

**AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ANSIOSO DE MENINOS E MENINAS
DE 6 A 11 ANOS NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA****Ms. Hully do Nascimento Segatti**<http://lattes.cnpq.br/2305424522789421><https://orcid.org/0009-0004-7285-0650>E-mail: hully2000@gmail.com**Dra. Maria Sebastiana Silva**<https://orcid.org/0000-0001-7265-5872>E-mail: mssilva@ufg.br**José Henrique**<https://orcid.org/0000-0001-5801-4067>E-mail: josehenriquebarbosadacruz@gmail.comDOI-Geral: <http://dx.doi.org/10.47538/BJE-2026.V4N2>DOI-Individual: <http://dx.doi.org/10.47538/BJE-2026.V4N2-07>

RESUMO: A ansiedade é um estado emocional caracterizado por desconforto, manifestando-se como inquietação e medo em relação a eventos futuros. Trata-se de uma resposta natural a estímulos aversivos, mas, durante a infância, pode agravar-se e aumentar o risco de problemas psicológicos na vida adulta. Este estudo avaliou o comportamento ansioso de 68 crianças de 6 a 11 anos, utilizando a Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS-Brasil). Os resultados não revelaram diferenças significativas entre meninos e meninas em cinco dos seis domínios analisados. No entanto, na Fobia Social, observou-se que as meninas apresentaram médias mais altas (7,29%) em relação aos meninos (5,44%). Além disso, crianças com mais de 8 anos tiveram médias mais elevadas em Ansiedade Generalizada e Fobia Social, sugerindo um aumento dos comportamentos ansiosos com a idade. Os achados indicam uma diferença significativa de Fobia Social em meninas, ($p=0,043$) ressaltando a necessidade de compreender melhor os padrões ambientais responsáveis pelos estados de ansiedade na infância e a importância da identificação precoce para o desenvolvimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade infantil. SCAS-Brasil. Escolares.

**EVALUATION OF ANXIOUS BEHAVIOR AMONG CHILDREN AGED 6 TO 11
YEARS IN THE MUNICIPALITY OF GOIÂNIA**

ABSTRACT: Anxiety is an uncomfortable emotional state that manifests as restlessness and fear regarding the future. It is a natural response to stress; however, in childhood, it can crystallize and worsen, increasing the risk of issues in adulthood. This study assessed the anxious behavior of 68 children aged 6 to 11 years, utilizing the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brazil). The results revealed no significant differences between boys and girls in five of the six analyzed domains, except for Social Phobia, where girls exhibited higher averages (7.29%) compared to boys (5.44%). Children over 8 years old had higher averages in Generalized Anxiety and Social Phobia, suggesting an increase in anxious behaviors with age. The findings indicate a prevalence of Social Phobia, particularly in girls, underscoring the need for a better understanding of anxiety patterns

in childhood and the importance of early identification for healthy development.

KEYWORDS: Child Anxiety. SCAS-Brazil. School Children.

INTRODUÇÃO

O termo "ansiedade" possui múltiplos significados e usos nas diferentes áreas de pesquisa que abordam o tema. Em qualquer campo científico, é fundamental uma definição precisa do objeto de estudo, o que exige uma introdução clara sobre os critérios conceituais que definem a ansiedade no campo da psicologia comportamental e da psiquiatria (De Paul; Britto, 2017).

Na antiguidade clássica, emoções como ansiedade, medo e fobia já eram discutidas, embora sem as distinções que existem hoje. Filósofos como Aristóteles caracterizavam o medo extremo como covardia, enquanto Cícero diferenciava entre *ānxiētās* (ansiedade contínua) e *angor* (ansiedade momentânea). Naquele período, os estados ansiosos eram vistos mais como traços morais ou defeitos de caráter, embora também fossem associados, ocasionalmente, a condições mentais patológicas, como melancolia e mania (Frota, et.al, 2022). Na obra clássica “Ciência e Comportamento Humano”, Skinner (1953) argumenta que a ansiedade não é apenas uma reação interna, mas está profundamente ligada às condições externas que a influenciam. O autor propõe que a ansiedade surge em resposta a estímulos que a pessoa percebe como ameaçadores, resultando em comportamentos que destinam evitar ou enfrentar essas situações. Também dá ênfase ao comportamento observável e afirma que a ansiedade se manifesta em ações que podem ser vistas e medidas, ao invés de ser apenas uma vivência subjetiva.

