

ARTIGOS

**□O que penso e sinto□ – Adaptação da
Revised Children□s Manifest Anxiety Scale
(RCMAS) para o português^I**

**Revised Children□s Manifest Anxiety Scale
(RCMAS) adapt to Portuguese in Brazil**

Maria Angela M. Gorayeb; Ricardo Gorayeb

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

A *Revised Children□s Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) foi traduzida e adaptada para o Português e aplicada em 374 escolares de oito a 13 anos para padronização das normas. Médias e desvios padrões são apresentados. Outras 46 crianças foram testadas em intervalos de uma e cinco semanas para avaliação da estabilidade em longo prazo. A Validade de Construto do instrumento adaptado foi aferida por meio de Análise Fatorial. Para avaliação da Validade Concorrente os pais das crianças participantes responderam a um questionário que investigou a presença de sintomas de ansiedade, os quais foram correlacionados com os escores obtidos na escala de Ansiedade. Os resultados mostram que a versão da RCMAS em Português tem boas qualidades psicométricas disponibilizando para os pesquisadores da área de Saúde Mental brasileiros um

instrumento de mensuração de ansiedade manifesta em crianças.

Palavras-chave: Ansiedade, Escala, Crianças, Mensuração.

ABSTRACT

The Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) was translated and adapted into Portuguese and administered to 374 students from 8 to 13 years old for standardization. Another 46 children were retested at intervals of one and five weeks for the assessment of the test-retest reliability. Means and standard deviations are presented. A Factor Analysis of the Portuguese standardized version of RCMAS was done in order to assess its Construct Validity. To assess the Concurrent Validity data of the instrument, parents of the participant children answered a questionnaire to investigate manifest anxiety symptoms presence, to correlate with children's scale anxiety scores. The results show that the Brazilian version of the RCMAS has good psychometric properties, allowing its use in clinical and research, generally supporting the use of a scale by Brazilian mental health researchers in the children's manifest anxiety assessment.

Keywords: Anxiety, Scale, Children, Assessment.

A avaliação da ansiedade com o uso de testes psicológicos é um importante meio para a compreensão dos efeitos de diferentes estressores no desenvolvimento de transtornos comportamentais e internalizantes na infância. Existem vários instrumentos psicométricos para a avaliação da ansiedade em crianças (Spielberger, Edwards, & Lushene, 1973; Reynolds & Richmond, 1978; March & Sullivan, 1999), entre estes se destaca a *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS), também conhecida por seu nome comercial: *What I Think and Feel* (Reynolds & Richmond, 1978). A RCMAS é composta de 37 itens, sendo que estes se dividem em duas escalas, uma para avaliação de ansiedade e outra, chamada *escala de mentira*, destina-se a uma avaliação qualitativa da aquiescência social da criança e da validade das respostas na escala de ansiedade.

Uma revisão da história da RCMAS mostra que a referida escala é o resultado da revisão psicométrica da *Children's Manifest Anxiety Scale* (CMAS) cuja finalidade foi de atualizar as expressões inglesas e tornar a escala mais fácil de ser aplicada, sem perder as qualidades psicométricas do instrumento (Castaneda, McCandless, & Palermo, 1956).

A Validade de Constructo do instrumento foi avaliada por meio de Análise Fatorial por Rotação Varimax na qual se obteve três fatores para a escala de ansiedade (Reynolds & Richmond, 1979). Reynolds e Paget (1981) analisaram os fatores da escala completa, incluindo a escala de mentira, em uma amostra representativa de 4.972 crianças Norte-americanas encontrando resultados que apoiaram o estudo anterior. A Validade de Constructo da RCMAS não é afetada por aspectos étnicos e culturais como mostrado pelo estudo de Pina, Little, Knight e Silverman (2009), mantendo a divisão da ansiedade em três fatores também no Uruguai (Rodrigo & Lusiardo, 1992) e na Coréia (Yang, Hong, Jung, & Kim, 2006).

A Validade Convergente e Divergente da RCMAS foi avaliada por meio das seguintes medidas concorrentes: Teste de Goodenough, IDATE infantil e *Walter Problem Identification Checklist* (Reynolds, 1982). A Sensibilidade da RCMAS em discriminar pacientes com ou sem Transtornos de Ansiedade e mensurar a resposta a tratamentos foi avaliada por Seligman, Ollendick, Langley e Baldacci (2004), com bons resultados.

