measuring DSM-defined anxiety disorder symptoms in children: The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders and the Spence Children's Anxiety Scale. *Personality and Individual Differences, 28*, 333-346.
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5): Development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. *Child Psychiatric and Human Development, 48*, 1-17. doi: 0.1007/s10578-016-0648-1
- Nauta, M.H., Scholing, A., Rapee, R.M., Abbott, M., Spence, S.H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 813–839. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00200-6
- Olofsson, S., Sonby, K., Vadlin, S., Furmark, T., & Nilsson, K.W. (2016). Assessing adolescent anxiety in general psychiatric care: Diagnostic accuracy of the Swedish self-report and parent versions of the Spence Children's Anxiety Scale. *Assessment, 23*(6), 744–757. doi: 10.1177/1073191115583858
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S.H., Huedo-Medina, T.B., & Espada, J.P. (2012). Spanish Validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatric and Human Development, 43*, 271–281. doi: 10.1007/s10578-011-0265-y
- Regier, D.A., Kuhl, E.A., & Kupfer, D.J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry, 12*(2), 92–98. <http://doi.org/10.1002/wps.20050>
- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 271-280.
- Salvador, M.C., Matos, A.P., Oliveira, S., March, J. S., Arnarson, E.Ö., Carey, S.C., & Craighead, W.E. (2017). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): Propriedades psicométricas e análise fatorial confirmatória numa amostra

- de adolescentes portuguesas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3(45), 33-46.
- Sireci, S.G., Yang, Y., Harter, J., & Ehrlich, E.J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations. A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(5), 557-567.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spence, S.H., Barrett, P.M., & Turner, C.M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 605-625.
- Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Villabø, M., Gere, M., Torgersen, S., March, J.S., & Kendall, P.C. (2012). Diagnostic efficiency of the child and parent versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 75–85. doi: 10.1080/15374416.2012.632350
- Wakefield, J.C. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal*, 41, 139-154. doi: 10.1007/s10615-013-0445-2
- Wang, M., Meng, Q., Liu, L., & Liu, J. (2016). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale for parents in mainland Chinese children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 47, 830–839. doi: 10.1007/s10578-015-0615-2
- Weems, C.F., Silverman, W.K., & La Greca, A.M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 63–72.
- Wei, C., Hoff, A., Villabø, M.A., Peterman, J., Kendall, P.C., Piacentini, J., . . . March, J. (2014). Assessing anxiety in youth with the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 566–578. doi: 10.1080/15374416.2013.814541
- Weis, R. (2018). *Introduction to abnormal child and adolescent psychology* (3ª edição). Los Angeles: Sage.

Anexos

Anexo A. Itens da SCAS e itens correspondentes da SCAS-P

Subescalas	Itens SCAS	Itens SCAS-P
Ansiedade Generalizada	1. Preocupo-me com as coisas.	O/A meu/minha filho/a: 1. Preocupa-se com as coisas.
	3. Quando tenho um problema fico com uma sensação estranha na barriga. 4. Sinto-me com medo. 20. Quando tenho um problema, o meu coração bate muito rápido. 22. Preocupa-me que alguma coisa de mal me possa vir a acontecer. 24. Quando tenho um problema, eu fico a tremer.	3. Quando tem algum problema, queixa-se de ter sensações esquisitas no seu estômago. 4. Queixa-se de sentir medo. 18. Quando está com problemas queixa-se que o seu coração bate depressa. 20. Teme que algo de mal lhe aconteça. 22. Quando tem algum problema, ele/ela sente-se inseguro/a.
Ansiedade de Separação	5. Teria medo de ficar sozinho/a em casa. 8. Preocupa-me estar longe dos meus pais. 12. Penso que irá acontecer algo de terrível a alguém da minha família. 15. Tenho medo se tiver de dormir sozinho/a. 16. Tenho dificuldade em ir para a escola de manhã porque me sinto nervoso/a ou assustado/a. 44. Teria medo se tivesse que passar uma noite fora de casa.	5. Sente medo de estar em sua própria casa. 8. Preocupa-se quando está longe de mim. 11. Fica preocupado/a que algo horrível vá acontecer à nossa família. 14. Tem medo de dormir sozinho/a. 15. Tem problemas em ir para a escola, de manhã, por causa de nervosismo ou medo. 38. Sente medo se tiver que ficar longe de casa durante a noite.
Fobia Social	6. Fico com medo quando tenho de fazer um teste. 7. Sinto medo se tenho de usar casas de banho públicas. 9. Tenho medo de fazer figura de parvo/a em frente às outras pessoas. 10. Preocupo-me em fazer mal os trabalhos da escola. 29. Preocupo-me com o que as outras pessoas pensam de mim. 35. Sinto-me com medo se tiver de falar em frente à minha turma.	6. Fica com medo quando tem que fazer um teste. 7. Tem medo quando tem que usar ir a casas de banho públicas ou casas de banho. 9. Sente-se com medo de fazer má figura em frente às outras pessoas. 10. Tem medo de se dar mal na escola. 26. Preocupa-se com aquilo que as outras pessoas pensam dele/a. 31. Sente medo quando tem que falar à frente da turma.
Pânico	13. De repente, sinto-me como se não conseguisse respirar, sem haver razão para isso. 21. De repente começo a tremer ou a ficar agitado/a, sem haver razão para isso. 32. De repente sinto-me muito assustado/a sem razão nenhuma. 34. De repente, fico com tonturas ou desmaio, sem razão para isso. 36. O meu coração, de repente, começa a bater muito rápido, sem razão nenhuma. 37. Preocupo-me que me possa sentir assustado/a de repente quando não há nada de que ter medo.	12. Queixa-se de falta de ar repentina sem que haja razão para isso. 19. Fica agitado/a ou a tremer sem que haja razão para tal. 28. De repente sente-se com medo de tudo sem razão para isso. 30. Queixa-se que de repente fica com tonturas ou desmaios, quando não há razão aparente para isso. 32. Queixa-se que o seu coração de repente começa a bater muito rapidamente, sem motivo. 33. Preocupa-se com o facto de ter um sentimento de medo repentino, quando não há nada a temer.
Agorafobia	28. Sinto-me assustado/a se tiver de viajar de carro, autocarro ou comboio.	25. Sente medo, se tiver que fazer uma viagem de carro, autocarro ou comboio.

Itens Neutros	<p>30. Tenho medo de estar em lugares com muitas pessoas (como shoppings, cinemas, autocarros ou parques infantis cheios).</p> <p>39. Tenho medo de estar em espaços pequenos e fechados, como túneis ou quartos pequenos.</p> <p>11. Sou popular entre as outras crianças da minha idade.</p> <p>17. Sou bom/boa em desportos.</p> <p>26. Sou uma boa pessoa.</p> <p>31. Sinto-me feliz.</p> <p>38. Gosto de mim.</p> <p>43. Estou orgulhoso/a com o meu desempenho na escola.</p>	<p>27. Tem medo de estar em locais com muitas pessoas (como centros comerciais, cinema, autocarros ou parques infantis).</p> <p>34. Tem medo de estar em lugares pequenos fechados, como túneis ou salas pequenas.</p>
---------------	---	--