Ao desconsiderar a ansiedade como causa de um comportamento, Skinner a define como o próprio comportamento emocional, resultando em diversas variáveis presentes no ambiente de um indivíduo. Para o autor, a ansiedade pode se manifestar como comportamentos de evasão em ambientes sociais, refletindo sua angústia interna. Além disso, Skinner conecta a ansiedade ao processo de condicionamento, mostrando que experiências passadas moldam as respostas ansiosas, fazendo com que contextos semelhantes gerem reações de medo ou desconforto no futuro. Essa abordagem permite uma compreensão da ansiedade como uma manifestação comportamental não restrita

apenas a transtornos mentais relacionados à ansiedade. Diversos autores, como Baptista (2005), Barlow (2002), Beck, Emery e Greenberg (1985), entre outros, destacam as distinções entre medo e ansiedade, embora esses termos sejam frequentemente usados de maneira intercambiável, tanto linguagem cotidiana como na literatura psicológica. Ambos se referem a estados emocionais caracterizados por tensão e ativação fisiológica, porém, o medo é considerado uma emoção básica e universal, presente em todas as idades e culturas, enquanto a ansiedade é descrita como uma combinação de emoções, na qual o medo é predominante. A ansiedade, por sua natureza, tende a ser mais difusa, imprecisa e dependente das circunstâncias, enquanto o medo é mais focado e relacionado a uma ameaça imediata e concreta. Quando os comportamentos ansiosos começam a gerar prejuízos sociais e funcionais, essas manifestações podem evoluir para níveis patológicos, sendo classificados como Transtornos de Ansiedade. Os transtornos de ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns na população em geral. Estudos internacionais e brasileiros indicam que as taxas de prevalência de transtornos de ansiedade durante a infância e adolescência variam de 6 a 20% (DeSouza, et.al, 2012) O Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) caracteriza a ansiedade como uma resposta emocional que envolve sentimentos de apreensão, preocupação e medo, frequentemente acompanhada de manifestações físicas, como palpitações e tensão muscular. A ansiedade é categorizada em diversos transtornos, incluindo o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), que se manifesta como preocupações excessivas; o Transtorno do Pânico, com episódios de pânico inesperados; as Fobias Específicas, que envolvem medos intensos e irracionais em relação a objetos ou situações específicas; o Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), marcado por medo de avaliação negativa em situações sociais e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que ocorre após a vivência de experiências traumáticas. Conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5.^a edição (DSM-5), a ansiedade é considerada um transtorno quando causa sofrimento significativo e interfere no funcionamento diário do indivíduo. (American Psychiatric Association, 2014). Em contraste com abordagens que buscam explicações em pressuposições, a perspectiva analítico-comportamental, inicialmente proposta por skinner (1953) , analisa o comportamento de maneira funcional, com foco nas relações entre o comportamento do

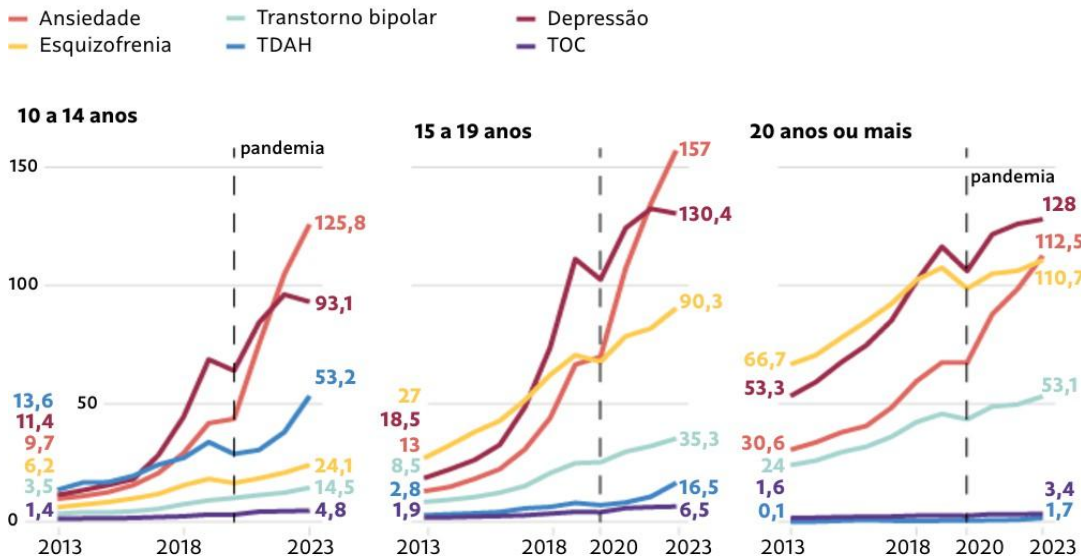
indivíduo e o seu ambiente. Essa abordagem oferece uma compreensão valiosa da ansiedade, enfatizando como as interações com o ambiente influenciam o comportamento. Para a análise comportamental, o comportamento é entendido como qualquer ação de um organismo que responde a estímulos externos, sem a necessidade de associá- diretamente a transtornos mentais (Britto, 2013). Os princípios da abordagem analítico-comportamental constitui uma vertente teórica importante para identificar e modificar comportamentos relacionados à ansiedade. Em vez de tratar os estados emocionais como sintoma de uma condição subjacente, a análise comportamental foca nas condições que os desencadeiam e nas respostas que eles provocam. Assim, busca-se entender como as interações com o ambiente moldam os sentimentos de ansiedade, considerando as variáveis situacionais que podem intensificar ou atenuar esses estados. Em síntese, a visão analítico-comportamental da ansiedade valoriza a observação e a prática, oferecendo um caminho claro para intervenções terapêuticas que possibilitam um controle mais efetivo das experiências emocionais do indivíduo (Britto, 2013).

