



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO (POSNEURO)

PRISCILA CARLA DA SILVA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO EM ADOLESCENTES  
ESCOLARES E OS PREJUÍZOS NO ASPECTO SOCIAL**

Recife

2023

PRISCILA CARLA DA SILVA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO EM ADOLESCENTES  
ESCOLARES E OS PREJUÍZOS NO ASPECTO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (Posneuro) da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Neurociências.

Orientadora: Dra. Prof. Paula Rejane Beserra Diniz  
Coorientadora: Dra. Elisabeth Lima Dias da Cruz

Recife  
2023

Catálogo na fonte:  
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

S586t Silva, Priscila Carla da.  
Transtorno de ansiedade de separação em adolescentes escolares e os prejuízos no aspecto social / Priscila Carla da Silva. – 2023.  
60 p. : il.

Orientadora: Paula Rejane Beserra Diniz  
Coorientadora: Elisabeth Lima Dias da Cruz  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2023.  
Inclui referências.

1. Adolescente. 2. Ansiedade de Separação. 3. Interação Social. Diniz, Paula Rejane Beserra (orientadora). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2023 - 148)

PRISCILA CARLA DA SILVA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO EM ADOLESCENTES  
ESCOLARES E OS PREJUÍZOS NO ASPECTO SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Aprovado em: 16/03/2023.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paula Rejane Beserra Diniz (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof. Dr. Luciano Machado Ferreira Tenório de Oliveira (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof. Dr. José Jailson Costa do Nascimento (Examinador Externo)  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Dedico este trabalho à minha filha Maria Manuela pelo seu amor, que me impulsiona a ser  
uma pessoa melhor e mais forte a cada dia.  
E ao meu esposo Daniel por estar ao meu lado neste momento e por me apoiar e me dar amor  
para concluir mais este projeto.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ser tão bondoso comigo e guiar sempre os meus passos. E por me permitir a conclusão de mais esta etapa na minha vida. Sem o senhor eu não teria conseguido chegar até aqui!

A minha filha, Maria Manuela, por me proporcionar um amor tão lindo e puro que é responsável por me impulsionar e me dar forças a cada dia.

Ao meu esposo Daniel por estar ao meu lado nesse projeto e na vida me impulsionando e auxiliando, especialmente nos momentos mais difíceis. Agradeço a você e a Maria por entenderem minhas ausências.

Aos meus pais por estarem sempre ao meu lado, apoiando-me e participando de todos os meus projetos de vida e por comemorarem comigo todas as minhas vitórias.

À minha família, em especial, minhas irmãs e minha madrasta por me darem suporte necessário para a conclusão desse projeto. E por serem minha rede de apoio com a Maria.

À minha orientadora a prof<sup>a</sup>. Dra. Paula Rejane, que acreditou em mim desde o início e que me ajudou a trilhar o caminho da finalização desse projeto. Obrigada pelo apoio, especialmente, nos momentos de dificuldades e por me auxiliar a conduzir essa pesquisa da melhor forma possível.

À minha coorientadora a prof<sup>a</sup>. Dra. Elisabeth Lima por desde a graduação me proporcionar ensinamentos e incentivos essenciais para a construção da minha vida acadêmica e profissional. Obrigada pela paciência em me auxiliar na conclusão de mais esse projeto.

Aos membros da banca de qualificação e defesa dessa dissertação, o prof. Dr. Luciano Machado, prof. Dr. José Jailson e a prof<sup>a</sup>. Dra. Rosana Ximenez pela disponibilidade e pelas contribuições que foram valiosas para o desenvolvimento e melhorias dessa pesquisa.

A minha amiga Ladyanne Alexandre, por estar desde a graduação me apoiando em todos os projetos da minha vida. Obrigada por me ajudar com Maria Manuela para que eu tivesse mais tempo para finalizar essa pesquisa.

Aos demais familiares e amigos por entenderem minhas ausências e a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a conclusão dessa pesquisa.

Os enigmas do universo só lentamente se revelam à nossa investigação. Existem questões às quais o homem, atualmente, não pode nos dar respostas, mas, o trabalho científico constitui o único caminho que pode nos levar a um verdadeiro conhecimento da realidade externa a nós (FREUD, 1928, 98).

## RESUMO

Os transtornos de ansiedade (TA) são uns dos transtornos mentais mais prevalentes na atualidade, sendo responsável por acometer 9,3% da população brasileira. E dentre esses transtornos é o Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) um dos mais prevalentes no público infanto-juvenil. O TAS pode ser definido como a presença de medo ou de ansiedade inadequados e excessivos diante de situações que levem a separação real ou imaginária da criança ou adolescente de suas figuras de apego. Essa ansiedade associada aos sintomas somáticos, como dor de cabeça e no estômago são responsáveis por idas frequentes ao médico e conseqüentemente falta escolar, resultando em indivíduos com baixa autoestima, introspectivos e que buscam o isolamento social. Contudo, a interação social é considerada uma necessidade humana básica, sendo essencial o seu desenvolvimento, especialmente na adolescência, visto que, a interação social nessa etapa do crescimento é essencial para o aperfeiçoamento de habilidades necessárias para a desenvolvimento de um adulto saudável. Nesse contexto, o presente trabalho buscou investigar a presença de sinais e sintomas do Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) e a presença de prejuízos na interação social em adolescentes escolares. Essa investigação foi realizada através da análise de dados secundários originados na tese de doutorado da Dra. Elisabeth Cruz (2017). Foram analisadas as respostas das subseções problemas de conduta, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pro-social de 315 adolescentes escolares, assim como os dados da subseção A do DAWBA. 67,9% dos adolescentes apresentavam sinais e sintomas de TAS. Foi encontrada uma associação entre apresentar a sintomatologia indicativa de TAS e o acesso à internet, assim como a considerar a saúde “boa”. E apesar de haver uma associação entre expressar sintomatologia indicativa de TAS e apresentar episódios de raiva, não é possível inferir que expressar essa sintomatologia acarrete prejuízos na interação social desses adolescentes escolares.

**Palavras-chave:** Adolescente. Ansiedade de separação. Interação social.

## ABSTRACT

Anxiety disorders are among the most prevalent mental health conditions today, affecting 9.3% of the Brazilian population. Separation Anxiety Disorder (SAD) is one of the most common anxiety disorders in children and adolescents, characterized by excessive fear or anxiety when separated from attachment figures. This can cause somatic symptoms, leading to frequent medical appointments, school absences, and low self-esteem. However, social interaction is critical for healthy development, especially during adolescence. The present study aimed to investigate the presence of SAD symptoms and their impact on social interaction in school adolescents. The study analyzed secondary data from Dr. Elisabeth Cruz's doctoral thesis (2017), including responses from 315 adolescent students' Conduct Problems, Relationship Problems with Peers, and Prosocial Behavior, as well as data from subsection A of the DAWBA. Results showed that 67.9% of the adolescents had signs and symptoms of SAD. The study found an association between SAD symptoms and internet access, as well as considering health as "good." While there was an association between SAD symptoms and episodes of anger, it is unclear if SAD symptoms cause damage to social interaction in these adolescent students.

**Keywords:** Adolescent; anxiety separation; Social interaction;

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das variáveis sexo e idade quanto a presença ou não de sintomas indicativos de TAS. ....	34
Tabela 2 - Frequência dos dados do questionário biodemográficos e verificação da presença de uma relação entre essas variáveis biodemográficas e a presença ou não de sintomas indicativos de TAS.....	35
Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes com sintomas indicativos de TAS, segundo a classificação da pontuação das subescalas do SDQ. ....	36
Tabela 4 - Relação entre subseção problemas de relacionamento com colegas do SDQ e a presença de sinais e sintomas sugestivos de TAS. ....	37
Tabela 5 - Relação entre subseção problemas de conduta do SDQ e a presença de sinais e sintomas sugestivos de TAS. ....	38
Tabela 6 - Relação entre subseção Pró-social do SDQ e a presença de sinais e sintomas sugestivos de TAS. ....	39

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
2.1.	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
3.1.	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.....	15
3.2.	TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO.....	16
3.3.	ADOLESCÊNCIA E INTERAÇÃO SOCIAL .....	25
<b>4.</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>29</b>
4.1.	TIPO DE ESTUDO .....	29
4.2.	BANCO DE DADOS .....	29
4.3.	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	29
4.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	31
4.6.	ANÁLISE DOS DADOS .....	32
4.7.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	33
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
5.1.	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DESCRIÇÃO DOS PERFIS COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL.....	34
<b>6.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>44</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
	<b>APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA DE USO DOS DADOS.....</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE B - PARECER DO CEP.....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO A - QUESTIONÁRIO BIODEMOGRÁFICO .....</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO C - QUESTIONÁRIO DESENVOLVIMENTO E BEM ESTAR DE</b>	
	<b>CRIANÇAS E ADOLESCENTES (DAWBA).....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é a etapa do desenvolvimento humano que compreende, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), indivíduos com a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020), sendo também o período do desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020). Nessa fase os indivíduos passam por uma série de mudanças físicas, psíquicas e sociais, que são evidenciadas por alterações corporais e pela ampliação do aspecto cognitivo (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020; SACILOTTO; ABAID, 2021).

É durante a adolescência que o indivíduo passará por um grupo de novas experiências, como o questionamento dos valores familiares e sociais vigentes, adesão a um grupo social, ingresso em faculdade e mercado de trabalho e distanciamento familiar (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020; SACILOTTO; ABAID, 2021). Essas experiências permitirão que o adolescente adquira capacidades emocionais, que são essenciais para a formação de uma vida saudável (ORBEN, 2020; RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, 2020). Contudo, também é apontada como uma fase de crises e vulnerabilidades, que são resultados das alterações biológicas e mentais presentes e que são responsáveis por aumentar o risco de os adolescentes serem acometidos por transtornos mentais (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020; RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, 2020).

Dentre os problemas de saúde mental os Transtornos de Ansiedade (TA) são uns dos transtornos mentais mais prevalentes na atualidade (MIELIMAŁKA, 2019), no qual é responsável por acometer 9,3% da população brasileira e 3,6% da população mundial (FERNANDES, 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

A ansiedade patológica pode ser descrita como uma sensação desagradável percebida, em intensidades que variam entre os níveis leve e intenso. E essa sensação é associada à presença de sintomas físicos e psicológicos que podem prejudicar o desenvolvimento das atividades de vida cotidiana do indivíduo (POP-JORDANOVA, 2019). Entre esses TAs, um dos mais comumente encontrado no público infanto-juvenil é o Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS), que apresenta uma prevalência de 4,3% nesse público (ZANDIFAR, 2020; SEVINCOK, 2021; OLLENDICK, 2018). O TAS pode ser definido como a presença de medo ou de ansiedade inadequados e excessivos diante de situações que levem a separação real ou imaginária da criança ou adolescente de suas figuras de apego (AVEDISOVA; ARKUSHA; ZAKHAROVA, 2018).

Essas sensações se encontram relacionadas às queixas somáticas, que, por sua vez, são associadas ao nível da intensidade da ansiedade apresentada pelo acometido e dessas queixas, as mais comumente encontradas no público infanto-juvenil são: dor de cabeça e no estômago, taquicardia e tremores (OLLENDICK, 2018). Devido a esses sintomas apresentados pelos adolescentes, o TAS é responsável por idas frequentes ao médico, como forma das figuras de apego buscarem soluções para o quadro de sintomas apresentados. Em associação com essas visitas frequentes ao médico existe a falta escolar, visto que, adolescentes com TAS passam a apresentar o quadro de sintomas, especialmente, em dias escolares, já que nesses dias haverá a separação desse adolescente e de suas figuras de apego. E essa recusa em ir para a escola pode proporcionar isolamento e privação sociais resultando em possíveis prejuízos no desenvolvimento social desses adolescentes (CAÍRES; SHINOHARA, 2010; FLORES, 2019; GRILLO; SILVA, 2004).

A interação social é classificada como uma necessidade humana básica, semelhante à alimentação e ao sono (ORBEN; TOMOVA; BLAKEMORE, 2020; SAXE, 2020). Sendo, portanto, essencial para o desenvolvimento saudável e para o aprendizado de novas habilidades (FELICE; VIGLIOCCO; HAMILTON, 2021). Dessas habilidades desenvolvidas durante a interação social durante a infância e adolescência temos: regulação emocional, apego, linguagem e mentalização que são necessárias para a socialização e para o processo de cooperação comunitária (TJORA, 2020; SZERLA; URBANEK; GANDECKA, 2021). Contudo, durante a adolescência, que é considerada uma fase sensível no aspecto social, os efeitos negativos associados ao isolamento e a privação sociais são ainda mais profundos e estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças físicas e mentais e da mortalidade (ORBEN; TOMOVA; BLAKEMORE, 2020; SAXE, 2020). E esses efeitos negativos são mais visualizados nessa fase, pois é nessa etapa da vida que as interações sociais com os pares se tornam mais importantes (ORBEN; TOMOVA; BLAKEMORE, 2020; CRONE; RABBIT, 2018).