Outros estudos procuraram fornecer diretrizes para o uso da RCMAS com populações especiais, tais como pré-escolares (Reynolds, Bradley, & Steele, 1980); crianças com dificuldades de aprendizagem (Paget e Reynolds, 1984); crianças com inteligência superior a média (Reynolds, 1985); e adolescentes (Lee, Piersel, Friedlander, e Collamer, 1988).

A RCMAS tem sido amplamente utilizada nos Estados Unidos e também em outros países com idiomas diferentes, demonstrando que as adaptações da escala mantêm suas qualidades psicométricas e provêm dados para estudos interculturais da ansiedade de crianças da Nigéria (Pela & Reynolds, 1982); Uruguai (Rodrigo & Lusiardo, 1992); México (Richmond & Millar, 1984); Israel (Ginter, Lufi, Trotzy, & Richmond, 1989); Inglaterra (Mertin, Dibnah, Crosbie, & Bulkeley, 2001); Japão e Canadá (Richmond, Sukemune, Ohmoto, Kawamoto, & Hamazaki, 1984; Turgeon & Chartrand, 2003).

Nos últimos 30 anos, a RCMAS tem sido usada em estudos de validação de novos instrumentos de avaliação psicométrica em diferentes países para cujas populações de crianças e adolescentes foi adaptada (Inderbitzen-Nolan & Walters, 2000; Muris, Merckelbach, Ollendick, King, & Bogie, 2002; Olason, Sighvatsson, & Smari, 2004; Kamps, Roberts, & Varela, 2005; Yang, Hong, Joungh, & Kim, 2006).

Outros tipos de estudo que empregam a RCMAS como instrumento de medida de ansiedade são os estudos clínicos que avaliam o impacto de diferentes estressores na saúde mental de crianças, por exemplo, em condições clínicas tais como a Artrite Juvenil (Ding, Hall, Jacobs, & David, 2008); Asma (Wolf, Miller, & Chen, 2008); Adição à Nicotina (DiFranza et al., 2004); Fibrose Cística (Sredl et al., 2003) e Epilepsia (Williams et al., 2003). Estudos para determinar o papel da ansiedade como componente ou fator preditivo para doenças mentais também já

utilizaram a RCMAS como instrumento de avaliação, por exemplo, no Transtorno de Déficit de Atenção (Baxter & Rattan, 2004); Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Mather & Cartwright-Hatton, 2004) e Depressão com ideação suicida (Carter, Silvrman, Allen, & Ham, 2008).

O instrumento também se mostrou eficaz na avaliação de efeitos terapêuticos na redução de sintomas de ansiedade, tanto através de tratamentos medicamentosos quanto psicoterapêuticos, em pacientes com Transtorno Hipercinético (Mozs, Meiri, Bem-Amity, Sabbagh, & Weizman, 2005); Obesidade (Brehm, Rourke, Cassell, & Sethuraman, 2003) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Chemtob, Nakashima, & Carlson, 2002).

No Brasil, há uma deficiência de instrumentos psicométricos adequadamente validados para o trabalho de atendimento e pesquisa em saúde mental. Assim, os profissionais ficam menos habilitados para identificar e tratar crianças ou populações de risco quanto aos sintomas de ansiedade e suas conseqüências para a saúde e desenvolvimento infantis (Noronha, Primi, & Alchieri, 2004). O objetivo deste trabalho foi traduzir a RCMAS para o português e avaliar as qualidades psicométricas da escala adaptada, provendo aos profissionais brasileiros em saúde mental um instrumento útil e prático para avaliação da ansiedade infantil.

Método

Participante

Participaram da amostra normativa 374 escolares do ensino fundamental de oito a 13 anos de idade (idade média de 10,5 anos, sendo 184 meninos e 190 meninas). Um segundo grupo de 46 estudantes do quarto ano do ensino fundamental, com idade média de 10 anos (21 meninos e 25 meninas), foi testado três vezes em dois diferentes intervalos de tempo para avaliação da estabilidade em longo prazo. Os pais de todos os participantes forneceram seu consentimento para a participação da criança no estudo e responderam um questionário sobre sintomas de ansiedade da criança.

Procedimento

A *Western Psychological Services* forneceu a permissão necessária para o uso da RCMAS para fins de pesquisas. A RCMAS foi traduzida da versão original em inglês pelos pesquisadores e a adaptação cultural feita através de duas técnicas.

A primeira técnica de adaptação utilizada foi a de estabelecimento de um comitê de juízes (sete juízes, psicólogos e professores bilíngües, com experiência de terem residido em países de língua inglesa) que avaliou a tradução realizada. As

modificações sugeridas pelos juízes foram acatadas sempre que houve acordo entre os mesmos.