A infância e a adolescência são fases cruciais para a identificação e intervenção precoce de comportamentos ansiosos, pois quando não abordados adequadamente, esses comportamentos podem persistir ao longo da vida e gerar dificuldades no futuro. O desenvolvimento emocional durante essas etapas influencia a origem e a manifestação de medos e preocupações, sejam elas consideradas normais ou patológicas. Ao contrário dos adultos, as crianças frequentemente não têm plena consciência da magnitude de seus medos, nem conseguem classificá-los como excessivos ou irracionais (Field & Silverman, 2011) Conforme demonstrado na figura 1, divulgados pela Folha de São Paulo (2024), os registros da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS - SUS, 2013 - 2023) mostram que a ansiedade no público infanto-juvenil superou a taxa observada no público adulto, com crescimento expressivo nos últimos anos. A taxa de crianças entre 10 e 14 anos, diagnosticadas com transtorno de ansiedade, atendidos na RAPS, em 2023, foi de 125,8 para cada 100 mil, adolescentes de 157,0 e pessoas acima de 20 anos de 112,5.

Figura 1. Dados divulgados pela folha de São Paulo sobre o diagnóstico de ansiedade na população atendida na Rede de Atenção Psicossocial, 2023.

Pacientes atendidos pelo SUS, para transtornos selecionados

Taxa por 100 mil pessoas daquela faixa etária



Fonte: RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) via Sistema de Informações Ambulatoriais/SUS

Diversas ferramentas de avaliação foram desenvolvidas ao longo do tempo para mensurar a ansiedade em crianças, com o objetivo de identificar precocemente os manifestações e facilitar intervenções clínicas adequadas. A primeira dessas ferramentas foi a Sarason's General Anxiety Scale for Children, que abordava os componentes de emocionalidade e preocupações associadas à ansiedade infantil. Posteriormente, foi introduzida a Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS), uma adaptação de uma escala originalmente voltada para adultos. Outra contribuição significativa foi o Test Anxiety Scale for Children (TASC), desenvolvido para avaliar a ansiedade relacionada a contextos de avaliação acadêmica, refletindo as pressões e os desafios enfrentados pelas crianças em ambientes educacionais. Já o Fear Survey Schedule for Children (FSSC) foi projetado para categorizar os medos infantis, mapeando diferentes tipos de fobias e ansiedades específicas. O TASC, em particular destacou-se como o instrumento de avaliação mais amplamente utilizado na década de 1960, devido sua relevância no contexto escolar e acadêmico. A avaliação precoce da ansiedade infantil pode minimizar o sofrimento da criança e permitir a implementação de intervenções clínicas eficazes em momentos mais precoces do desenvolvimento, quando as manifestações são mais suscetíveis de serem

amenizados (Silva; Figueiredo, 2005).

No contexto brasileiro, no entanto, uma crítica recorrente aos instrumentos de avaliação é a ausência de adaptações culturalmente sensíveis. Muitos desses instrumentos, originalmente desenvolvidos em países de língua inglesa, são frequentemente utilizados no Brasil apenas em versões traduzidas, sem considerar as particularidades culturais e sociais da população infantil brasileira (Silva; Figueiredo, 2005).