Apesar dos transtornos de ansiedade serem elencados como uma das principais causas de carga de doença e de incapacidade no mundo. No Brasil, há poucos estudos que avaliam a epidemiologia desses transtornos e esses estudos são ainda mais escassos, quando o público adolescente é abordado (BONADIMAN, 2017). Essa escassez é ainda mais acentuada quando se investiga como esses TAs afetam a interação social no público adolescente. Com base na importância das habilidades sociais adquiridas na adolescência para o desenvolvimento de um adulto saudável, e da possibilidade do TAS interferir negativamente no desenvolvimento dessas

habilidades, faz-se necessário investigar a presença de sinais e sintomas de TAS e os prejuízos na interação social apresentados em adolescentes escolares.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Investigar a presença de sinais e sintomas do Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) e a presença de prejuízos na interação social em adolescentes escolares.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar a prevalência de adolescentes escolares com sintomatologia do TAS;
- Descrever os aspectos biodemográficos dos adolescentes escolares e identificar a relação entre esses aspectos biodemográficos e a sintomatologia do TAS;
- Analisar a relação entre a sintomatologia do TAS e os Problemas de Relacionamento com Colegas;
- Correlacionar a sintomatologia do TAS com os Problemas de Conduta.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A ansiedade é um sentimento, comumente presente nos seres humanos, e pode ser descrita como uma sensação, perante eventos futuros, que são considerados perigosos ou que provoquem repulsa ao indivíduo. Essa sensação resulta em alterações fisiológicas que preparam o indivíduo para respostas de fuga ou mobilização, diante desses eventos, que são considerados como uma ameaça pelo sistema nervoso do indivíduo. Portanto, a ansiedade é considerada uma forma de autoproteção do organismo perante eventos futuros que possam trazer perigo ao indivíduo. A ansiedade é vivenciada em situações que resultam em estresse e pressão e, portanto, também é considerada uma reação adaptativa do organismo. Contudo, se a ansiedade proporcionar preocupações e reações excessivas, que afetem diretamente a qualidade de vida do indivíduo e a sua capacidade de realizar atividades diárias ela passa a ser considerada como patológica e pode ser considerada um transtorno (GUANCINO; TONI; BATISTA, 2020; MOURA, 2018; SCHÖNHOFEN, 2020).

Os TAs podem ser definidos como uma sensação de ansiedade que é caracterizada pela presença de sentimentos de inquietação, tensão e apreensão, desproporcionais ao estímulo, que originou essa sensação (GOYATÁ, 2016; RIBEIRO, 2019; SCHÖNHOFEN, 2020). Essa ansiedade se manifesta diante de situações de ameaça de perigo, sendo responsável por proporcionar prejuízos nas atividades cotidianas do indivíduo e conseqüentemente, na sua qualidade de vida (RIBEIRO, 2019; SCHÖNHOFEN, 2020). Outra característica associada ao TA é que, o sentimento de ansiedade excessiva é resultado de uma ideia imaginária ou de um raciocínio errado em relação à ameaça ou ao perigo, que o indivíduo acredita está vivenciando ou que irá vivenciar, e essa sensação se encontra presente na vida do indivíduo por um longo período de tempo (GOYATÁ, 2016).

Além disso, os TA são considerados os transtornos mentais mais presentes na população (MACHADO, 2016). Pesquisas trazem a estimativa de que 3,6% da população mundial é acometida pelos TA. Contudo, no Brasil, o índice de indivíduos afetados pelos transtornos de ansiedade chega a 9,3%. O TA está mais presente entre o público feminino, visto que, 4,6% da população feminina no mundo apresenta um dos TA, enquanto 2,6% da população masculina é afetada (SCHÖNHOFEN, 2020). Todavia, possui uma alta prevalência nos públicos infantil e juvenil, já que na população brasileira são responsáveis por acometer 3,4% das crianças e 5,4% dos adolescentes (GUANCINO; TONI; BATISTA, 2020). A Organização Mundial da Saúde,

considerou que dentre os Transtornos Mentais Comuns (TMC) os TA são uma das patologias mentais, mais presentes na população trabalhadora. Foi demonstrado que esses transtornos são responsáveis por proporcionar uma redução da produtividade e da capacidade de trabalho, o afastamento dos trabalhadores, de seu ambiente de trabalho e a exclusão social desse trabalhador. Ribeiro (2019), em sua pesquisa ratifica que dentre os transtornos mentais comuns, são os transtornos de ansiedade, a segunda doença, responsável pelo maior número de afastamento laboral (RIBEIRO, 2019).

Indivíduos acometidos pelos TA apresentam um quadro de manifestações clínicas compostas por queixas, relacionadas a diversas manifestações físicas, dentre as quais tem-se: tontura, sensação de desmaio, sudorese nas mãos e nos pés, dispneia, taquicardia e náuseas (CAÍRES; SHINOHARA, 2010), que são responsáveis por gerar prejuízos na vida do acometido, já que, indivíduos com TA costumam evitar realizar as atividades que desencadeiam a ansiedade para evitar que as crises e/ou sintomas dos TA apareçam (COSTA, 2019).

Os TA mais presentes na população são os: de ansiedade generalizada, de ansiedade de separação, de ansiedade social, de pânico, de estresse pós-traumático e obsessivo compulsivo. Além das, fobias específicas e da agorafobia (CAÍRES; SHINOHARA, 2010).

O TAS é o transtorno em que o acometido apresenta uma ansiedade desproporcional e imprópria para o nível de desenvolvimento em que se encontra. Quando diante de situações em que há uma separação, temporária, das figuras de apego, como os pais. Pacientes com esse transtorno, demonstram dificuldade, pesadelo e sofrimento diante de eventos que podem proporcionar a perda ou a separação do acometido das figuras de apego (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CAÍRES; SHINOHARA, 2010).

### 3.2. TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO

O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) é o responsável por acometer, aproximadamente, metade das crianças e adolescentes diagnosticadas com transtornos de ansiedade (FLORES, 2019). Estima-se que nos Estados Unidos da América, a prevalência do TAS em crianças é de 4%, e que o transtorno é responsável por 7,6% das procuras por atendimento médico infantil. Em adolescentes essa prevalência é de 1,6% de acometidos e em adultos esse índice alcança 6,6% da população (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FERIANTE; BERNSTEIN, 2021).

Indivíduos com TAS costumam apresentar os primeiros sintomas com idades entre 6 e 7 anos, aproximadamente. O que torna o TAS um dos primeiros transtornos de ansiedade a

acometerem o público infantil (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021). E ele pode ser definido pela presença de medo ou ansiedade excessivos, apresentado pela criança ou adolescente em relação a separação da casa ou de suas figuras de apego, como o pai e a mãe (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CAÍRES; SHINOHARA, 2010). E essa ansiedade é desproporcional ao esperado pela etapa do desenvolvimento em que a criança ou adolescente se encontram (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; CAÍRES; SHINOHARA, 2010). Visto que, esse medo de separação das figuras de apego é comum, e considerado apropriado na infância (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021). Contudo, esse medo apresenta seu pico, em crianças com idades entre 9 e 13 meses (ALMEIDA; VIANA, 2013). E após os 30 meses de idade a criança passa a reduzir a ansiedade diante da separação dessas figuras de apego (ALMEIDA; VIANA, 2013).

Indivíduos com TAS, apresentam pelo menos três dos seguintes critérios, por um período de pelo menos 4 semanas: Sofrimento excessivo e recorrente quando diante de situações ou previsão de afastamento do lar ou das figuras de apego; Preocupação excessiva com a saúde ou com a possibilidade de morte das figuras de apego, e essa preocupação está mais presente quando se encontram separados dessas figuras. É comum, que o acometido passe a questionar sobre onde estão as figuras de apego e buscar o contato contínuo com essas figuras; Medo de que algo indesejado como, perder-se, ser vítima de sequestro ou de um acidente, passem a impedir o indivíduo de se encontrar com as figuras de apego; Relutância ou recusa em sair sem a presença das figuras de apego por medo dessa separação; Medo ou recusa persistente e excessiva em estar sozinho ou sem a presença das figuras de apego; Relutância ou recusa insistente em dormir sem a presença das figuras de apego ou em dormir em outro ambiente que não seja a sua casa; e a presença de sintomas físicos, como dor de cabeça, náuseas, vômitos e taquicardia quando está previsto ou ocorre a separação desse indivíduo das suas figuras de apego (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; ANNICCHINO; MATOS, 2007; CAÍRES; SHINOHARA, 2010; FLORES, 2019).

Apesar da etiologia do TAS não ser completamente conhecida, estudos demonstram que os fatores biológicos e ambientais demonstram exercer um papel considerável no desenvolvimento desse transtorno (FLORES, 2019). No tocante aos fatores ambientais, normalmente o TAS se inicia após o indivíduo vivenciar um estresse vital, especialmente, uma perda (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FERIANTE; BERNSTEIN, 2021; FLORES, 2019). Como, por exemplo, a morte de um parente próximo ao indivíduo, acometimento de uma doença por um parente próximo ou pelo próprio indivíduo, modificação da escola ou do local de residência e separação dos pais (AMERICAN PSYCHIATRIC

ASSOCIATION, 2014; FLORES, 2019). Já em indivíduos jovens adultos o desenvolvimento do TAS pode ser resultado, também de situações de estresse, como, saída da casa dos pais, início de um relacionamento e o nascimento de um filho (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FLORES, 2019). Enquanto, no relacionado aos fatores biológicos, os aspectos hereditários e fisiológicos se apresentam em destaque. Já que, estudos demonstram que o TAS pode ser herdado, fato comprovado em estudos com uma amostra de gêmeos com idade de 6 anos, onde 73% da amostra apresentou herdabilidade do transtorno (FLORES, 2019). Também foi demonstrado que o TAS é mais comum em indivíduos do sexo feminino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Outro fato, também demonstrado em estudos é que crianças com o TAS apresentam sensibilidade elevada a estimulação respiratória através do uso do ar enriquecido com gás carbônico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FLORES, 2019).

O quadro de sintomas de pacientes com o TAS é composto por sintomas comportamentais e físicos, dentre os sintomas comportamentais é comum observar em indivíduos com o TAS: Angústia ou ansiedade, comumente presentes de forma anterior a separação da figura de apego; Medo da figura de apego estar passando por alguma situação ruim, como uma doença grave ou acidente; choro diante de situações de separação ou de ameaça de separação da figura de apego; Medo de ser sequestrado ou de se perder da figura de apego; agarrar as figuras de apego durante a separação para evitar que ela ocorra; Receio de ficar longe do cuidador; Medo e recusa a ficar sozinho; Enurese; Pesadelos; Dificuldade em se concentrar; Redução no desempenho escolar; Dificuldades em interagir socialmente, dentre outros (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021; FLORES, 2019). No tocantes aos sintomas físicos é comum que pacientes com TAS apresentem queixas de: dores de cabeça e abdominal, tonturas, náuseas, vômitos, dispneia, dor na região torácica, taquicardia, dores musculares, tonturas, sensação de desmaio, entre outros (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021; FLORES, 2019). Devido a esses sintomas físicos os pacientes com TAS costumam realizar várias visitas aos hospitais para averiguar a causa do problema desencadeador desses sintomas (FLORES, 2019). O TAS, também é responsável por reduzir, consideravelmente, a autonomia dos acometidos, já que as atividades individuais e independentes passam a ser reduzidas ou evitadas para que os sintomas do transtorno não reapareçam. E gerar abstinência escolar, pela recusa da criança ou adolescente em se separar das suas figuras de apego (ALMEIDA; VIANA, 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FLORES, 2019). Além disso, indivíduos com o transtorno costumam ser medrosos e apresentar uma baixa autoestima o que o torna um

preditivo para outros transtornos na vida adulta, especialmente os transtornos de humor (ALMEIDA; VIANA, 2013).

Existem diversas opções de tratamento para o transtorno de ansiedade de separação e a escolha dentre essas opções dependerá da gravidade dos sintomas apresentados (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021; FLORES, 2019). Por exemplo, em caso de pacientes com sintomatologia leve, o manejo comportamental, o apoio e o incentivo das figuras de apoio, costumam apresentar resultados satisfatórios para que os pacientes possam retomar a sua rotina (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021; FLORES, 2019). Enquanto em pacientes com sintomas moderados ou graves, faz-se necessário além do manejo comportamental, apoio e incentivo das figuras de apoio, uma intervenção psicoterapêutica ou psicofarmacológica (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021). E dentre essas intervenções a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e os medicamentos classificados como Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) são considerados como os mais eficazes no tratamento do TAS (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021). Contudo é a TCC a primeira linha de tratamento para o TAS, devido a eficácia do tratamento e por apresentar poucos efeitos adversos. Todavia, se apenas a TCC não conseguir reduzir os sintomas apresentados pelos pacientes, recomenda-se que ela seja associada a intervenção farmacológica, visto que, estudos demonstram que a associação entre TCC e fármacos como o ISRS são mais eficazes em proporcionar melhoras no quadro de sintomas de ansiedade apresentado pelos pacientes (FERIANTE; BERNSTEIN, 2021).