A segunda técnica de adaptação foi a de pré-teste, sendo que dois pré-testes foram realizados. No primeiro pré-teste, foi realizada uma aplicação coletiva do instrumento, traduzido e adaptado segundo as sugestões dos juízes, numa amostra de 15 crianças. Após responderem à escala as crianças participaram de uma discussão em grupo sobre a compreensão e modificação dos itens, de acordo com a linguagem coloquial desta população. O segundo pré-teste contou com 16 crianças que responderam a escala individualmente, justificaram suas escolhas de resposta e parafrasearam cada item após leitura em voz alta feita pelo pesquisador. Estas crianças também tiveram a oportunidade de sugerir mudanças de palavras para facilitar a compreensão dos itens da escala.

Estes procedimentos de tradução e adaptação apontaram apenas três itens para modificações mais significativas em relação à primeira tradução feita pelos pesquisadores. Nenhum item foi excluído ou acrescentado em relação ao instrumento original, portanto a versão em português da RCMAS também possui 37 itens. Para assegurar ainda mais a adequação desta versão foi feita uma retro-tradução da escala por um tradutor profissional e nenhuma diferença significativa foi encontrada entre as duas versões.

Os participantes da amostra para padronização das normas foram testados em grupos nas suas salas de aula pelo próprio pesquisador, que seguiu as instruções padronizadas de aplicação do manual original Norte-americano. Após responder à escala, cada estudante levou para casa um questionário para que seus pais indicassem a possível presença de sintomas de ansiedade na criança em questão. Os sintomas investigados foram enurese, onicofagia, sudorese das mãos, agitação motora, bruxismo, tiques e gagueira.

O grupo no qual foi testada a estabilidade da escala em longo prazo passou por três aplicações, sendo o primeiro intervalo de uma semana e o segundo intervalo de cinco semanas entre as aplicações.

Tratamento dos Dados

As análises de médias e desvios padrões foram feitas por segmentos de sexo e idade, tanto para a escala de ansiedade quanto para a escala de mentira. Os resultados da escala de ansiedade mostram uma distribuição normal ($p=0,1$). Além disso, uma análise de variância multivariada foi realizada por sexo e idade em relação aos escores totais de ansiedade.

Os resultados para a escala de mentira não apresentaram um resultado com distribuição normal ($p<0,001$). A análise de variância dos escores totais de mentira por sexo e idade foi feita através do teste de Kruskal Wallis.

Os resultados de Alfa de Cronbach para as escalas de ansiedade e mentira foram analisados separadamente.

Para a avaliação da Estabilidade em longo prazo foi aplicado o teste de Correlações de Pearson, separadamente para as escalas de ansiedade e mentira.

A análise fatorial foi feita por meio de Rotação Varimax Ortogonal (Wilkinson, 1990).

A Validade Concorrente foi feita por meio da correlação dos escores de ansiedade e número de sintomas de ansiedade relatados pelos pais no questionário destinado a essa finalidade. O teste de correlação utilizado foi o de Spearman (Fonseca et al., 1988).

Resultado

O Alfa de Cronbach para a escala de ansiedade foi de 0,85. Há muitos estudos sobre a consistência interna da RCMAS nos Estados Unidos e o último deles concluiu que o Alfa de Cronbach para a escala de ansiedade é em média de 0,8 (Gerard & Reynolds, 1999). Nota-se que não há discrepâncias entre os resultados de consistência interna Norte-americanos e os do presente estudo.

As médias de ansiedade e respectivos desvios padrão estão apresentados na Tabela 1. Os escores de ansiedade apresentam uma distribuição normal ($p=0,1$) (Teste de Kolmogorov-Smirnov). A análise multivariada aponta para diferenças entre os sexos ($p<0,001$). Os escores de ansiedade diferem por idade apenas para a amostra masculina ($p=0,1$) com escores mais baixos para os meninos de 11 e 12 anos de idade.

Tabela 1: Médias e Desvios Padrão para a Escala de Ansiedade Infantil □O que penso e sinto□, por Idade e Sexo (n=374).