A Escala de Ansiedade Infantil de Spence (SCAS) foi uma das ferramentas mais inovadoras no campo da avaliação da ansiedade infantil. Elaborada para capturar as características relevantes no desenvolvimento da ansiedade em crianças, a SCAS leva em consideração as manifestações de ansiedade descritos nos principais sistemas de diagnóstico, como o DSM-IV. A versão original do O SCAS considera 44 itens, distribuídos em diferentes domínios de transtornos ansiosos, como Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Ansiedade de Separação, Fobia Social, Transtorno de Pânico (com ou sem agorafobia), e Fobias Específicas (como o medo de ameaças físicas) (DeSouza, et al., 2012).

Este instrumento, ao ser adaptado para diferentes culturas e contextos, demonstrou boas qualidades psicométricas em estudos realizados em diversos países como a Malásia e Portugal, com evidências de validade e confiabilidade para a sua aplicação. Durante o processo de desenvolvimento da SCAS, os comportamentos ansiosos comuns em crianças foram cuidadosamente analisados, levando em conta diferentes fases do desenvolvimento, o que torna a escala uma ferramenta útil para a avaliação da ansiedade em diferentes faixas etárias que englobam a infância e adolescência. A SCAS também inclui 6 itens adicionais, conhecidos como “fillers”, que são distribuídos de maneira aleatória entre os itens principais da escala. Esses itens têm o objetivo de reduzir o viés de respostas negativas, proporcionando uma avaliação mais precisa do estado emocional da criança (Spence, 1998).

Em 2012, a SCAS foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por De Sousa et al., permitindo que a ferramenta fosse utilizada em estudos e intervenções clínicas no país. A adaptação considerou as características culturais e sociais da população infantil

brasileira, o que contribuiu para a validade e a utilidade do instrumento no diagnóstico de transtornos ansiosos em crianças. A avaliação precisa da ansiedade infantil, realizada por instrumentos como a SCAS, pode proporcionar uma compreensão mais clara das manifestações de ansiedade nas crianças e facilitar o planejamento de tratamentos mais eficazes, baseados no diagnóstico precoce.

Na linha de discussão sobre as diversas formas de ansiedade infantil, é importante destacar que cada transtorno ansioso possui características específicas, mas todos eles podem impactar negativamente o desenvolvimento da criança e sua qualidade de vida. A ansiedade de separação, por exemplo, é comum em crianças mais novas manifestando-se através de medo excessivo ao se afastarem de figuras de apego, como pais ou cuidadores. Os manifestações incluem choro, recusa em ir à escola, e até dores físicas, como dores de cabeça ou estomacais. Quando essas manifestações são intensas e persistem por um longo período, pode ser necessária uma intervenção terapêutica para evitar o agravamento do quadro. A fobia social, por sua vez, caracteriza-se pelo medo persistente de ser julgado ou humilhado em situações sociais, o que pode levar a dificuldades no relacionamento com colegas e afetar o desempenho acadêmico e social da criança. Esse tipo de ansiedade, se não tratado adequadamente, pode estender-se até a vida adulta, prejudicando a autoestima e as habilidades sociais. O transtorno obsessivo e compulsivo (TOC) envolve pensamentos intrusivos e repetitivos, seguidos de comportamentos compulsivos ou rituais como forma de aliviar a ansiedade gerada por esses pensamentos. Em crianças, o TOC pode interferir em várias áreas da vida cotidiana, como o desempenho escolar e os relacionamentos familiares (Frota et al., 2022).

O transtorno do pânico, por outro lado, é caracterizado por episódios de crises de ansiedade intensa, acompanhados de manifestações físicas, como palpitações, tremores, dificuldades respiratórias e sensação de desmaio. Esses episódios podem ser tão severos que alteram significativamente o comportamento da criança, que passa a evitar certas situações ou lugares onde anteriormente teve uma crise de pânico. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) se manifesta por uma preocupação excessiva e constante com uma variedade de situações, desde questões escolares até preocupações com a saúde ou eventos cotidianos. As crianças com TAG frequentemente têm dificuldade em controlar suas preocupações, o que pode afetar tanto o desempenho acadêmico quanto a

qualidade do sono e o bem-estar geral. Já as fobias específicas causam um medo persistente e irracional de objetos ou situações específicas, como animais, injeções ou fenômenos naturais, e podem limitar significativamente as atividades diárias da criança (Frota et al., 2022).