Salum (2011), em seu estudo buscou descrever o design, os métodos e apresentar os resultados, obtidos preliminarmente, de uma Avaliação Multidimensional e Tratamento da Ansiedade em Crianças e Adolescentes (Projeto PROTAIA). Para realizar essa descrição, eles contaram com a participação de adolescentes. Esses adolescentes tinham idades entre 10 e 17 anos, que se encontravam matriculados em escolas localizadas na área de abrangência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) (SALUM, 2011).

Os participantes do estudo foram submetidos a aplicação de instrumentos de pesquisa que objetivaram: Rastrear os transtornos de ansiedade na comunidade participante; fornecer dados que permitissem validar as escalas utilizadas, bem como definir os scores de classificação dessas escalas; e identificar temáticas que tenham alta probabilidade de gerar transtornos de ansiedade. Para o rastreamento dos transtornos de ansiedade, os pesquisadores fizeram uso da Escala de Transtornos Emocionais Relacionados à Criança e à Ansiedade (SCARED). A SCARED é uma escala composta por 41 itens, que são subdivididos em 5 subescalas, que possuem como base o DSM-IV, que avaliam a presença de: transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade social e ansiedade

escolar. Após análise das pontuações dos participantes da pesquisa, os que atingisse acima do percentil 75° nessa escala, eram convidados, assim como seus pais, a participarem de uma entrevista clínica com psiquiatras, estruturada com base no DSM-IV (SALUM, 2011).

Participaram dessa pesquisa 2537 estudantes, contudo 842 desses adolescentes foram selecionados para participarem da avaliação clínica adicional. E dentre os adolescentes com diagnóstico de transtornos de ansiedade, 95 (68,8%) participantes apresentavam transtorno de ansiedade generalizada, 57 (41,3%) apresentaram transtorno de ansiedade social, 49 (35,5%) apresentavam transtorno de ansiedade de separação e 9 (6,5%) transtorno de pânico (SALUM *et al.*, 2011).

DeSousa (2013), objetivaram contribuir com novas evidências científicas relacionadas à validade da versão brasileira do SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*). Especificamente, no tocante a sensibilidade e especificidade da escala para com o diagnóstico do DSM-IV. Para cumprir o objetivo os autores contaram com a participação de 119 estudantes com idades entre 9 e 18 anos. Esses estudantes participavam do projeto PROTIA que apresentava como objetivo estudar o transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes. Essas crianças e adolescentes estudavam em escolas, vinculadas a Unidade Básica de Saúde do Hospital das Clínicas de Porto Alegre- Universidade Bacia do Federal do Rio Grande do Sul (HCPA-UFRGS). Para avaliar os dados da SCARED as crianças e adolescentes responderam aos seguintes instrumentos de pesquisa: O SCARED, que é um instrumento composto por 41 questões subdividido em 5 partes que irão avaliar a presença de sintomas dos seguintes transtornos de ansiedade: Pânico e sintomas somáticos; Ansiedade generalizada; Ansiedade de separação; e fobias social e escolar. Outro instrumento utilizado foi o K-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Scholl Aged Children Present and Lifetime Version*), que é uma entrevista semiestruturada utilizada para a realização do diagnóstico de transtornos psiquiátricos infantis, utilizando como base os critérios descritos no DSM-IV. Essa entrevista é subdividida nas cinco áreas a seguir: Transtornos comportamentais, como TDAH e transtorno de conduta; Transtornos de ansiedade, como fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade de separação e transtorno de pânico; Transtornos afetivos, como depressão e hipomania; Transtornos psicóticos; e abuso de substâncias e distúrbios relacionados a alimentação e eliminação. Quanto a aplicação dos instrumentos, a SCARED foi aplicada nas escolas pelos pesquisadores. Enquanto a K-SADS-PL foi realizada por psiquiatras, treinados e que não obtiveram acesso as respostas do SCARED. Como resultados, os pesquisadores concluem que, 44 (37%) participantes apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade. Desses 44 participantes, 26 (21,8%) apresentaram o

diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, 24 (20,2%) de fobia social e 9 (7,6%) para o transtorno de ansiedade de separação. Quanto a presença de mais de um diagnóstico de transtorno de ansiedade, 3 participantes apresentaram o diagnóstico positivo para todos os transtornos de ansiedade investigados, 6 apresentavam transtorno de ansiedade generalizada e fobia social. Enquanto, 2 foram diagnosticados, simultaneamente, com transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade de separação e um participante com fobia social e transtorno de ansiedade de separação. Por fim, com base nos dados obtidos pelo estudo, os pesquisadores afirmam que a SCARED além de ser um instrumento sensível é uma escala específica, que permite rastrear a presença de transtornos de ansiedade na população infantil e adolescente (DESOUSA, 2013).

Já, Petresco, (2014), em sua pesquisa buscou avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças com 6 anos de idade, além de, averiguar a distribuição desses transtornos psiquiátricos por gênero e nível socioeconômico das crianças participantes. A pesquisa foi realizada com crianças da cidade de Pelotas, localizada na região Sul do Brasil. Participaram da pesquisa 3585 crianças, essas crianças foram selecionadas a partir de um estudo de coorte de nascimento. Esse estudo selecionou todas as crianças que nasceram, na zona urbana de Pelotas, entre os dias 1 de janeiro de 31 de dezembro do ano de 2004. As mães dessas crianças foram entrevistadas nas primeiras 24 horas após o parto, com o objetivo de averiguar aspectos socioeconômicos dessas famílias, bem como, aspectos relacionados a saúde, pré-natal e ao parto. As crianças foram acompanhadas durante a infância e com 6 anos de idade foram submetidas a uma avaliação de saúde mental. Para essa avaliação de saúde mental os pesquisadores fizeram uso do DAWBA (*Development and Well-Being Assessment*), que é um instrumento composto por questões estruturadas e abertas e que permite com base nas respostas obtidas gerar diagnósticos psiquiátricos com base na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças-10) e no DSM-IV. O DAWBA foi administrado às mães ou cuidadores das crianças participantes, por entrevistadores treinados. A versão do DAWBA utilizada na pesquisa averiguou a presença dos seguintes transtornos: Transtorno de ansiedade de separação, fobia específica, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, transtornos de alimentação e transtornos de tiques. Como caracterização da amostra do estudo, tem-se que, das 3585 crianças participantes, 1839 eram do sexo masculino e 1746 do sexo feminino. A média de idade das crianças foi de 6,8 anos de idade. Como resultado a pesquisa verificou que 475 (13,2%) crianças preencheram os critérios para pelo menos um transtorno

mental, segundo o DSM-IV e 458 (12,8%) preencheram os critérios segundo o CID-10. Além disso, a pesquisa informa que os transtornos mais prevalentes nas crianças participantes foram os transtornos de ansiedade, encontrado em 9% da amostra e dentre os transtornos de ansiedade os mais presentes foram a fobia específica presente em 5% da amostra e o transtorno de ansiedade de separação presente em 3% da amostra. 46 (1,3%) crianças foram diagnosticadas com depressão e quanto ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, segundo os critérios do DSM-IV, 2,6% da amostra apresentava esse transtorno, enquanto segundo os critérios do CID-10 esse número é de 2,2%. Quanto às diferenças de gênero e as socioeconômicas, os pesquisadores observaram que os transtornos psiquiátricos eram mais comuns em meninos do que em meninas. Contudo, os transtornos de ansiedade e depressão apresentaram uma prevalência semelhante em ambos os sexos. Por fim, no tocante aos aspectos econômicos, os pesquisadores demonstram que a prevalência de transtorno mental em crianças pertencentes a famílias de baixa renda é maior que entre as demais crianças (PETRESCO, 2014).

Moreira em seu estudo realizado no ano de 2015, que teve como objetivo investigar a resiliência, a qualidade de vida e a presença de sintomas de ansiedade e de depressão em crianças e adolescentes com doença renal crônica e que realizam diálise. E comparar os índices dessas crianças e adolescentes com um grupo controle sem a doença renal crônica. O estudo contou com a participação de 28 crianças com a doença renal crônica, que realizavam acompanhamento na unidade de nefrologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entre os meses de junho e dezembro de 2013. E com 28 crianças e adolescentes saudáveis que estudavam em escolas públicas, localizadas próximo ao Hospital Universitário da UFMG. Essas crianças na época do estudo possuíam idades entre 9 e 18 anos. Os dados clínicos das crianças e adolescentes com a doença renal crônica foram obtidos das fichas médicas desses pacientes. Enquanto, os dados sociodemográficos foram obtidos através de entrevistas realizadas com os pais ou cuidadores das crianças e adolescente participantes do estudo. Instrumentos de pesquisa foram utilizados para avaliar os aspectos psicológicos dos participantes. Para avaliar a capacidade de resiliência dos participantes, foi utilizada a *The Wagnild and Young Resilience Scale*, que é uma escala composta por 25 itens, que permitem a partir da pontuação obtida pelo entrevistado, definir o nível de resiliência que esse entrevistado possui. Enquanto, para avaliar a qualidade de vida das crianças e adolescentes foi utilizado o PedsQL (*Pediatric Quality of Life Inventory 4.0*). O PedsQL é um inventário que mensura a qualidade de vida do entrevistado, com base nos conceitos de qualidade de vida da OMS (Organização Mundial de Saúde). Quanto aos sintomas psiquiátricos eles foram avaliados com

o auxílio dos seguintes instrumentos de pesquisa: O CDI (Child Depression Inventory), que é uma adaptação do inventário de depressão de Beck. Esse instrumento permite rastrear os sintomas depressivos em crianças e adolescentes com 7 a 18 anos de idade, através do resultado da pontuação obtida pelo participante; e A SCARED (*Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders*), que possibilita o rastreamento de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. Quanto às características das crianças e adolescentes relacionadas à doença renal crônica, o estudo traz que, os participantes lidavam com a doença renal crônica a 11,7 anos em média. Que 67,9% da amostra fazia uso de medicamentos anti-hipertensivos e um paciente fazia uso de Fluoxetina 10 mg no momento da pesquisa. E como resultados os autores observaram que não houve diferença nos escores obtidos pelas crianças e adolescentes com a doença renal e os do grupo controle, quanto ao nível de resiliência. Os índices relacionados à qualidade de vida foram, significativamente, menores no grupo com doença renal crônica. Além disso, os autores constataram que não houve diferença nas pontuações relacionadas à ansiedade global e sintomas depressivos, quando compararam os escores do grupo com doença renal e os escores do grupo controle. Contudo, os participantes com doença renal apresentaram pontuações maiores na escala de ansiedade de separação do SCARED, quando comparado com o grupo controle. Por fim, quando utilizado o critério de pontuação de corte da escala CDI, foi constatado que crianças e adolescentes com a doença renal crônica apresentam frequências mais elevadas de sintomas depressivos que as crianças e adolescentes do grupo controle (MOREIRA, 2015).

Silva Júnior e Gomes (2015), buscaram avaliar a presença de comorbidades em uma amostra comunitária de adolescentes diagnosticados com transtornos de ansiedade. Para isso os autores contaram com uma amostra de 2457 adolescentes, com idades entre 10 e 17 anos e que se encontravam matriculados, em seis escolas públicas, localizadas em áreas que eram atendidas pela Unidade Básica de Saúde do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esses adolescentes foram submetidos ao SCARED (*Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders*), que é um instrumento de triagem para os transtornos de ansiedade, com base nos critérios do DSM-IV. Além disso, adolescentes que se encontravam acima do percentil 75 (que correspondem a 160 adolescente da amostra) com base na SCARED, tiveram os seus pais convidados para participar da entrevista semiestruturada K-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version*). Essa entrevista foi realizada por 4 psiquiatras infantis e 2 psiquiatras residentes treinados para a realização da entrevista. Como resultado, os pesquisadores constataram que 138 adolescentes apresentaram diagnóstico de transtorno de ansiedade com base no resultado do K-SADS-PL.

Desses 138 participantes, 94 (68,1%) são do sexo feminino e possuíam a média de 13,4 anos de idade. Além disso, 95 (68,8%) dos adolescentes eram caucasianos e 85 (61,5%) foram classificados com o baixo nível socioeconômico. Dos 138 participantes com diagnóstico de transtorno de ansiedade, 95 (68,8%) apresentaram transtorno de ansiedade generalizada, 57 (41,3%) transtorno de ansiedade social, 49 (35,5%) transtorno de ansiedade de separação e 9 (6,5%) transtorno de pânico. Quanto às comorbidades, os pesquisadores encontraram que 58,2% dos adolescentes apresentavam apenas um transtorno de ansiedade, enquanto 30,6% obtiveram diagnóstico para dois transtornos de ansiedade e 10,4% apresentaram diagnóstico para três ou quatro transtornos de ansiedade. Os pesquisadores observaram, também, que a associação de transtornos mentais mais prevalentes foi o transtorno de ansiedade generalizada com o transtorno de ansiedade de separação. Também foi relatado pelos autores, que a comorbidade associada aos transtornos de ansiedade eram mais comuns nos seguintes casos: enurese e transtorno de ansiedade de separação; depressão e transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de ansiedade social e depressão (SILVA JÚNIOR; GOMES, 2015).