Idade (anos)	Masculino			Feminino			Total		
	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n
8	11.69	5.38	32	14.03	4.78	33	12.88	5.18	65
9	11.83	5.27	30	14.42	6.23	33	13.19	5.89	63
10	12.10	5.74	30	13.23	5.01	30	12.67	5.37	60
11	8.50	6.23	28	14.43	5.93	31	11.57	6.72	59
12	8.65	4.44	34	14.19	5.88	32	11.33	5.86	66
13	11.30	4.92	30	13.74	5.63	31	12.54	5.39	61
TOTAL	10.68	5.33	184	14.01	5.58	190	12.36	5.73	374

M = média – DP = desvio padrão – n = tamanho da amostra

A Tabela 2 mostra os resultados para a escala de mentira. Os escores de mentira não diferem por sexo ($p=0,18$), como foi encontrado no estudo original Norte-americano (Reynolds & Paget, 1983) e também em um estudo intercultural com crianças japonesas e canadenses (Richmond et al., 1984). Houve diferenças nos escores de mentira por idade tanto para a amostra masculina quanto para a feminina. Entretanto, somente os escores da amostra masculina foram mais elevados para grupos de crianças mais jovens ($p=0,02$), como encontrado em outros estudos (Reynolds & Paget, 1983; Richmond et al., 1984; Pina, Silverman, Saavedra, & Weems, 2001) enquanto a amostra feminina revela uma tendência oposta ($p=0,04$). As escalas de ansiedade e mentira apresentam um coeficiente de correlação insignificante.

Tabela 2: Médias e Desvios Padrão para a Escala de Mentira Infantil □O que penso e sinto□, por Idade e Sexo (n=374).

Idade (anos)	Masculino			Feminino			Total		
	M	DP	n	M	DP	n	M	DP	n
8	6.06	1.34	32	5.73	1.86	33	5.89	1.62	65
9	5.93	1.01	30	5.76	1.97	33	5.84	1.58	63
10	5.90	1.54	30	6.17	1.89	30	6.05	1.73	60
11	5.46	1.97	28	5.23	1.85	31	5.34	1.88	59
12	5.70	1.96	34	5.37	2.18	32	5.54	2.06	66
13	4.79	1.78	30	6.55	1.39	31	5.70	1.81	61
TOTAL	5.64	1.60	184	5.80	1.86	190	5.73	1.78	374

M = média – DP = desvio padrão – n = tamanho da amostra

A Tabela 3 mostra os dados da análise de variância por sexo e idade. Não havendo diferenças entre as variáveis, não foram aplicados testes Post Hoc.

Tabela 3: Análise de Variância da Escala de Ansiedade Infantil □O que penso e sinto□, por Sexo e Idade (n=374).

Fonte	Soma dos Quadrados	GL	Quadrado Médio	Distribuição F	P
Sexo	1029.71	1	1029.71	34.39	0.000
Idade	173.28	5	34.65	1.16	.330
Sexo * Idade	276.44	5	55.29	1.85	.103
Erro	10837.72	362	29.98		

GL = graus de liberdade

Quanto à estabilidade em longo prazo, quando são comparados os resultados da primeira com a segunda aplicação da escala de ansiedade, com um intervalo de uma semana entre elas, o coeficiente de correlação encontrado é de 0,88. Para o intervalo de cinco semanas entre a primeira e terceira aplicações o coeficiente de correlação é de 0,75 ($p < 0,01$). Já a estabilidade em longo prazo para a escala de mentira apresentou um índice de correlação de 0,75 para o período de uma semana e de 0,64 para o intervalo de cinco semanas ($p < 0,01$).

A análise fatorial por cinco fatores resultou em dois fatores de mentira e três fatores de ansiedade. A escala de mentira dividiu-se em dois fatores exatamente idênticos aos resultados originais Norte-americanos, um fator sendo composto pelos itens que apresentam a possibilidade de dupla negativa (28, 32 e 36) e um fator composto pelos itens restantes da escala de mentira (4, 8, 12, 16, 20 e 24). As cargas fatoriais para a escala de mentira são satisfatoriamente elevadas, variando de 0,512 à 0,809.

Os três fatores de ansiedade são bastante semelhantes aos resultados Norte-americanos e desta forma foram nomeados da mesma maneira (Concentração, Preocupação e Fisiológico). Além disso, tais nomes descrevem muito bem o conteúdo dos itens agrupados em cada um dos fatores, como apresentado na Tabela 4. A Tabela 4 mostra também as cargas fatoriais para cada item, apontando a clareza da análise fatorial para a versão em Português da RCMAS, com itens carregados em apenas um fator.

Tabela 4: Três Fatores resultantes da Análise Fatorial da Escala de Ansiedade Infantil □O que penso e sinto□.