Dentro do ambiente escolar, a ansiedade e o medo são emoções frequentemente, sendo comuns em crianças que enfrentam inseguranças sobre o seu desempenho acadêmico, suas habilidades sociais ou suas relações interpessoais. A medida que essas emoções se intensificam, podem provocar um ciclo vicioso de evitação, dificultando ainda mais a interação social e a participação nas atividades escolares. Esse processo pode afetar diretamente o desempenho acadêmico da criança e, ao longo do tempo, aumentar sua vulnerabilidade a outros transtornos mentais, como distúrbios de humor, depressão e, em casos mais graves, transtornos de comportamento. Além disso, a ansiedade não tratada pode interferir na capacidade da criança de aprender, o que pode levar a dificuldades de concentração, baixa autoestima e, eventualmente, ao isolamento social. Nesse sentido, a identificação precoce das manifestações de ansiedade na infância é crucial para evitar a cronificação dos transtornos e garantir que as crianças possam receber o suporte adequado para um desenvolvimento emocional saudável. A detecção precoce da ansiedade permite a implementação de estratégias terapêuticas eficazes, que podem prevenir o agravamento do quadro e melhorar a qualidade de vida da criança, promovendo seu bem-estar emocional e social. No entanto, apesar da crescente literatura sobre a ansiedade infantil, ainda há uma lacuna importante em termos de investigações detalhadas, especialmente no que diz respeito ao comportamento ansioso infantil em condições subclínicas, ou seja, quando as manifestações não são graves o suficiente para um diagnóstico clínico. Além disso, existe uma escassez de estudos comparativos entre meninos e meninas, o que dificulta a compreensão das possíveis variações de ansiedade entre os gêneros e as diferentes faixas etárias (Guancino, et al., 2020).

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar o comportamento ansioso de crianças em idade escolar por meio da aplicação da Escala de Ansiedade Infantil de Spence (SCAS-Brasil), versão adaptada para o contexto brasileiro. O estudo busca identificar quais domínios da ansiedade (como ansiedade de separação, fobia social, transtorno obsessivo e compulsivo, entre outros) têm maior ou menor

contribuição para o comportamento ansioso infantil. Além disso, a pesquisa pretende comparar os escores dos diferentes domínios de ansiedade entre meninos e meninas, com o objetivo de identificar possíveis variações de ansiedade entre os gêneros e diferentes idades, oferecendo dados relevantes para a compreensão do comportamento ansioso na infância e contribuindo para o aprimoramento das práticas de diagnóstico e intervenção precoce.

MÉTODO

TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como transversal e descritivo para avaliar o comportamento ansioso de escolares em um determinado momento, sem intervenção prévia, observando e descrevendo as variáveis de interesse de forma sistemática.

PARTICIPANTES

Para a realização deste estudo, foi calculado um tamanho amostral de 68 crianças, com idades entre 6 e 11 anos, distribuídas entre os sexos masculino e feminino, todas matriculadas em escolas públicas do ensino fundamental da Região Norte do Município de Goiânia-GO.

INSTRUMENTOS

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação e análise do Questionário Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS-Brasil - SPENCE, 1998), um instrumento amplamente utilizado para a avaliação do comportamento ansioso em crianças e adolescentes. O questionário, adaptado para o contexto brasileiro, foi projetado para medir a frequência de manifestações ansiosas em diversas áreas do funcionamento infantil, permitindo a identificação das principais manifestações de ansiedade em seis domínios específicos. Cada domínio é composto por um conjunto de itens que avaliam o comportamento e as reações emocionais da criança em relação a diferentes situações e

experiências que podem desencadear ansiedade.

O SCAS-BRASIL é composto por 44 itens, distribuídos entre os seguintes domínios: ansiedade de separação (6 itens), que avalia o medo excessivo que a criança sente ao ser separada de figuras de apego, como pais ou cuidadores; fobia social (6 itens) que avalia o medo intenso e persistente de situações sociais, como interações com colegas, professores ou outras pessoas em ambientes públicos; problemas obsessivos e compulsivos (6 itens) que investiga a presença de pensamentos intrusivos e a necessidade de realizar rituais ou comportamentos repetitivos para aliviar a ansiedade; pânico e agorafobia (9 itens) que examina as manifestações relacionados ao transtorno de pânico, como crises de ansiedade intensa e manifestações físicas associados, além do medo de situações em que a criança possa se sentir vulnerável, como locais públicos; ansiedade generalizada (6 itens) que avalia a preocupação excessiva com uma variedade de situações, incluindo aspectos cotidianos da vida, e por fim medos de lesões físicas (5 itens): Este domínio avalia o medo persistente de danos físicos, como ferimentos ou doenças graves, e a preocupação constante com a segurança física.