Araújo (2017), em sua pesquisa, cujo objetivo foi avaliar a relação entre o excesso de peso, a qualidade de vida, a presença de sintomas de ansiedade, a experiência de cárie e os fatores socioeconômicos em crianças da rede pública de ensino de Piracicaba em São Paulo, Brasil. O estudo contou com uma amostra composta por 313 crianças com idades entre 8 e 10 anos, matriculadas em escolas públicas no município de Piracicaba. Para a coleta dos dados sociodemográficos, os pais ou responsáveis das crianças participantes responderam a questionários enviados pelos pesquisadores. E com as respostas dos questionários os autores avaliaram o status socioeconômico das famílias participantes e as classificaram, com base nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil. Quanto aos dados de IMC e de experiência de cárie das crianças, foi realizada uma avaliação dentária nas crianças, com o objetivo de identificar a presença de cáries, de dentes obturados e/ou perdidos em decorrência da cárie. Além disso, o IMC das crianças foi calculado. Para avaliar a qualidade de vida das crianças, foi utilizado o instrumento AUQUEI (*Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé*), que avalia através de quatro figuras a satisfação da criança em diferentes domínios da vida. O AUQUEI é composto por 26 questões em que a criança assinala qual o sentimento dela, perante o domínio abordado na questão. Enquanto, para avaliar os sintomas de ansiedade das crianças, foi selecionado o instrumento MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children), que avalia, através das respostas de suas 39 questões, a presença de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. No tocante, aos resultados, os autores trazem que das 313 crianças participantes, 1,3% foi classificada como baixo peso, 60% com peso normal, 21,4% com sobrepeso e 17,3%

como obesos. Contudo, o estudo não encontrou a presença de uma associação entre cáries e obesidade entre as crianças. A média dos escores da MASC, foram de 55 pontos para crianças com peso normal, 56.2 pontos para crianças com sobrepeso e 57.5 pontos para crianças obesas. Quanto aos escores relacionados à presença de sintomas de transtorno de ansiedade de separação, a média dos escores encontrados foram: 15.9 para crianças com peso normal, 16.3 para crianças com sobrepeso e 16.6 em crianças obesas. Enquanto, a média dos escores de sintomas de transtorno de ansiedade social, encontrados pelos autores foi de: 12.5 em crianças com peso normal, 13.7 em crianças com sobrepeso e 13.6 em crianças obesas. Contudo, não foi observado pelos autores uma diferença significativa nas pontuações entre os grupos, nem nos dados da MASC, nem nos dados obtidos na AUQUEI (ARAÚJO, 2017).

Com base no exposto na revisão acima, é possível observar a escassez de estudos relacionados com a temática da epidemiologia do transtorno de ansiedade de separação no Brasil, tendo como público-alvo crianças e adolescentes. Visto que, apenas 6 artigos que abordaram a temática foram encontrados nas bases de dados Scielo e PUBMED. E essa escassez, é ainda mais evidente, quando se leva em consideração a região Nordeste do país. Visto que, dos 6 artigos encontrados, nenhum teve como local de estudo a região Nordeste do Brasil. Já que, 4 foram realizados na região Sul e 2 na região Sudeste do país. Demonstrando a necessidade de dados epidemiológicos sobre o transtorno de ansiedade de separação nos adolescentes dessa região do país.

### 3.3. ADOLESCÊNCIA E INTERAÇÃO SOCIAL

A adolescência é o período do desenvolvimento humano que, segundo a Organização Mundial de Saúde, compreende indivíduos com idades entre 10 e 19 anos (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020). É, portanto, um período de desenvolvimento que se encontra entre o período infantil e a idade adulta (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020). Além disso, a adolescência é caracterizada por ser um período em que o indivíduo é submetido a imensas mudanças nos aspectos biológicos, psíquicos e sociais (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020; FALCONI, 2019; OLIVEIRA; SENRA, 2020). Essas mudanças serão responsáveis pelo desenvolvimento de novos comportamentos e de novas responsabilidades, que serão essenciais para a transição entre a fase de dependência em que se encontram e a fase de independência, característica da vida adulta (FALCONI, 2019; OLIVEIRA; SENRA, 2020).

Quanto às mudanças biológicas que o adolescente vivencia, a principal delas é o início da puberdade, ou seja, do componente sexual. Essas transformações biológicas irão começar no cérebro, quando a glândula da hipófise passar a secretar hormônios, após o estímulo do hipotálamo. Esses hormônios serão responsáveis por estimular os órgãos sexuais do adolescente e as glândulas adrenais, que por sua vez, produzirão hormônios responsáveis pelo aumento de altura, do peso e da força física, que são características dessa fase do desenvolvimento (TOLOCKA; FARIA; MARCO, 2010). Associado a essas modificações, na adolescência também há modificações no cérebro, que ocorrem a nível estrutural e também funcional. Visto que, capacidades como a de processar pensamentos mais complexos, inclusive o abstrato; de raciocinar tendo como base princípios conhecidos; de considerar diversos pontos de vistas, o que permite ao jovem comparar esses pontos de vistas e debater sobre eles; e de pensar sobre o processo de pensar são adquiridas nessa fase do desenvolvimento e são essenciais para a aprendizagem (OLIVEIRA; SENRA, 2020).

Durante a adolescência os indivíduos, além das mudanças biológicas a que são submetidos, os jovens têm que aprender a lidar com os impulsos mentais, emocionais, sexuais e sociais, que são peculiares a essa fase (COUTINHO, 2016). Além desses impulsos, há a pressão impostas pela sociedade para que as expectativas culturais sejam atingidas (COUTINHO, 2016). E é a associação entre as influências das modificações de fatores a nível interno, como a mudança corporal e de crescimento. E os fatores externos, como o ambiente social em que o adolescente se encontra inserido que irão influenciar positivamente ou negativamente o desenvolvimento desse adolescente (TOLOCKA; FARIA; MARCO, 2010). E são essas mudanças associadas as expectativas a que esses adolescentes são submetidos que tornam esse grupo vulnerável ao acometimento por doenças mentais que poderão prejudicar o seu bem-estar na idade adulta (COUTINHO, 2016; RODRIGUES; RODRIGUES; CARDOSO, 2020).

É durante essa fase do desenvolvimento que o indivíduo passa a vivenciar novas experiências, descobertas, a descobrir seus limites, a questionar os valores familiares e também a descobrir a quais valores e normas irão aderir e conseqüentemente, decidir a qual grupo irão se unir (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020). É nesse período, também, que o adolescente irá começar a socializar com indivíduos fora do seu grupo familiar (SIMOES, 2019). Já que, nessa etapa o jovem passa a sentir uma necessidade de se integrar socialmente e de buscar estabelecer aspectos individuais e sociais, como a autoafirmação, a independência, a busca por uma profissão e por relações afetivas íntimas (que inclui a descoberta e prática da sexualidade) (CASTRO; SILVA; PARENTE, 2020; SIMOES, 2019). É também uma característica da fase

da adolescência, o envolvimento e escolha de um grupo, com o qual o jovem sinta uma identificação. A participação em um grupo permitirá que o indivíduo desenvolva características necessárias para o seu desenvolvimento saudável, como o fortalecimento do sentimento de autovalorização, definição de sua identidade pessoal e internalização do seu autoconceito quando interagir com o meio social (FALCONI, 2019).

Portanto, é possível observar que nessa fase o relacionamento interpessoal é extremamente necessário para o desenvolvimento saudável do adolescente (FALCONI, 2019; SILVA, 2020). Visto que é nas relações sociais entre indivíduos da mesma faixa etária que o jovem irá buscar formas de se adaptar à realidade e as mudanças associadas a ela (SILVA, 2020). Já que, os amigos irão compreender de uma melhor forma as visões e experiências vivenciadas pelos adolescentes, por serem alvos das mesmas mudanças características dessa fase do desenvolvimento. E será a adesão aos grupos sociais, que permitirão que o adolescente passe a entender e a seguir regras para conviver socialmente, como estilo de roupas e de músicas, necessários para que façam parte de determinado grupo de convívio (LOUREIRO; FERREIRA; SANTOS, 2013; SILVA, 2020).

As redes sociais, que são consideradas como uma característica específica da fase da adolescência. Podem ser definidas como um conjunto de relações sociais entre membros de uma família ou entre componentes de um sistema social, como instituições de ensino, de saúde e religiosas (COSTA, 2015; ZDEBSKYI; MÁXIMO; PEREIRA, 2021). As relações que compõem as redes sociais são consideradas complexas, contudo essas redes são consideradas ferramentas importantes para que haja um desenvolvimento da população adolescente (COSTA, 2015). Além de, permitir que esses adolescentes, consigam ter acesso a oportunidades de desenvolvimento que seriam difíceis ou até impossíveis de conseguir individualmente (COSTA, 2015; TOLOCKA; FARIA; MARCO, 2010). As redes sociais também são utilizadas por atores e agentes sociais como estratégias organizativas, que permitem potencializar as tentativas de promover o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes. Visto que, os participantes da rede podem auxiliar no desenvolvimento de novos valores e habilidades necessários para o desenvolvimento social dos adolescentes envolvidos (COSTA, 2015). E essas redes sociais fazem parte do processo de produção de formação do indivíduo adulto, já que, em associação com os determinantes culturais, históricos e sociais elas irão ser responsáveis pela singularidade de cada adulto (ZDEBSKYI; MÁXIMO; PEREIRA, 2021).

A participação do adolescente nas redes sociais permite aos jovens a sensação de fazer parte de algo, de ser membro de um coletivo, que não está correlacionado com a participação dos pais. Visto que, as amizades desenvolvidas nessas redes fornecem um ambiente seguro para

o adolescente se adaptar à nova realidade e as mudanças que vêm associadas à fase da adolescência (SILVA, 2020). Além disso, a participação social também é considerada como um fator de proteção à saúde. Já que, foi demonstrado que adolescentes com pouco capital social, (que é composto pelas organizações sociais e as redes de relações formadas por indivíduos, de forma formal ou informal, que agem em conjunto para alcançar uma meta comum a todos), apresentavam um risco maior de desenvolver problemas de saúde mental na idade adulta (BEZERRA; GOES, 2014; RAJÃO, 2019). Além disso, o capital social possui uma associação positiva, com diversos aspectos do desenvolvimento, como aumento do desempenho escolar e do desenvolvimento de vínculos formados, da interação cooperativa e do desenvolvimento cognitivo. E possibilita que pesquisadores possam explicar o efeito da desigualdade de rendas nas populações estudadas, o que tem levado ao aumento de interesse dessa temática pelas comunidades científicas mundiais (BEZERRA; GOES, 2014).

## 4. MATERIAIS E MÉTODO

### 4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico analítico, observacional, transversal e uma análise de dados secundários.

### 4.2. BANCO DE DADOS

O presente estudo foi realizado mediante a análise secundária de dados obtidos, por meio do banco de dados, que foi resultado da tese intitulada Transtorno de ansiedade social e risco de consumo de álcool em adolescentes escolares (CRUZ, 2017).

O banco é composto por uma amostra de 479 adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 11 e 17 anos. E matriculados no ensino fundamental II ou médio de escolas públicas da rede estadual de ensino no município de Recife-PE que, se encontram subdivididas em duas Gerências Regionais de Educação (GRE), a Norte e a Sul (CRUZ, 2017).

Todos os estudantes participantes da pesquisa receberam e entregaram os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi preenchido e assinado por seus responsáveis, e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecida (TALE) preenchido e assinado pelos próprios participantes.

### 4.3. INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para o presente estudo foram analisadas as respostas dos seguintes instrumentos de pesquisa: o questionário biodemográfico; o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ – Por: Questionário de capacidades e dificuldades, versão português); e o *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA).

O questionário biodemográfico, que foi elaborado durante a realização da pesquisa primária, no qual visou permitir a análise dos dados relacionados: a escola onde foi realizada a coleta, turno e turma em que o adolescente se encontrava matriculado no momento da pesquisa, sexo, à faixa etária dos estudantes, a raça que se identificam, se estava trabalhando no tempo da coleta de dados, se o estudante tinha irmãos, dados sobre as condições de moradia dos participantes, escolaridade materna e como o estudante considerava a sua saúde;

O *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) é um instrumento de rastreio de problemas de saúde mental, amplamente utilizados em estudos científicos, criado por Robert Goodman, que permite avaliar crianças e adolescentes com idades entre 2 e 17 anos. Além de, permitir avaliar a gravidade dos sintomas e o impacto da psicopatologia na vida dos participantes (SANTOS; CELERI, 2017).

Na presente pesquisa foi utilizada a versão autoaplicável para indivíduos com mais de 11 anos de idade. O instrumento é composto por 25 itens, sendo 10 sobre capacidades, 14 sobre dificuldades e 1 item neutro) que se encontram subdivididos em 5 subescalas: emocional, hiperatividade, relacionamento, conduta e comportamento pró-social. Sendo que cada uma das sub-escalas são compostas por 5 itens que apresentam como respostas: falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro, podendo o adolescente assinalar apenas uma única opção por item. (D'ABREU, 2008; D'ABREU; MARTURANO, 2011; SANTOS; CELERI, 2017, CRUZ, 2017).