Assertivas	Concentração	Preocupação	Fisiológico
35 Muitas pessoas estão contra mim	0.593*	-0.050	0.086
11 Sinto que os outros não gostam do jeito que faço as coisas	0.575*	0.248	-0.105
03 Parece que os outros fazem as coisas com mais facilidade que eu	0,515*	0.204	-0.002
27 Sinto que alguém vai me dizer que faço as coisas de maneira errada	0.535*	0.345	0.043
23 As outras crianças são mais felizes do que eu	0.520*	-0.018	0.144
21 Estou bastante cansado	0.446*	0.151	0.291
31 É difícil para mim prestar atenção no trabalho da escola	0.403*	-0.058	0.262
09 Fico bravo por qualquer coisa	0.411*	0.123	0.233
33 Eu me mexo bastante na carteira	0.352*	0.143	0.204
15 Eu me sinto sozinho mesmo quando há pessoas comigo	0.449*	0.216	0.141
37 Em geral sinto que alguma coisa ruim vai acontecer para mim	0.494*	0.315	0.123
22 Eu me preocupo com o que vai acontecer	-0,002	0.698*	-0.013
14 Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim	0.176	0.647*	0.043
26 Fico triste quando estou com problemas	0.121	0.614*	0.084
10 Fico preocupado com o que meus pais vão dizer para mim	0.137	0.598*	0.008
06 Fico preocupado a maior parte do tempo	0.175	0.380*	0.308
02 Fico nervoso quando as coisas não dão certo para mim	0.026	0.339*	0.292
34 Sou nervoso	0.301	0.340*	0.284
07 Tenho medo de muitas coisas	0.205	0.370*	0.190
18 Fico triste com qualquer coisa	0.314	0.430*	0.179
01 Eu acho difícil tomar decisões	0.011	0.324*	0.087
25 Tenho sonhos ruins	0.276	0.041	0.605*
30 Eu me preocupo quando vou para a cama à noite	0.148	0.226	0.597*
29 Algumas vezes acordo assustado	0.027	0.231	0.585*
13 É difícil para mim ir para a cama à noite	-0,049	-0.004	0.566*
17 Muitas vezes sinto problemas no meu estômago	0.272	0.134	0.425*
05 Muitas vezes eu tenho falta de ar	0.272	0.024	-0.312*
19 Minhas mão ficam suadas	0.215	0.026	-0.275*
PERCENTUAL DA VARIÂNCIA TOTAL	11.664	10.712	8.606

* Cargas mais significativas. Variância Total 30.982%.

O fator Concentração consiste de 11 itens (03, 09, 11, 15, 21, 23, 27, 31, 33, 35 e 37), o fator Preocupação tem 10 itens (01, 02, 06, 07, 10, 14, 18, 22, 26 e 34) e o fator Fisiológico agrupa sete itens (05, 13, 17, 19, 25, 29 e 30). A variância total é de 30,982%.

De acordo com a técnica de Kaiser (Wilkinson, 1990) seria mais significativa estatisticamente se a escala de ansiedade fosse analisada por oito fatores. A variância neste caso seria 51,921%, mais significativa que na análise por cinco fatores (30,982%). As cargas fatoriais são também mais altas para a análise em oito fatores, como pode ser observado no Anexo 1, que mostra os agrupamentos dos itens da escala por oito fatores, com propostas de nomeações de sub-escalas de acordo com o significado psicológico das assertivas de cada grupo. É apresentada apenas a maior carga para cada item.

Os resultados para a validade concorrente, avaliada por meio da correlação entre o número de sintomas de ansiedade relatados pelos pais e os escores obtidos pela criança na escala, mostram significância estatística para quatro sintomas ($p < 0,05$). Poucas crianças apresentaram cinco ou mais sintomas, o que pode não ter conferido significância estatística ao resultado.

A Tabela 5 mostra os resultados de médias de ansiedade correlacionados ao número de sintomas de ansiedade das crianças indicados pelos seus pais. As crianças que apresentaram poucos sintomas também apresentaram escores de ansiedade dentro da faixa de normalidade, segundo os dados de padronização de normas deste mesmo estudo. Ao contrário, as crianças cujos escores foram mais elevados apresentaram três, quatro ou mais sintomas de ansiedade.

Tabela 5: Correlação entre número de Sintomas de Ansiedade Indicados pelos Pais e Média Bruta de Ansiedade das Crianças na Escala de Ansiedade Infantil
 O que penso e sinto .

Frequência de Sintomas	Escore de Ansiedade	dp	n
0	9,67	5,31	60
1	11,73	5,37	138
2	13,49	5,62	100
3	14,74	5,47	50
4	15,91	5,27	22
5 e +	16,83	8,50	4

$p < 0,05$

Tal correlação positiva é um indicativo de que a versão em Português da RCMAS tem validade e sensibilidade, ou seja, propriedades adequadas para a mensuração da ansiedade manifesta em crianças no Brasil.