A pontuação da *Escala de Ansiedade Infantil de Spence* (SCAS-Brasil) é feita com base nas respostas da criança a cada item do questionário. Cada item é pontuado em uma escala Likert de 4 pontos, com as seguintes opções de resposta: 0 = Nunca, 1 = Às vezes, 2 = Frequentemente, 3 = Sempre. A pontuação total do SCAS varia de 0 a 114 pontos, considerando a soma das pontuações dos itens de cada domínio, desconsiderando os “*fillers*” (itens positivos) que são incluídos para evitar viés nas respostas. A pontuação total permite uma avaliação geral do nível de ansiedade da criança, mas o principal valor do SCAS está na análise detalhada dos escores de cada um dos seis domínios, que fornecem uma visão mais precisa sobre os tipos específicos de ansiedade que a criança está experienciando. O cálculo dos escores de cada domínio é feito somando as pontuações de todos os itens pertencentes a um determinado domínio. A análise dos escores de cada domínio permite identificar as áreas específicas da ansiedade que mais impactam o comportamento da criança. Por exemplo, uma criança com um escore muito alto no domínio de *ansiedade de separação* podem necessitar de um plano de intervenção focado em estratégias que ajudem a lidar com a separação de figuras de apego.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O SCAS-BRASIL foi aplicado de forma individual a cada criança, com a presença do aplicador para esclarecimentos das instruções e dúvidas que surgissem durante o preenchimento. A criança indicou a frequência com que experienciou cada um dos comportamentos ou sentimentos descritos no item. Para crianças muito pequenas que não conseguissem preencher o questionário por conta própria, a entrevista foi conduzida pelos aplicadores, que liam os itens e ajudavam na escolha das respostas mais adequadas, sem induzir as respostas de forma alguma.

A aplicação do questionário foi feita em sessões individuais que duraram entre 20 a 30 minutos, dependendo da idade e do nível de compreensão da criança. Durante a aplicação, os aplicadores mantiveram uma postura neutra, sem expressar julgamento ou surpresa nas respostas da criança, para não interferir na resposta da criança. A explicação de cada item foi feita com linguagem simples, utilizando exemplos do cotidiano da criança para facilitar a compreensão.

QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa obteve aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após a aprovação ética, foram obtidas as anuências necessárias da Secretaria da Educação local. Realizaram-se reuniões nas instituições escolares, envolvendo pais e membros da diretoria, com o intuito de esclarecer aspectos relacionados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), além de explicar os objetivos da pesquisa aos participantes e seus responsáveis. A coleta de dados foi conduzida no Laboratório de Fisiologia, Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Goiás (LAFINS-UFG). A pesquisa foi conduzida em conformidade com os padrões éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), visando a proteção e o bem-estar das crianças participantes. O consentimento dos responsáveis legais foi obtido por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enquanto as crianças manifestaram seu assentimento através do Termo de

Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Ambos os termos foram redigidos em linguagem acessível e assinados em duas vias pelos responsáveis, sendo uma via devolvida à família. Todas as medidas foram adotadas para garantir a confidencialidade e o respeito aos direitos das participantes durante todo o processo de pesquisa.

ANÁLISE DE DADOS

Todos os participantes matriculados em escolas públicas municipais da região estudada.

Os dados contínuos de idade e escores dos domínios do comportamento ansioso foram testados quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e submetidos à análise descritiva para obtenção dos valores médios e desvio padrão. Para comparação dos escores entre os sexos e faixas etárias, os dados não apresentaram distribuição, foi utilizado, o teste de Mann-Whitney.. Todas as análises foram conduzidas utilizando o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 30.0.0, estabelecendo-se um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

RESULTADOS

As 68 crianças incluídas no estudo tinham entre 8 e 11 anos, sendo 34 meninos e 34 meninas.

Na tabela 1 estão os escores médios e desvio padrão, bem como o resultado da análise comparativa dos domínios do comportamento ansioso entre meninos e meninas.

Tabela 1. Resultado da análise comparativa dos domínios do comportamento ansioso entre meninos e meninas. Valores apresentados média (desvio padrão).

Sexo			Valor de p
Domínios da SCAS	Meninos	Meninas	
Ansiedade Generalizada	7,26 (3,34)	7,50 (3,34)	0,773
Lesão Física	5,94 (2,90)	6,94 (2,90)	0,220
Ansiedade de Separação	6,91 (3,96)	5,44 (3,43)	0,696

Fobia social	5,44 (3,71)	7,29 (3,86)	0,043
Obsessão Compulsiva	6,60 (3,32)	6,94 (3,51)	0,291
Síndrome do Pânico	6,35 (4,59)	6,21(4,51)	0,894
Agorafobia			

Valor de p obtido do teste Mann-Whitney U, nível de significância $p < 0,05$.