Para cada uma das 5 escalas a pontuação pode variar de 0 a 10, totalizando até 40 pontos na escala total de dificuldades com base nas respostas fornecidas pelos entrevistados. Após a análise das respostas obtidas, as 5 subescalas são classificadas como: normal, limítrofe ou anormal, conforme o ponto de corte de cada subescala (GOODMAN, 1997, SANTOS; CELERI, 2017).

O ponto de corte de cada subescala é definido da seguinte forma:

- Sintomas emocionais: Normal: 0-5; Limítrofe: 6; Anormal 7-10;
- Problemas de conduta: Normal: 0-3; Limítrofe: 4; Anormal: 5-10;
- Hiperatividade: Normal: 0-5; Limítrofe:6; Anormal: 7-10;
- Problemas com os colegas: Normal: 0-3; Limítrofe: 4-5; Anormal: 6-10;
- Comportamento pró-social: Normal: 6-10; Limítrofe: 5; Anormal: 0-4

Para analisar o Transtorno de Ansiedade de Separação foi utilizado o “Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA – versão para jovens entre 11 a 17 anos) – seção A.

O DAWBA é um instrumento que, permite, através da presença de sintomas, diagnosticar segundo o sistema da CID-10 crianças e adolescentes com transtornos mentais (D'ABREU, 2008; PETRESCO, 2015). Esse questionário possui 3 versões: uma para os pais, uma para os professores e uma para os adolescentes (11 anos ou mais) (D'ABREU, 2008). Sendo este último composto por 14 seções que iniciam com perguntas de rastreamento para o diagnóstico, sendo obrigatória a aplicação prévia do SDQ (D'ABREU, 2008; MARTURANO, 2011; PETRESCO, 2015).

As seções do DAWBA são compostas por questões estruturadas e abertas que permitem realizar o diagnóstico de diversos transtornos mentais, tais como: Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno de Pânico e Agorafobia, Transtorno Obsessivo compulsivo e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (D'ABREU, 2008; PETRESCO, 2015).

Contudo, para que o transtorno seja investigado na íntegra e que, portanto, as questões abertas sejam respondidas, uma vez que nelas os participantes podem descrever suas percepções sobre os seus comportamentos, faz-se necessário que o entrevistado tenha assinalado as questões estruturadas do DAWBA e/ou tenha apresentado a pontuação exigida no SDQ (D'ABREU, 2008; PETRESCO, 2015).

Para a presente pesquisa foram utilizadas as respostas da seção M2A: Ansiedade de separação do DAWBA que é composta por 7 questões abertas que serão respondidas por participantes que alcançarem uma pontuação determinada do SDQ, segundo instruções do manual de aplicação e correção dos instrumentos (D'ABREU, 2008).

#### 4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão estabelecidos para a presente pesquisa foram: no momento de realização da entrevista terem entre 11 e 17 anos de idade; apresentarem pontuação  $\geq 6$  na subseção emocional do SDQ ou responderem “sim” à questão A2 do DAWBA. E os critérios de exclusão foram: adolescente ausente no período da coleta e sem autorização do representante legal, pais ou responsável; adolescentes que não atingiram o score necessário na subseção emocional do SD, assim como adolescentes que responderam “não” à questão A2 do DAWBA.

#### 4.5. AMOSTRA

Para chegar no número da amostra do presente estudo é importante destacar que para a aplicação do instrumento de pesquisa DAWBA, especificamente da subseção A correspondente ao TAS, e conseqüentemente da classificação do estudante em apresentar ou não os sinais e sintomas de TAS, faz-se necessário que os seguintes requisitos sejam cumpridos: Apresentar score  $\geq 6$  na subseção emocional do SDQ e/ou responder positivamente à questão A2 do DAWBA (D'ABREU, 2008; PETRESCO, 2015).

Diante desses requisitos temos que dos 479 adolescentes que compõem o banco de dados: 167 apresentaram score  $\geq 6$  na subseção emocional do SDQ, enquanto 255 responderam positivamente à questão A2 do DAWBA. O que resulta em um total de 422 adolescentes, contudo alguns adolescentes apresentaram o score  $\geq 6$  na subseção emocional do SDQ e responderam positivamente à questão A2 do DAWBA, resultando, portanto, em 107 participantes duplicados. Por fim, após retirada dos participantes que se encontravam em duplicidade o resultado foi o de uma amostra composta por 315 adolescentes escolares.

#### 4.6. ANÁLISE DOS DADOS

O cálculo para identificação da prevalência de alunos com sinais e sintomas sugestivos de TAS, foi realizado da seguinte forma: adolescentes com sinais e sintomas sugestivos/população total de adolescentes x 100.

Posteriormente, foi realizada uma análise exploratória dos dados, com o objetivo de verificar o comportamento das variáveis a serem estudadas. E após essa análise foram verificados quais testes estatísticos deveriam ser utilizados para os cálculos necessários para responder os objetivos da pesquisa.

As variáveis analisadas na pesquisa foram subdivididas em: qualitativa nominal, que é o caso das variáveis, adolescentes com sinais ou sintomas sugestivos de TAS, sexo, se trabalhavam no momento da entrevista, etnia, se possuíam irmãos e se tinham acesso à internet; ou qualitativa ordinal, onde temos, faixa etária, escolaridade materna, como considerava a saúde no momento da entrevista e classificação do SDQ.

Para descrever essas variáveis foi utilizado o método de porcentagem e para verificar a presença de uma associação entre as variáveis foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) do subtipo independência. Quanto ao nível de significância ( $\alpha$ ) para a avaliação da presença de uma relação entre as variáveis foi definido o valor de 0,05.

Para a realização dos testes estatísticos foi utilizado o software JAMOVI, que é uma plataforma gratuita e aberta, que permite que o usuário possua acesso às mais recentes ferramentas metodológicas existentes. O JAMOVI é considerado uma planilha estatística de “3ª geração”, que objetiva facilitar o processo de análise estatística de dados oriundos de pesquisas. Além de ser elencado como uma alternativa para o uso de softwares estatísticos, de alto custo financeiro, presentes no mercado (LOVE; DROPMANN; SELKER, 2021).

#### 4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, após submissão do projeto à Plataforma Brasil. Resultando no CAAE de número: 48341321.4.0000.5208. Para realização da presente pesquisa foi preenchida e assinada pela Dra. Elisabeth a carta de anuência para uso de dados, que permite o acesso e uso do banco de dados utilizado na presente pesquisa. Essa carta foi submetida ao CEP em conjunto com os demais documentos solicitados.

O estudo cumpriu os critérios éticos estabelecidos para utilização dos dados dos participantes bem como para a divulgação dos resultados. Assim como, respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados obtidos pelas respostas dos instrumentos são anônimos e os resultados divulgados não possuem dados que permitam a identificação dos participantes do estudo. Os dados serão armazenados em um banco de dados, por um período de 10 anos, onde serão consultados apenas para fins de estudos posteriores com a devida aprovação do comitê de ética.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E DESCRIÇÃO DOS PERFIS COMPORTAMENTAL E EMOCIONAL

Após análise das respostas dos instrumentos SDQ e DAWBA, foi possível concluir que dos 315 adolescentes participantes da pesquisa, 214 (67,9%) apresentavam sintomatologia indicativa de TAS. E quanto à prevalência, obteve-se como resultado que, a cada 100 estudantes participantes do presente estudo, aproximadamente 68 estudantes apresentavam sinais e sintomas indicativos do TAS.

53,3% dos participantes do sexo feminino apresentavam sinais e sintomas indicativos de TAS, contudo ao verificar a presença de uma associação entre essas variáveis, sexo e a presença de sinais e sintomas indicativos de TAS, não foi observada a presença dessa associação (Tabela 1). Apesar de 66,1% de adolescentes que se encontravam na faixa etária entre 15 e 17 anos apresentarem sintomatologia indicativa de TAS também não foi observada a presença de uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência das variáveis sexo e idade quanto a presença ou não de sintomas indicativos de TAS.

Variável	n (%)		Total	p-valor	
	Sem TAS	Com TAS			
Sexo	Feminino	71 (22,5%)	168 (53,3%)	239	0,11
	Masculino	46 (14,6%)	30 (9,5%)		
Faixa etária	Entre 11 e 14 anos	23 (27,1%)	62 (72,9%)	85	0,24
	Entre 15 e 17 anos	78 (33,9%)	152 (66,1%)	230	

Fonte: A autora (2023).

Na tabela 2 é possível observar que 65,2% dos estudantes que informaram que a mãe estudou pelo menos o ensino médio apresentam sintomatologia indicativa de TAS, contudo não foi constatada uma relação significativa entre essas variáveis. Mas, foram observadas relações significativas entre as variáveis “acesso à internet”, “como consideram a saúde” e a presença de sintomatologia indicativa de TAS.

Tabela 2 - Frequência dos dados do questionário biodemográficos e verificação da presença de uma relação entre essas variáveis biodemográficas e a presença ou não de sintomas indicativos de TAS.

Variável		n (%)		Total	p-valor
		Sem TAS	Com TAS		
Trabalho	Não trabalha	99 (32,1%)	209 (67,9%)	308	0,84
	Trabalha	2 (28,6%)	5 (71,4%)	7	
Etnia	Preto (a)	19 (38,0%)	31 (62,0%)	50	0,32
	Não preto	82 (30,9%)	183 (69,1%)	265	
Tem irmão	Sim	92 (31,8%)	197 (68,2%)	289	0,77
	Não	9 (34,6%)	17 (65,4%)	26	
Escolaridade materna	Cursou até o ensino fundamental II	38 (28,4%)	96 (71,6%)	134	0,22
	Cursou o ensino médio e/ou superior	63 (34,8%)	118 (65,2%)	181	
Acesso à internet	Sim	81 (30,0%)	189 (70,0%)	270	<b>0,05</b>
	Não	20 (44,4%)	25 (55,6%)	45	
Como considera a saúde	Boa	82 (35,7%)	148 (64,3%)	230	<b>&lt;0,05</b>
	Ruim	19 (22,4%)	66 (77,6%)	85	

Fonte: A autora (2023).

Na tabela 3, se observa que 83,9% dos adolescentes com sinais e sintomas indicativos do TAS apresentam indicativos de problemas emocionais ou comportamentais, e que 21,9% desses adolescentes são classificados, com base no escore da subseção emocional do SDQ, como anormal.

Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes com sintomas indicativos de TAS, segundo a classificação da pontuação das subescalas do SDQ.

Escala	Normal		Limítrofe		Anormal	
	n	%	n	%	n	%
Emocional	148	47,0%	62	19,7%	105	33,3%
Conduta	185	58,7%	61	19,4%	69	21,9%
Hiperatividade	173	54,9%	52	16,5%	90	28,6%
Problemas com colegas	193	61,3%	85	27,0%	37	11,7%
Pró-social	277	87,9%	21	6,7%	17	5,4%

Fonte: A autora (2023).

77,2% dos adolescentes com sinais e sintomas indicativos de TAS sinalizam como verdade o fato de “Estar quase sempre sozinhos, geralmente jogam sozinhos ou ficam na sua”, enquanto 58,5% desses adolescentes selecionaram como verdade a afirmação “ Os outros jovens os perturbam, pegam no pé” (Tabela 4). Contudo, como é possível observar na tabela 4 não foi verificada a presença de uma relação estatisticamente significativa entre as afirmações da subseção problemas de relacionamento com colegas e a presença de sinais e sintomas indicativos de TAS.

Tabela 4 - Relação entre subseção problemas de relacionamento com colegas do SDQ e a presença de sinais e sintomas sugestivos de TAS.

Variável		n (%)		Total	p-valor
		Sem TAS	Com TAS		
Estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha.	Verdadeiro	13 (22,8%)	44 (77,2%)	57	0,09
	Falso	88 (34,1%)	170 (65,9%)	258	
Tenho pelo menos um bom amigo (a).	Verdadeiro	83 (31,7%)	179 (68,3%)	262	0,74
	Falso	18 (34,0%)	35 (66,0%)	53	
Em geral os outros jovens gostam de mim.	Verdadeiro	51 (31,9 %)	109 (68,1%)	160	0,94
	Falso	50 (32,3%)	105 (67,7%)	155	
Os outros jovens me perturbam, “pegam no pé”.	Verdadeiro	17 (41,5%)	24 (58,5%)	41	0,16
	Falso	84 (30,7%)	190 (69,3%)	274	
Eu me dou melhor com adultos do que com pessoas da minha idade.	Verdadeiro	25 (28,7%)	62 (71,3 %)	87	0,43
	Falso	76 (33,3%)	152 (66,7%)	228	

Fonte: A autora (2023).