Discussão

Escores de ansiedade mais elevados em indivíduos do sexo feminino, como encontrado nesta pesquisa, foram encontrados também em outros estudos, tais como na pesquisa normativa Norte-americana (Reynolds & Paget, 1983); na adaptação do instrumento para o espanhol no Uruguai (Rodrigo & Lusiardo, 1992) e também na versão hebraica de Israel (Ginter et al., 1989).

Os dados de estabilidade em longo prazo, realizada neste estudo por meio da reaplicação do instrumento em intervalos de uma e cinco semanas, são similares aos de Wisniewski, Mulick, Genshaft, e Cury (1987), os quais foram de 0,88 para o intervalo de uma semana e 0,77 para o intervalo de cinco semanas para a escala de ansiedade e de 0,63 para o intervalo de uma semana e de 0,75 para cinco semanas para escala de mentira.

Quanto à Análise Fatorial, é importante citar que quando ocorre uma diferença no agrupamento de determinados itens em relação ao estudo original não há perda de significado psicológico, por exemplo, o item 30 (□Eu me preocupo quando vou para a cama à noite□) que no estudo original obteve maior carga no fator Preocupação, neste estudo obtém maior carga como fator Fisiológico. Não seria inapropriado considerar que dificuldades para adormecer ou manter uma boa qualidade de sono sejam sintomas de Transtornos do Sono, também frequentemente associados a Transtornos de Ansiedade (Flaherty et al., 1990).

Embora a análise por oito fatores resulte em maior significância estatística e significados psicológicos mais específicos para cada fator, os autores do presente estudo recomendam que os pesquisadores brasileiros utilizem a divisão por cinco fatores, uma vez que os resultados são comparáveis aos vários estudos interculturais que utilizam a RCMAS em todo o mundo. Devido às boas qualidades psicométricas da versão brasileira da RCMAS, clinicamente o instrumento poderia ser analisado tanto para cinco quanto para oito fatores.

Os sete sintomas de ansiedade investigados junto aos pais dos participantes deste estudo foram escolhidos pelos pesquisadores baseados em sua experiência clínica e pela facilidade de observação dos mesmos pelos próprios pais. A ausência de outros instrumentos psicométricos validados para mensuração da ansiedade infantil não permite uma avaliação de validade mais formal.

O objetivo de adaptar a RCMAS para a população escolar brasileira foi bem sucedida uma vez que as qualidades psicométricas do instrumento adaptado e nomeado de "O Que Penso e Sinto" são bastante semelhantes às da escala original. Os psicólogos brasileiros agora dispõem de um instrumento internacional adaptado para o português, com adequadas propriedades psicométricas e com dados normativos para sua utilização.

A escala O Que Penso e Sinto será útil para os profissionais em saúde mental como instrumento de triagem para sintomas de stress e ansiedade infantis em sua prática clínica ou pesquisas.

Novos estudos são necessários para ampliar os dados normativos para faixas etárias mais abrangentes, populações especiais e aprofundamento da avaliação das qualidades psicométricas com amostras maiores e mais representativas da população infantil brasileira.

Referências

Baxter, J., & Rattan, G. (2004). Attention deficit disorder and the internalizing dimension in males, ages 9-0 through 11-11. *International Journal of Neuroscience*, 114(7), 817-832.

Brehm, B. J., Rourke, K. M., Cassell, C., & Sethuraman, G. (2003). Psychosocial outcomes of a pilot multidisciplinary program for weight management. *American Journal of Health Behavior*, 27(4), 348-354.

Carter, R., Silverman, W. K., Allen, A., & Ham, L. (2008). Measures matter: the relative contribution of anxiety and depression to suicidal ideation in clinically referred anxious youth using brief versus full length questionnaires. *Depress Anxiety*, 25(8), 27-35.

Castaneda, A., McCandless, B. R., & Palermo, D. S. (1956). The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 317-326.

Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99-112.

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rogotti, N. A., Ockene, J. K., McNeill, A.D., Coleman, M., & Wood, C. (2004). Trait anxiety and nicotine dependence in adolescents: a report from the DANDY study. *Addict Behaviors*, 29(5), 911-919.

Ding, T., Hall, A., Jacobs, K., & David, J. (2008). Psychological functioning of children and adolescents with juvenile idiopathic

arthritis is related to physical disability but not to disease status. *Rheumatology*, 47(5), 660-664.

Flaherty, J. A., Channon, R. A., & Davis, J. M. (1990). *Psiquiatria: diagnóstico e tratamento*. (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1989).