Os dados da tabela 1 revelam que não existem diferenças entre os sexos nos domínios de Ansiedade Generalizada, Lesão Física, Ansiedade de Separação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Síndrome do Pânico/Agorafobia, evidenciadas pelos valores de p superiores a 0,05. Contudo, no domínio de Fobia Social, observou-se uma média significativamente maior ($p=0,043$) para as meninas (7,29) em comparação aos meninos (5,44). . Esse resultado sugere que as meninas apresentam níveis mais elevados de comportamentos ansiosos associados à Fobia Social em comparação aos meninos. Os desvios padrão mostraram-se semelhantes entre os grupos para a maioria dos domínios, o que reflete uma variabilidade comparável nas respostas ansiosas.

Para avaliar se havia diferenças no comportamento entre crianças maiores e menores, as crianças foram divididas em dois grupos: ≤ 8 anos e > 8 anos. Os resultados da análise comparativa dos domínios do comportamento ansioso entre estes grupos estão na tabela 2.

Tabela 2. Resultado da análise comparativa dos domínios do comportamento ansioso entre crianças ≤ 8 anos e > 8 anos. Valores apresentados média (desvio padrão).

Domínios da SCAS	Faixa etária (anos)	Faixa etária (anos)	Valor de p
	≤ 8	> 8	
Ansiedade Generalizada	6,50 (3,25)	8,06 (2,93)	0,045
Lesão Física	6,22 (3,43)	6,32 (3,10)	0,897
Ansiedade de Separação	6,53 (7,00)	7,35 (3,87)	0,365
Fobia social	5,09 (7,50)	7,24 (3,38)	0,020
Transtorno Obsessivo	6,16 (7,00)	6,65 (3,30)	0,458
Síndrome do Pânico e Agorafobia	5,56 (5,00)	6,91(4,30)	0,198

Valor de p obtido do teste Mann-Whitney U, nível de significância $p < 0,05$.

Os resultados apresentado na tabela 2 mostram que as crianças acima de 8 anos possuem médias significativamente mais elevadas de Ansiedade Generalizada (8,06) e Fobia Social (7,24) em comparação às crianças de 8 anos ou menos, cujas médias correspondem a 6,50 e 5,09, respectivamente. Os valores de p para essas comparações são 0,045 e 0,020, indicando diferenças estatisticamente significativas. Nos demais domínios analisados, como Lesão Física, Ansiedade de Separação, Transtorno Obsessivo Compulsivo e Síndrome do Pânico/Agorafobia, não existem diferenças significativas entre as faixas etárias, com valores de p superiores a 0,05. Os desvios padrão nas duas faixas etárias apresentam-se semelhantes, o que sugere uma variabilidade semelhante nas respostas ansiosas. Esses achados evidenciam a evolução dos níveis de ansiedade com a idade, especialmente em relação à Ansiedade Generalizada e à Fobia Social.

DISCUSSÃO

Com o propósito de avaliar o comportamento ansioso de escolares, a presente pesquisa aplicou a versão brasileira da *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS-BRASIL), adaptada para crianças. Foram investigados os domínios que mais e menos contribuíram para o comportamento ansioso infantil e comparados os escores desses domínios entre meninos e meninas, a fim de identificar possíveis variações de ansiedade entre os gêneros. Além disso, buscou-se analisar variações nos níveis de ansiedade conforme a faixa etária dos participantes. A análise dos dados será apresentada conforme os resultados na Tabela 1, que inclui os valores de referência para média, desvio-padrão e valor de p na comparação entre os sexos, e na Tabela 2, que exhibe os valores de referência na comparação entre diferentes faixas etárias (≤ 8 e > 8).

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam importantes nuances sobre a manifestação da ansiedade em crianças, com foco nas diferenças de gênero e faixa etária.

A análise comparativa entre meninos e meninas revelou uma diferença significativa apenas no domínio da *Fobia Social*, com as meninas apresentando médias mais altas do que os meninos, o que sugere uma maior prevalência de comportamentos ansiosos relacionados a situações sociais neste grupo. Esse achado é consistente com outros estudos na literatura que indicam que as meninas, especialmente na infância e na

adolescência, tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade social do que os meninos. No estudo de Chavira & Stein (2005) em uma população infanto-juvenil norte-americana com idade entre 8 e 17 anos, a taxa de prevalência de fobia social se apresentou em torno de 2,5% com maior prevalência em meninas.