Ao analisar as respostas dos adolescentes às afirmações da subseção problemas de conduta do SDQ foi possível observar que 67,3% dos adolescentes que afirmaram ser falsa a afirmação “ Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero” apresentam sinais e sintomas indicativos de TAS (Tabela 5). Além disso, após as análises foi possível constatar que há uma relação estatisticamente significativa entre a afirmação “ Eu fico

muito bravo e geralmente perco a paciência.” e a presença de sintomatologia indicativa de TAS (Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre subseção problemas de conduta do SDQ e a presença de sinais e sintomas sugestivos de TAS.

Variável		n (%)		Total	p-valor
		Sem TAS	Com TAS		
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência.	Verdadeiro	41 (25,3%)	121 (74,7%)	162	<0,05
	Falso	60 (39,2%)	93 (60,8%)	153	
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem.	Verdadeiro	44 (31,7%)	95 (68,3%)	139	0,89
	Falso	57 (32,4%)	119 (67,6%)	176	
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero.	Verdadeiro	9 (26,5%)	25 (73,5%)	34	0,45
	Falso	92 (32,7%)	189 (67,3%)	281	
Geralmente sou acusado de mentir ou trapacear.	Verdadeiro	17 (41,5%)	24 (58,5%)	41	0,16
	Falso	84 (30,7%)	190 (69,3%)	274	
Eu pego coisas que não são minhas de casa, da escola e de outros lugares.	Verdadeiro	2 (33,3%)	4 (66,7 %)	6	0,94
	Falso	99 (32,0%)	210 (68,0%)	309	

Fonte: A autora (2023).

Conforme é possível observar na tabela 6, apesar de 70,4% dos estudantes que informaram ser verdadeira a afirmação “Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros” apresentarem sinais e sintomas de TAS, não foram

constatadas relações significativas entre as afirmações da subseção pró-social do SDQ e a presença de sinais e sintomas de TAS. Na tabela 6, também é possível notar que 70,0% dos adolescentes que afirmaram ser verdadeira a afirmação “Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal.” apresentam sintomatologia indicativa de TAS.

Tabela 6 - Relação entre subseção Pró-social do SDQ e a presença de sinais e sintomas sugestivos de TAS.

Variável		n (%)		Total	p-valor
		Sem TAS	Com TAS		
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros.	Verdadeiro	63 (29,6%)	150 (70,4%)	213	0,17
	Falso	38 (37,3%)	64 (62,7%)		
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas).	Verdadeiro	44 (33,1%)	89 (66,9%)	133	0,74
	Falso	57 (31,3%)	125 (68,7%)		
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal.	Verdadeiro	77 (30,0%)	180 (70,0%)	257	0,09
	Falso	24 (41,4%)	34 (58,6%)		
Sou legal com crianças mais novas.	Verdadeiro	79 (32,1%)	167 (67,9%)	246	0,97
	Falso	22 (31,9%)	47 (68,1%)		
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças).	Verdadeiro	50 (30,9%)	112 (69,1 %)	162	0,63
	Falso	51 (33,3%)	102 (66,7%)		

Fonte: A autora (2023).

## 6. DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi investigar a presença de sinais e sintomas do TAS em adolescentes escolares e verificar a presença de uma relação entre esses sinais e sintomas e prejuízos na interação social desses adolescentes.

A prevalência encontrada no presente estudo se encontra um pouco maior que a descrita na literatura, mesmo quando se leva em conta o cenário pós-pandemia que nos encontramos. Contudo, ela pode estar relacionada com os aspectos sociais sobre os quais se encontram os estudantes participantes. Visto que, por serem, em sua maioria, estudantes com renda familiar baixa e que moram na periferia da cidade, eles são mais expostos a fatores como tráfico e prática de atividades ilícitas. Que por sua vez aumentam a chance de que pessoas de ligação desses estudantes estejam associadas a essa prática e isso pode levar, conseqüentemente, ao aumento do risco de perder pessoas de ligação, o que pode ocasionar o aumento de sintomas de ansiedade de separação.

Apesar de 53,3% das participantes do sexo feminino apresentarem sintomas indicativos de TAS, não foi encontrada uma associação como sexo, apesar de na literatura essa relação ser encontrada (Silva Júnior, 2015; Di Riso, 2021). A ausência dessa associação pode estar relacionada ao fato de ambos os sexos serem expostos na mesma proporção ao risco de perder as pessoas de ligação, visto que vivem sobre o mesmo contexto social.

Não foi encontrada uma associação entre as variáveis faixa etária e a presença de sinais e sintomas indicativos de TAS, todavia é importante destacar que na literatura não há uma unanimidade sobre essa associação e nem sobre em qual faixa etária essa associação seria mais comum (Di Riso, 2021; Bunting, 2022). Contudo, a ausência dessa relação pode ser explicada pela proporção de adolescentes que compõem cada faixa etária, visto que, dos 315 adolescentes participantes, 230 se encontravam na faixa etária entre 15 e 17 anos, o que leva a uma dificuldade do presente estudo em chegar a uma conclusão quanto à influência da faixa etária na presença ou não de sinais e sintomas de TAS.

Ao descrever e analisar a presença de uma possível relação entre os aspectos biodemográficos e a presença de sinais e sintomas indicativos de TAS foi observado que o fato de trabalhar ou não no momento da pesquisa, bem como etnia, ter ou não irmãos e o nível de escolaridade materna não se correlacionam com a sintomatologia indicativa de TAS. Contudo, foi encontrada uma relação entre apresentar sinais e sintomas indicativos de TAS e o acesso à

internet pelo adolescente, esse fato pode ser explicado pelo fato dos adolescentes com o TAS serem mais introspectivos e inseguros e encontrarem nas redes sociais e jogos uma válvula de escape para o “mundo real”. Um achado contraditório da presente pesquisa foi a presença de uma associação entre considerar a saúde como boa, no momento da pesquisa, e apresentar sintomatologia indicativa de TAS, esse achado permite sugerir que os sintomas de ansiedade de separação são comuns na vida cotidiana desses adolescentes e que conseqüentemente são compartilhados pelos membros dos seus grupos sociais e, portanto, são vistos como algo natural entre os participantes do estudo. Contudo, destaco a necessidade de novos estudos que investiguem os motivos responsáveis por essa associação contraditória.

Para avaliar a presença de prejuízos na interação social de adolescentes com sinais e sintomas de TAS foi realizada uma análise entre as afirmações das subseções problemas de relacionamento com colegas, problemas de conduta, e comportamento pró-social do SDQ e a presença de sintomatologia de indicativa de TAS. Essa análise tem como objetivo demonstrar as dificuldades apresentadas por esses adolescentes nesses aspectos.

Avaliando os resultados obtidos na análise da subseção problemas de relacionamento com colegas é possível notar que não foram encontradas relações entre as afirmações dessa subseção e a presença de sinais e sintomas indicativos de TAS. Contudo, é necessário destacar que 65,9% dos adolescentes que assinalaram como falsa a seguinte afirmação “Estou quase sempre sozinho. Eu geralmente, jogo sozinho ou fico na minha. ” apresentam sintomatologia indicativa de TAS, demonstrando que apesar dos adolescentes com TAS serem introspectivos, inseguros e evitarem situações sociais a presença de sintomatologia indicativa de TAS não acarretam prejuízos na relação entre esses adolescentes e seus pares. Essa conclusão contradiz aos achados da literatura (Shinohara, 2010; Fiese, 2010; Johnco, 2015, Spence, 2018 e Flores, 2019) e pode ser explicada, mais uma vez pelas vivências sociais desses adolescentes, visto que, normalmente compartilham do medo de perder uma pessoa de ligação e, portanto, consideram normais os sintomas da ansiedade de separação.

Ao analisar a presença de uma relação entre as afirmações da subseção problemas de conduta e a presença de sintomatologia indicativa de TAS foi constatada que há uma relação entre a afirmação “Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência. ” e a presença de sinais e sintomas de TAS, esse achado por sua vez condiz com o que é relatado pela literatura (Fiese, 2010; Johnco,2015), visto que a raiva é muitas vezes um dos sintomas psiquiátricos mais comuns nas fases de infância e adolescência. Essa associação encontrada no presente estudo, por sua vez, permite sugerir que indivíduos com sinais e sintomas de TAS são mais propensos

a apresentar problemas relacionados a comportamentos de conduta, mais especificamente, possuem uma predisposição a apresentar quadros de irritação. Contudo é importante destacar que se faz necessário a realização de novas pesquisas para que sejam investigados os motivos desses episódios de raiva ocorrerem e como eles podem interferir, diretamente, no comportamento social desses adolescentes. Além da necessidade de investigar os possíveis gatilhos responsáveis por provocar esses episódios, visando que políticas e ações de saúde sejam redirecionadas a reduzir a influência desses gatilhos na vida desses adolescentes.

Investigando a presença de relações entre as afirmações da subseção comportamento pró-social do SDQ e a presença de sinais e sintomas de TAS, foi verificado que não há relações entre as variáveis demonstrando que apesar de indivíduos com TAS possuírem como características serem introspectivos e se isolarem socialmente, os comportamentos que visam ajudar o próximo não são afetados pelo transtorno.

Diante das análises realizadas é possível inferir que apesar dos adolescentes com sinais e sintomas de TAS apresentarem episódios de raiva, esses sinais e sintomas não interferem na interação social desses adolescentes.

Contudo, é importante destacar a necessidade de que mais estudos sejam realizados, estudos que possuam uma amostra proporcional relacionada as variáveis sexo e faixa etária, visando confirmar se as associações entre essas variáveis realmente não são encontradas para que políticas públicas sejam criadas para essa população visando reduzir os danos e prejuízos ocasionados pelos sinais e sintomas de TAS. Outro ponto a destacar é a necessidade de avaliar o meio social em que esses adolescentes se encontram inseridos, para então com base nesse achado analisar até que ponto esse meio é responsável por proporcionar sintomas de ansiedade de separação nesses adolescentes. E com base nesses resultados o poder público gerar políticas e ações que permitam reduzir a influência desses gatilhos, gerados pelo meio social, na saúde mental desses adolescentes.

No que diz respeito às limitações desse estudo, saliento que ser baseado em uma análise secundária de dados, apesar de permitir uma riqueza de informações sobre os adolescentes escolares, não permite o acesso a informações que seriam relevantes, possibilitando detalhamentos dos resultados encontrados. Contudo, os resultados trazidos pelo presente estudo preenchem lacunas relacionadas sobre a prevalência de adolescentes escolares com sinais e sintomas de TAS, demonstrando a necessidade de estudos com um maior número de

participantes para que ações visando a saúde mental dos adolescentes sejam propostas e realizadas e que esses jovens sejam acolhidos nessa etapa tão importante do desenvolvimento.

## 7. CONCLUSÃO

Neste estudo foi encontrada uma taxa de prevalência de 67,93% adolescentes escolares com a presença de sinais e sintomas de TAS demonstrando um valor elevado de adolescentes com indicativos do transtorno mental. Ao descrever os aspectos biodemográficos desses adolescentes e avaliar a relação entre esses aspectos e a sintomatologia de TAS foi demonstrado que há uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis acesso à internet, demonstrando que adolescentes com sintomatologia indicativa de TAS possuem mais acesso ao meio virtual que os demais. Além de ser encontrada uma relação entre considerar a saúde como boa e apresentar os sinais e sintomas, sendo necessária uma análise posterior com esses adolescentes para investigar o motivo desse achado.

A existência de uma relação entre sinais e sintomas de TAS e as afirmações das subseções: problemas de relacionamento com colegas, problemas de conduta e comportamento pró-social do SDQ também foi analisada encontrando, assim, uma relação estatisticamente significativa entre a afirmação “eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência” da subseção problemas de conduta e apresentar os sinais e sintomas de TAS. O que permite inferir que os sinais e sintomas de TAS estão relacionados com a presença de problemas nos comportamentos de conduta dos acometidos, mais especificamente, que indivíduos com sintomatologia sugestiva de TAS são mais propensos a apresentar episódios de irritação. Contudo, a presença dessa relação não permite afirmar que indivíduos com sinais e sintomas de TAS possuem prejuízos relacionados à interação social, sendo necessário que mais estudos sejam realizados para averiguar essa associação.