Gerard, A. B., & Reynolds, C. R. (1999). Characteristics and applications of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. In: Maruish, M. E. (Ed.), *The use of psychological testing for treatment and planning and outcomes assessment*. (pp. 323-340) (2^a ed.) Mahwah, NJ: Erlbaum,.

Ginter, E. J., Lufi, D., Trotzy, A. S., & Richmond, B. O. (1989). Anxiety among children in Israel. *Psychological Reports*, 65, 803-809.

Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). Social Anxiety Scale for Adolescents: normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 29(3), 360-371.

Kamps, J.L., Roberts, M.C., & Varela, R. E. (2005). Development of a new fear of hypoglycemia scale: preliminary results. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(3), 287-291.

Lee, S. W., Piersel, W. C., Friedlander, R., & Collamer, W. (1988). Concurrent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) for adolescents. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 429-433.

March, J. S., & Sullivan, K. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.

Mather, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms in adolescence: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Child Adolesc Psychology*, 33(4), 743-749.

Mertin, P., Dibnah, C., Crosbie, V., & Bulkeley, R. (2001). Using North American instruments with British samples: norms for the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in the UK. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(3), 121-126.

Mozes, T., Meiri, G., Bem-Amity, G., Sabbagh, M., & Weizman, A. (2005). Reboxetine as an optional treatment for hiperkinetic conduct disorder: a prospective open-label trial. *Journal Child Adolesc Psychopharmacol.*, 15(2), 259-269.

Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., & Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behavioral Research and Therapy*, 40(7), 753-772.

Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2004). Parâmetros psicométricos: uma análise de testes psicológicos comercializados no Brasil. *Psicologia, Ciência e Profissão, 24*(4), 88-99.

Olason, D. T., Sighvatsson, M. B., & Smari, J. (2004). Psychometric properties of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) among Icelandic schoolchildren. *Scandinavian Journal of Psychology, 45*(5), 429-436.

Paget, K. D., & Reynolds, C. R. (1984). Dimensions, levels and reliabilities on the Revised Children's Manifest Anxiety Scale with learning disabled children, *Journal of Learning Disabilities, 17*(3), 137-141.

Pela, O. A., & Reynolds, B. O. (1982). Cross-cultural applications of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale: normative and reliability data for Nigerian primary school children. *Psychological Reports, 51*, 1135-1138.

Pina, A. A., Little, M., Knight, G. P., & Silverman, W. K. (2009). Cross-ethnic measurement of the RCMAS in Latino and White youth with anxiety disorders. *Journal of Personality Assessment, 91*(1), 58-61.

Pina, A. A., Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Weems, C. F. (2001). An analysis of the RCMAS Lie scale in a clinic sample of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 15*(5), 443-457.

Reynolds, C. R. (1982). Convergent and divergent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Educational and Psychological Measurement, 4*, 1205-1212.

Reynolds, C. R. (1985). Multitrait validation of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for childrens of high intelligence. *Psychological Reports, 56*, 402.

Reynolds, C. R., & Paget, K. D. (1981). Factor analysis of the Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males and females with a normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(3), 352-359.

Reynolds, C. R., & Paget, K. D. (1983). Factor analysis of the Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males and females with a normative sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 12*, 324-336.

Reynolds, C. R., & Paget, K. D. (1983). National normative and reliability data for the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *School Psychology Review, 12*, 324-336.

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.

Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of "What I Think and Feel": the Revised Children's Manifest Anxiety Scale *Journal of Personality Assessment*, 43(3), 281-283.

Richmond, B. O., & Millar, G. W. (1984). What I Think and Feel: a cross-cultural study of anxiety in children. *Psychology in Schools*, 21, 255-258.

Richmond, B. O., Sukemune, S., Ohmoto, M., Kawamoto, H., & Hamazaki, T. (1984). Anxiety among Canadian, Japanese and American children. *Journal of Psychology*, 116, 3-6.

Rodrigo, G., & Lusiardo, M. (1992). Desarrollo de una version en español de un instrumento de medida de la ansiedad manifiesta en niños y adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología*, 26(2), 179-194.

Seligman, L.D., Ollendick, T.H., Langley, A. K., & Baldacci, H. B. (2004). The utility of measures of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children, and the Child Behavior Checklist. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 33(3), 557-565.

Spielberger, C. D., Edwards, C. D., & Lushene, R. E. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Consulting Psychological Press.

Sredl, D., Werner, T., Springhart, D., Watkins, D., Shaner, M., & McBride, G. (2003). An evidence-based pilot study exploring relationships between psychologic and physiologic factors in post-lung-transplant adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Nurs*, 18(3), 216-220.

Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15(3), 378-383.

Wilkinson, L. (1990). *SYSTAT: The System for Statistics*. Evanston, I.L.: SYSTAT, Inc.

Williams, J., Steel, C., Sharp, G. B., DelosReyes, E., Phillips, T., Bates, S., Lange, B., & Griebel, M. L. (2003). Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 4(6), 729-732.

Wisniewski, J. J., Mulick, J. A., Genshaft, J. L., & Coury, D. L. (1987). Test-retest reliability of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 67-70.

Wolf, J.M., Miller, G.E., & Chen, E. (2008). Parent psychological states predict changes in inflammatory markers in children with asthma and healthy children. *Brain Behavior and Immunity*, 22(4), 433-441.

Yang, J. W., Hong, S. D., Joung, Y. S., & Kim, J. H. (2006). Validation study of tripartite model of anxiety and depression in children and adolescents: clinical sample in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 21(6), 1098-1102.

Endereço para correspondência

Maria Angela M. Gorayeb
Rua Conde Afonso Celso, 1887.
Ribeirão Preto, S.P., Brazil CEP: 14. 020-210
Fone/fax: +55 16 3621 1234
E-mail: mgorayeb@yahoo.com.

Enviado em Abril de 2009
Revisado em Abril de 2009
Aceite final em Maio de 2009
Publicado em Dezembro de 2009

I Apoio Financeiro: Fapesp

Anexo I

Agrupamento de itens da Escala de Ansiedade Infantil □O que penso e sinto□ em 8 fatores e suas cargas fatoriais

<p>Fator 1 - "Insegurança ou Ansiedade Antecipatória"</p> <p>11 - Sinto que os outros não gostam do jeito que eu faço as coisas (0.661)</p> <p>27 - Sinto que alguém vai me dizer que eu faço as coisas de maneira errada (0.586)</p> <p>15 - Eu me sinto sozinho mesmo quando há pessoas comigo (0.573)</p> <p>37 - Em geral acho que alguma coisa ruim vai acontecer para mim (0.545)</p> <p>35 - Muitas pessoas estão contra mim (0.462)</p>	<p>Fator 2 - "Preocupação"</p> <p>22 - Eu me preocupo com o que vai acontecer (0.723)</p> <p>10 - Fico preocupado com o que meus pais vão dizer para mim (0.661)</p> <p>26 - Fico triste quando estou com problemas (0.562)</p> <p>14 - Eu me preocupo com o que os outros pensam de mim (0.515)</p>
<p>Fator 3 - "Problemas Relacionados Com o Sono"</p> <p>13 - É difícil para mim ir para a cama à noite (0.743)</p> <p>29 - Algumas vezes acordo assustado (0.619)</p> <p>30 - Eu me preocupo quando vou para a cama à noite (0.559)</p>	<p>Fator 4 - "Sintomas Orgânicos"</p> <p>17 - Muitas vezes sinto problemas no meu estômago (0.640)</p> <p>05 - Muitas vezes tenho falta de ar (0.610)</p> <p>25 - Tenho sonhos ruins (0.495)</p>
<p>Fator 5 - "Sensibilidade"</p> <p>09 - Fico bravo por qualquer coisa (0.714)</p> <p>34 - Sou nervoso (0.593)</p> <p>18 - Fico triste com qualquer coisa (0.545)</p>	<p>Fator 6 - "Ansiedade Generalizada"</p> <p>01 - Eu acho difícil tomar decisões (0.757)</p> <p>06 - Eu fico preocupado a maior parte do tempo (0.480)</p> <p>21 - Estou bastante cansado (0.377)</p>
<p>Fator 7 - "Concentração"</p> <p>31 - É difícil para mim prestar atenção no trabalho da escola (0.670)</p> <p>33 - Eu me mexo bastante na carteira (0.523)</p> <p>02 - Eu fico nervoso quando as coisas não dão certo para mim (0.438)</p>	<p>Fator 8 - "Medo ou Sentimento de Inferioridade"</p> <p>23 - As outras crianças são mais felizes do que eu (0.574)</p> <p>19 - Minhas mãos ficam suadas (0.544)</p> <p>07 - Eu tenho medo de muitas coisas (0.461)</p> <p>03 - Parece que os outros fazem as coisas com mais facilidade que eu (0.360)</p>

© 2012 Sociedade Brasileira de Psicologia

R. Florêncio de Abreu, 681/1005
14015-060 Ribeirão Preto - SP - Brasil
Tel./Fax.: +55 16 3625-9366



comissaoeditorial@sbponline.org.br