Por fim, os achados do presente estudo, assim como, a presença de lacunas sobre a epidemiologia e os prejuízos ocasionados pelo TAS ressaltam a necessidade da realização de mais pesquisas sobre a temática de saúde mental dos adolescentes, para que os dados obtidos sejam utilizados como base para a criação de políticas públicas de prevenção e tratamento dos agravos ocasionados pelo diagnóstico de transtornos mentais nos adolescentes brasileiros.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. P.; VIANA, V. ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE ANSIEDADE PRÉ-ESCOLAR, DE S. SPENCE. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, 2013. v. 14, n. 3, p. 470–483.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais- DSM V**. 5. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2014.
- ANDRIOLA, W. B. Descrição dos Principais Métodos para Detectar o Funcionamento Diferencial dos Itens (DIF). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2001. v. 14, n. 3, p. 643–652.
- ANNICCHINO, A. G. P. Da S.; MATOS, E. G. De. Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental. **Estudos de Psicologia**, 2007. v. 24, p. 33–39.
- ARAÚJO, D. *et al.* Assessment of quality of life, anxiety, socio-economic factors and caries experience in Brazilian children with overweight and obesity. **International Journal of Dental Hygiene**, nov. 2017. v. 15, n. 4, p. e156–e162. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/idh.12248>>.
- AVEDISOVA, C.; ARKUSHA, I.A.; ZAKHAROVA, K.V. Separation anxiety disorder in adults is a new diagnostic category. **Journal of Neurology and Psychiatry**, 2018. v.10.
- BEZERRA, I. A.; GOES, P. S. A. De. Associação entre capital social, condições e comportamentos de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, jun. 2014. v. 19, n. 6, p. 1943–1950. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601943&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601943&lng=pt&tlng=pt)>.
- BJORNESTAD, J.; MOLTU, C.; VESETH, M.; TJORA, T. Rethinking social interaction: developing empirical models. **J. MED. Internet Res.**, 2020. v.22, n.4.
- BONADIMAN, C. S. C. *et al.* A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, maio. 2017. v. 20, n. suppl 1, p. 191–204. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000500191&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500191&tlng=pt)>.
- BUNTING, L. *et al.* Prevalence and risk factors of mood and anxiety disorders in children and young people: findings from the Northern Ireland youth wellbeing survey. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, 2022, v.27 (3), p. 686-700.
- CAÍRES, M. C.; SHINOHARA, H. Anxiety disorders in children: A look at the communities. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2010. v. 6, n. 1, p. 62–84.
- CASTRO, A.; SILVA, M.; PARENTE, J. R. F. Worldview of young schoolchildren from a municipality in the state of Piauí-Brasil. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 23 mar. 2020. p. 444–449. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8499>>.
- CAVALCANTI, L. M. L. G. *et al.* Constructs of poor sleep quality in adolescents: associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, 2021. v. 37, n. 8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2021000805011&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000805011&tlng=en)>.
- CITKOWSKA-KISIELEWSKA, A.; RUTKOWSKI, K.; SOBAŃSKI, A.J.; DEMBIŃSKA, E.; MIELIMŃKA, M. Anxiety symptoms in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. **Psychiatr. Pol.**, 2019, v.53, n.4, p. 845-864.

- COSTA, C. O. Da *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, jun. 2019. v. 68, n. 2, p. 92–100. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852019000200092&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000200092&tlng=pt)>.
- COSTA, D. N. G. Da *et al.* TESTES QUI-QUADRADO DE PEARSON E EXATO DE FISHER. **Encontros Universitários da Universidade Federal do Ceará**, 2020. v. 5, n. 10.
- COSTA, M. De A. *et al.* Association between anxiety symptoms and problematic alcohol use in adolescents. **Trends Psychiatry Psychother**, 2013. v. 35, n. 2, p. 106–110.
- COSTA, R. F. Da *et al.* Adolescent support networks in a health care context: the interface between health, family and education. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, out. 2015. v. 49, n. 5, p. 741–747. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000500741&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500741&lng=en&tlng=en)>.
- CRONE, E.A.; KONJIN, E.A. Media use and brain development during adolescence. **Nature communications**, 2018.v.9, n.588.
- CRUZ, E. L. D. Da. **Transtorno de ansiedade social e consumo e álcool em adolescentes escolares**. [S.l.]: Universidade Federal de Pernambuco, 2017.
- D'ABREU, L. C. F. **Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA**. [S.l.]: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2008.
- \_\_\_\_\_; MARTURANO, E. M. Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. **Psicologia em Revista**2, 2011. v. 42, n. 2, p. 152–158.
- DESOUSA, D. A. *et al.* Sensitivity and Specificity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Community-Based Study. **Child Psychiatry & Human Development**, 9 jun. 2013. v. 44, n. 3, p. 391–399. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10578-012-0333-y>>.
- DI RISO, D. *et al.* Short-term effects of COVID-19 lockdown in Italian children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: the role of separation anxiety. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, 2021. v.18, p. 5549. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/ijerph18115549>>.
- DOGAN, B.; KOCABAS, O.; SEVINCOK, D.; BAYGIN, C.; MEMIS, C.O.; SEVINCOK, L. Separation anxiety disorder in panic disorder patients with and without comorbid agoraphobia. **Psychiatry**, 2021. V.84, n.1, p. 68-80.
- DURAN, E. C. M.; TOLEDO, V. P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2011. v. 32, n. 2, p. 234–240.
- FALCONI, C. A. *et al.* Relação entre antropometria, gordura corporal e autoconceito de adolescentes do sexo feminino. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, 2019. v. 19, p. 256–264.
- FELICE, S.; VIGLIOCCO, G.; HAMILTON, A. F. C. Social interaction is a catalyst for adult human learning in online contexts. **Current Biology**, 8 nov. 2021. V.31, p.4853-4859.
- FERIANTE, J.; BERNSTEIN, B. Separation Anxiety. **Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2021.
- FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018. v. 71, n. suppl 5, p. 2213–2220. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-)

71672018001102213&tlng=en>.

FIGESE, B. H. *et al.* Do family mealtime interactions mediate the association between asthma symptoms and separation anxiety? **J. Child Psychol Psychiatry**, feb. 2010. v.51 (2), p. 144-151.

FLORES, M. O. O. **NATRUM MURIATICUM E TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO RELATO DE CASO**. [S.l.]: Centro Alpha de Ensino, 2019.

FORTES, L. De S.; ALMEIDA, S. De S.; FERREIRA, M. E. C. Are inappropriate eating behaviors and anxiety related with track and field in adolescent athletes? **Revista de Nutrição**, jun. 2014. v. 27, n. 3, p. 311-319. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732014000300311&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732014000300311&lng=en&tlng=en)>.

FREUD, S. The Future of an Illusion. **Hogarth Press**. 1928.p.98

GOODMAN, R.; MELTZER, H.; BAILEY, V. The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 1998. v.7, p. 125-130.

GOMES, A. P. *et al.* Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. **Revista de Saúde Pública**, 22 out. 2019. v. 53, p. 96. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/163458>>.

GOMES, G. C. *et al.* QUALIDADE DE SONO E SUA ASSOCIAÇÃO COM SINTOMAS PSICOLÓGICOS EM ATLETAS ADOLESCENTES. **Revista Paulista de Pediatria**, 2017. v. 35, n. 3, p. 316-321.

GONÇALVES, D. H.; HELDT, E. TRANSTORNO DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA COMO PREDITOR DE PSICOPATOLOGIA EM ADULTOS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2009. v. 30, n. 3, p. 533-541.

GOYATÁ, S. L. T. *et al.* Efeitos da acupuntura no tratamento da ansiedade: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, jun. 2016. v. 69, n. 3, p. 602-609. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000300602&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300602&lng=pt&tlng=pt)>.

GRILLO, E.; SILVA, R. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, 2004. v. 80, n. 2, p. 21-27.

GUANCINO, L.; TONI, C. G. De S.; BATISTA, A. P. Prevenção de Ansiedade Infantil a partir do Método Friends. **Psico-USF**, set. 2020. v. 25, n. 3, p. 519-531. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712020000300519&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712020000300519&tlng=pt)>.

GUIMARÃES, L. S. R. **Governança no terceiro setor: Estudo descritivo-exploratório do comportamento de conselhos curadores de fundações empresariais no Brasil**. [S.l.]: Universidade de São Paulo, 2008.

HANNESDOTTIR, D.K.; SIGURJONSDOTTIR, S.B.; NJARDVIK, U.; OLLENDICK, T.H. Do youth with separation anxiety disorder differ in anxiety sensitivity from youth with other anxiety disorders? **Child psychiatry & human development**, 2018.

HONÓRIO, H. M. Canal pesquisa: Estatística. 2022. Disponível em: <<https://www.canalpesquisa.com.br/>>.

JOHNCO, C. *et al.* Incidence, clinical correlates and treatment effect of rage in anxious children. **Psychiatry Res.**, 30 sept. 2015. v. 229 (00), p. 63-69.

LOUREIRO, C.; FREDERICO-FERREIRA, M.; SANTOS, M. Identificação dos fatores determinantes no desenvolvimento das competências sociais dos adolescentes. **Revista de Enfermagem Referência**, 16 jul. 2013. v. III Série, n. 10, p. 79–88. Disponível em: <[http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2386&id\\_revista=9&id\\_edicao=52](http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2386&id_revista=9&id_edicao=52)>.

LOVE, J.; DROPMANN, D.; SELKER, R. **Projeto Jamovi**. Disponível em: <<https://www.jamovi.org>>.

MACHADO, M. B. *et al.* Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, mar. 2016. v. 65, n. 1, p. 28–35. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852016000100028&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000100028&lng=pt&tlng=pt)>.

MAIA, G. N.; FRIZZO, G. B.; LEVANDOWSKI, D. C. Psychofunctional symptoms in infants of young mothers: Association with maternal mental health and parental bonding. **Early Human Development**, fev. 2020. v. 141, p. 104938. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378219305596>>.

MOHAMMADI, M.R.; BADRFAM, R.; KHALEGHI, A.; HOOSHYARI, Z.; AHMADI, N.; ZANDIFAR, A. Prevalence, Comorbidity and Predictor of Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. **Psychiatric Quarterly**, 2020.

MOREIRA, J. M. *et al.* Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. **Pediatric Nephrology**, 27 dez. 2015. v. 30, n. 12, p. 2153–2162. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s00467-015-3159-6>>.

MOURA, A. *et al.* FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE ENTRE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, jun. 2018. n. 19. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a03.pdf>>.

NOGUEIRA, T. F. D.; ZAMBON, M. P. Razões do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, 2013. v. 31, n. 3, p. 338–343.

ORBEN, A.; TOMOVA, L.; BLAKEMORE, S.J. Ther effects of social deprivation on adolescent development and mental health. **Lancet Child Adolescent Health**, 2020. v.4, p. 634-640.

OLIVEIRA, D. R.; SENRA, L. X. DESENVOLVIMENTO SOCIOCOGNITIVO, SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL EM ADOLESCENTES: REFLEXÕES PARA A COMPREENSÃO DA VIOLÊNCIA ESCOLAR. **Revista da SPAGESP**, 2020. v. 21, p. 21–36.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de Saúde Pública**, 2020. v. 36, n. 2. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000205001&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000205001&tlng=pt)>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Saúde mental dos adolescentes. **Saúde mental dos adolescentes**, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes#collapse-accordion-16671-6>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

PAULA, C. S. *et al.* The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. **Brazilian Children/Adolescents: Mental Health Care**, fev. 2014.

PENHA DE LIMA COUTINHO, M. DA *et al.* RELATION BETWEEN DEPRESSION AND

QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS IN SCHOOL CONTEXT. **Psicologia, Saúde & Doença**, 10 nov. 2016. v. 17, n. 3, p. 338–351. Disponível em: <[http://www.sp-ps.pt/downloads/download\\_jornal/448](http://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/448)>.

PENTERICH, E. **Competências organizacionais para a oferta da educação a distância no ensino superior: um estudo descritivo-exploratório de IES brasileiras credenciadas pelo MEC**. [S.l.]: Universidade de São Paulo, 2009.

PETRESCO, S. *et al.* Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 1 jun. 2014. v. 49, n. 6, p. 975–983. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s00127-014-0826-z>>.

PETRESCO, S. **Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em crianças de 6 – 7 anos pertencentes à Coorte de Nascimentos de Pelotas de 2004**. [S.l.]: Universidade Federal de Pelotas, 2015.

POP-JORDANOVA, N. Different clinical expression of anxiety disorders in children and adolescents: assessment and treatment. **Contribuições. Sec. do Med. Ciências**, v. 40, n. 1, 2019.

RAJÃO, S. D. De M. *et al.* O capital social entre adolescentes escolares de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, nov. 2019. v. 24, n. 11, p. 4061–4070. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001104061&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104061&tlng=pt)>.

RIBEIRO, H. K. P. *et al.* Transtornos de ansiedade como causa de afastamentos laborais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2019. v. 44. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572019000101501&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000101501&tlng=pt)>.

RODRIGUES, T. A. Dos S.; RODRIGUES, L. P. De S.; CARDOSO, Â. M. R. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, jun. 2020. v. 69, n. 2, p. 103–110. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852020000200103&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852020000200103&tlng=pt)>.

SACILOTTO, A. L.; ABAID, J. L. W. Autoconceito em adolescentes e suas relações com desempenho escolar e práticas parentais. **Barbarói**, 26 jan. 2021. n. 58, p. 30–46. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4320>>.

SALUM, G. A. *et al.* The multidimensional evaluation and treatment of anxiety in children and adolescents: rationale, design, methods and preliminary findings. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2011. v. 33, p. 181–195.

SANTOS, R. G. H. Dos; CELERI, E. H. R. V. RASTREAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE. **Revista Paulista de Pediatria**, 7 dez. 2017. v. 36, n. 1, p. 82–90. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822018000100082&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100082&lng=pt&tlng=pt)>.

SCHÖNHOFEN, F. De L. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada entre estudantes de cursos de pré-vestibular. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, jul. 2020. v. 69, n. 3, p. 179–186. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852020000300179&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852020000300179&tlng=pt)>.

SILVA, A. L. M. *et al.* A relação entre comportamento social em adolescentes e música: uma

revisão sistemática. **Health Biol Sci**, 2020. v. 8, n. 1, p. 1–7.

SILVA, F. C. Da *et al.* Os impactos da violência sexual vivida na infância e adolescência em universitários. **Revista de Saúde Pública**, 12 dez. 2020. v. 54, p. 134. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/180690>>.

SILVA JÚNIOR, E. A. Da; GOMES, C. A. De B. Psychiatric comorbidities among adolescents with and without anxiety disorders: a community study. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, set. 2015. v. 64, n. 3, p. 181–186. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852015000300181&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000300181&lng=en&tlng=en)>.

SIMOES, A. V. *et al.* Relações afetivas íntimas de jovens universitários: narrativas de estudantes de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, 28 mar. 2019. v. 27, p. e34355. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/34355>>.

SOUZA, I.; PINHEIRO, M.A.; MATTOS, P. Anxiety disorders in the attention deficit/hyperactivity disorder clinical sample. **Arq. Neuropsiquiatr.**, 2005. v. 63(2-B), p. 407-409.

SPENCE, S.H.; ZUBRICK, S.R.; LAWRENCE, D. A profile of social, separation and generalized anxiety disorders in a national sample of children and adolescents: prevalence, comorbidity and correlates. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 2018, v.52, p.5.

SZERLA, A.G.; URBANEK, A.; GANDECKA, K. Three strategies for describing social interactions of adolescents in a multicultural environment—indicators for the quality of life research. **Int. J. Environ, Res. Public Health**, 2021, v.18.

TELES, L. R. *et al.* Validation of the Brazilian Version of the RMS Tactile Scale (B-RMS-TS). **Brazilian Dental Journal**, jun. 2021. v. 32, n. 3, p. 84–91. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-64402021000300084&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-64402021000300084&tlng=en)>.

TOLOCKA, R. E.; FARIA, M. C. M. De; MARCO, A. DE. Aspectos maturacionais e engajamento social de adolescentes em jogos recreativos. **Motriz. Revista de Educação Física. UNESP**, 20 nov. 2010. v. 17, n. 1. Disponível em: <<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/3330>>.

TOMOVA, L.; WANG, K.L.; THOMPSON, T.; MATTEWS, G.A.; TAKAHASHI, K.M.; SAXE, T.R. Acute social isolation evokes midbrain craving responses similar to hunger. **Nat. Neurosci.**, Dec. 2020. v.23, n.12, p. 1597-1605.

VALVERDE, B. S. C. L. *et al.* Levantamento de Problemas Comportamentais/Emocionais em um Ambulatório para Adolescentes. **Paidéia**, 2012. v. 22, n. 53, p. 315–323. Disponível em: <[www.scielo.br/paideia](http://www.scielo.br/paideia)>.

VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Anxiety disorders in childhood and adolescence: a review. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 2009. v. 5, n. 1. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1808-5687.20090005>>.

ZDEBSKYI, J. D. F.; MÁXIMO, C. E.; BATISTA PEREIRA, U. T. Relações sociais e redes de apoio na adolescência: experiências mediadas pela música. **Barbarói**, 26 jan. 2021. n. 58, p. 08–29. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4107>>.

## APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA DE USO DOS DADOS

---

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO GRUPO DE PESQUISA NEUROCIÊNCIA COMPORTAMENTAL

#### CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **PRISCILA CARLA DA SILVA**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “**Transtorno de Ansiedade de Separação em Adolescentes Escolares e os Prejuízos no Aspecto Social**”, que está sob a orientação da Profa. Paula Rejane Beserra Diniz, cujo objetivo é “**Avaliar a relação entre os sinais e sintomas do Transtorno de Ansiedade de Separação e a dificuldade de interação social em adolescentes escolares**”, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos arquivos de base de dados da tese de doutorado intitulada “**Transtorno de Ansiedade Social e Consumo de Álcool em Adolescentes Escolares**” para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

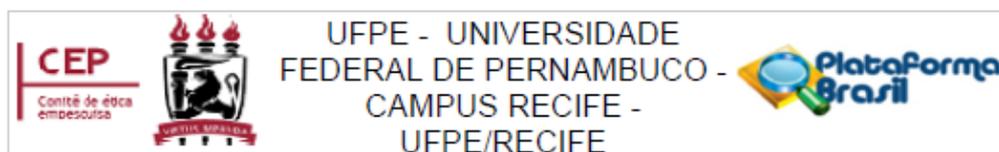
Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 31 de Maio de 2021



Elisabeth Lima Dias da Cruz

## APÊNDICE B - PARECER DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Transtorno de Ansiedade de Separação em Adolescentes Escolares e os Prejuízos no Aspecto Social

**Pesquisador:** PRISCILA CARLA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48341321.4.0000.5208

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.857.439

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Mestrado do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE, sob a orientação da Profa. Paula Rejane Beserra Diniz.

O presente estudo será realizado através da análise secundária de dados obtidos através do banco de dados resultado da tese de doutorado da Dra. Elisabeth Cruz, intitulada Transtorno de ansiedade social e risco de consumo de álcool em adolescentes escolares (2017). O banco de dados é composto por uma amostra de 494 adolescente com idade entre 11 e 17 anos matriculados em escolas públicas da rede municipal e estadual de ensino do município de Recife-PE.

#### Instrumentos de pesquisa

Serão utilizados o questionário biodemográfico, que avaliou dados como moradia, componentes do grupo familiar e escolaridade materna; o Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ (Questionário de capacidades e dificuldades, versão português); e o Development and Well-Being Assessment (DAWBA).

**Endereço:** Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO BIODEMOGRÁFICO**Escola:   \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Turma:  Manhã  Tarde  Noite  Integral ou Semi-integralTurma:  **INFORMAÇÕES PESSOAIS**

1º) Gênero

 Masculino Feminino

2º) Qual a sua idade, em anos?

 10 anos 14 anos 18 anos 11 anos 15 anos 19 anos 12 anos 16 anos 13 anos 17 anos

3º) Você trabalha?

 Não trabalho Sim, até 20 horas semanais Sim, mais de 20 horas semanais

4º) Você se considera:

 Branco(a) Pardo(a) Indígena(a) Preto(a) Amarelo(a)

5º) Você tem irmãos?

- Sim  
 Não

Se NÃO passe para o item 7

Se SIM; responda o item 6

6º) Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

- É o (a) filho (a) caçula  
 É intermediário (do meio)  
 É o (a) mais velho (a)

7º) Marque a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe.

- Minha mãe NUNCA estudou  
 Minha mãe NÃO concluiu o Fundamental 1 (estudou 1ª a 3ª série)  
 Minha mãe concluiu o Fundamental 1 (estudou até a 4ª série)  
 Minha mãe NÃO concluiu o Fundamental 2 (estudou da 5ª a 7ª série)  
 Minha mãe concluiu o Fundamental 2 (estudou até a 8ª série)  
 Minha mãe NÃO concluiu o Ensino Médio (estudou do 1º ano ao 3º ano)  
 Minha mãe concluiu o Ensino Médio (estudou até o 3º ano)  
 Minha mãe NÃO concluiu a faculdade  
 Minha mãe concluiu a faculdade  
 Não Sei

8º) Quantas pessoas moram na sua casa? \_\_\_\_\_ pessoas

9º) Quantos cômodos tem na sua casa? \_\_\_\_\_ cômodos

10º) Sobre a sua casa:

Itens em sua casa	Não tem	TEM (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisão					
Computador					
DVD					
Rádios					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer (*)					

11º) Na sua casa tem internet?

Sim

Não

12º) Em geral, você considera que a sua saúde é:

Excelente

Boa

Regular

Ruim

## ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)

### Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Port)

A 11-17

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta pareça-lhe estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

Nome .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Mais ou menos		
	Falso	verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral, os outros jovens gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente perco a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou legal com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu penso antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem algum outro comentário ou preocupações sobre você? Descreva-os abaixo.

**Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado**

Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Por quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades tomam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) ..... Data de hoje.....

**Muito obrigado pela sua ajuda**

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO DESENVOLVIMENTO E BEM ESTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (DAWBA).

### Seção A Ansiedade de Separação

A maioria dos jovens são particularmente ligados a uma ou a algumas pessoas, olham para estas pessoas buscando segurança ou quando estão aflitos ou magoados.

		Não ou Não se aplica	Sim
A1	Quais são os adultos a quem você é principalmente ligado(a)?		
a)	Mãe (biológica ou adotiva)	0	1
b)	Pai (biológico ou adotivo)	0	1
c)	Madrasta, mãe substituta, companheira do pai	0	1
d)	Padrasto, pai substituto, companheiro da mãe	0	1
e)	Avô/avó	0	1
f)	Algum outro parente adulto, por exemplo, tio/tia ou irmão/irmã adulto(a)	0	1
g)	Babá ou outro adulto que cuide de você	0	1
h)	Professor(es)	0	1
i)	Outros adultos não parentes, por exemplo, amigo da família, vizinho	0	1
j)	<input type="checkbox"/> Não é particularmente ligado(a) a nenhum adulto		

*Se A1j foi assinalado, pergunte A1k e A1l; caso contrário continue com A2.*

		Não ou Não se aplica	Sim
	Quais são as crianças ou jovens a quem você é principalmente ligado(a)?		
k)	Irmãos, irmãs ou outros parentes jovens	0	1
l)	Amigo (s)	0	1
m)	<input type="checkbox"/> Não é particularmente ligado(a) a ninguém		

*Se A1m foi assinalada, pule para seção B. Caso contrário, continue.*

A2 Você acabou de me dizer a quem é principalmente ligado(a). *Se quiser, liste todos de A1a até A1i (ou A1k/A1l) que tiveram "sim" como resposta.* Daqui por diante, estas pessoas serão chamadas de "pessoas de ligação".

O que eu gostaria de saber agora é o quanto você preocupa-se em estar separado(a) das pessoas de ligação. A maioria dos jovens tem preocupações deste tipo, mas eu gostaria de saber como você reage comparado/a com outros jovens da mesma idade. Eu estou interessado em como você é no dia-a-dia e não em um dia fora da rotina.

Em geral, nas **últimas 4 semanas**, você tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das pessoas de ligação?

Não	Sim
0	1

*Se A2 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for  $\geq 6$ , então continue. Caso contrário pule para seção B.*

A3 Nas últimas 4 semanas e comparado com outros jovens da mesma idade...	Não mais que os outros (ou Não se aplica)	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a) Você tem se preocupado que algo de mau possa acontecer com as pessoas de ligação?	0	1	2
b) Você tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado/a ou separado/a das pessoas de ligação, por exemplo, ser seqüestrado/a, levado/a ao hospital ou ser morto/a?	0	1	2
c) Você tem se recusado a ir à escola, com receio de que algo de ruim possa acontecer às pessoas de ligação enquanto você estiver na escola? (Não inclua medo de ir à escola por outras razões como medo de ser provocado/a por colegas ou medo de provas)	0	1	2
d) Dormir sozinho/a tem lhe causado medo ou preocupação?	0	1	2
e) Você tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas de ligação, ou para dormir com elas?	0	1	2
f) Você tem estado preocupado/a ou com medo de dormir em lugares desconhecidos?	0	1	2
g) Você tem tido medo de ficar sozinho/a em casa se as pessoas de ligação saem de casa por alguns momentos?	0	1	2
h) Você tem tido pesadelos sobre estar separado/a das pessoas de ligação?	0	1	2
i) Você tem dores de cabeça, de barriga ou enjôos quando separado/a das pessoas de ligação ou quando você sabe que isso acontecerá?	0	1	2
j) Separar-se das “pessoas de ligação” ou a idéia de estar separado delas levou-o/a a ficar preocupado/a, chorar, ter “crises de birra” ou ficar triste?	0	1	2

Se qualquer um dos itens em A3 teve-se como resposta “Muito mais que os outros”, então marque o quadrado para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 (p.37) e continue com A4. Caso contrário, pule para seção B.

- A4 As suas preocupações com separação começaram há pelo menos 4 semanas?
- |     |     |
|-----|-----|
| Não | Sim |
| 0   | 1   |
- A5 Quantos anos você tinha quando suas preocupações com separação começaram?  anos  
(Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")
- A6 Quanto estas preocupações incomodam ou aborrecem você?
- |      |          |       |              |
|------|----------|-------|--------------|
| Nada | Um pouco | Muito | Extremamente |
| 0    | 1        | 2     | 3            |
- A7 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...
- |      |          |       |              |
|------|----------|-------|--------------|
| Nada | Um pouco | Muito | Extremamente |
| 0    | 1        | 2     | 3            |
- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer
- A8 Estas preocupações tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?
- |      |          |       |              |
|------|----------|-------|--------------|
| Nada | Um pouco | Muito | Extremamente |
| 0    | 1        | 2     | 3            |