Em um estudo conduzido por Fernandes & Terra (2008) em Porto Alegre, uma amostra de 493 alunos entre 10 e 18 anos foram submetidos ao Inventário de Fobia Social (SPIN). Dos resultados obtidos, 114 participantes (23,12%) apresentaram escores superiores ao escore médio (19 pontos) estabelecido pelo instrumento, com variação entre 19 e 61 e uma média de 27,5 pontos (DP = 8,92). Entre esses adolescentes com escores superiores, 43(37,72%) eram do sexo masculino e 71 (62,28%) eram do sexo feminino.

A maior sensibilidade das meninas a questões sociais e o desenvolvimento emocional mais precoce podem ser fatores que contribuem para essa diferença. Susan Nolen-Hoeksema (2012) defende que meninas e meninos recebem educações diferentes quanto às emoções, as meninas são incentivadas a expressar sentimentos e a valorizar as relações interpessoais de forma mais precoce. Esse processo de socialização aumenta a sensibilidade das meninas a questões sociais e emocionais e as leva a internalizar mais suas preocupações e emoções. Como resultado, elas desenvolvem uma responsabilidade emocional maior, o que intensifica a preocupação com julgamentos sociais e eleva a disposição a comportamentos ansiosos e fobia social.

Além disso, é importante destacar que os desvios padrão semelhantes entre meninos e meninas indicam que a variabilidade nas respostas ansiosas é comparável, sugerindo que, embora as meninas apresentem níveis mais elevados de ansiedade social, a distribuição do fenômeno entre os gêneros é relativamente homogênea.

Nos domínios com médias elevadas, como Ansiedade Generalizada e Transtorno Obsessivo Compulsivo, os desvios-padrão são relativamente altos o que indica uma variabilidade nos escores de ansiedade entre os participantes. Essa dispersão sugere que, embora as médias de ansiedade nestes domínios se mantenham semelhantes entre os gêneros, as respostas individuais apresentam variações substanciais, refletindo diferentes experiências e sensibilidades no grupo. Barlow(2002) discute como diferenças individuais, incluindo experiências de vida e vulnerabilidades pessoais, influenciam a

manifestação de transtornos de ansiedade em homens e mulheres, destacando que, embora as médias de ansiedade entre os gêneros possam ser parecidas, as variações internas refletem nuances significativas, como resposta a estressores específicos e níveis de sensibilidade emocional.

No domínio de Fobia Social, as meninas apresentam uma média significativamente mais elevada em comparação aos meninos, o que aponta uma diferença entre os gêneros. O desvio-padrão neste domínio também é elevado evidenciando uma ligeira dispersão dos escores. Por outro lado, domínios com médias mais baixas, como Lesão Física, apresentam desvios-padrão menores sugerindo uma variabilidade menos expressiva e uma resposta mais homogênea entre os participantes. Essa menor dispersão pode indicar uma convergência nas percepções ou experiências de ansiedade associadas a esse fator específico

A análise dos desvios-padrão é fundamental para compreender a amplitude e a variabilidade das respostas emocionais das crianças, orientando intervenções direcionadas conforme o perfil de cada domínio e suas especificidades.

Em um estudo realizado por Fernandes e Terra (2008) sobre a prevalência de fobia social em estudantes do ensino fundamental e médio, os resultados indicaram que a maior parte dos participantes com alto índice de comportamentos fóbicos sociais eram do sexo feminino.

A perspectiva de Britto (2013) é fundamental para entender essas diferenças, pois enfatiza que o comportamento deve ser interpretado em interação com o ambiente. Fatores sociais e de gênero, incluindo o impacto dos processos de socialização, podem afetar a maneira como diferentes grupos regulam emoções, contribuindo para o desenvolvimento de comportamentos ansiosos como a Fobia Social. A maior incidência de Fobia Social em meninas pode ser atribuída a processos de socialização que incentivam a conformidade e a preocupação com a aceitação social. A internalização de problemas emocionais é um fenômeno frequentemente observado em meninas, resultando em níveis mais altos de ansiedade. Além disso, o estudo de Keenan et al. (2016) ressalta a influência das expectativas sociais na expressão da ansiedade, demonstrando que meninos tendem a externalizar suas ansiedades por meio de comportamentos

agressivos, enquanto meninas frequentemente internalizam seus sentimentos, levando a manifestações de ansiedade mais sutis. Essa diferença na forma como os gêneros experienciam e expressam a ansiedade sublinha a necessidade de intervenções adaptadas às características específicas de cada grupo.

A similaridade nos desvios padrão entre meninos e meninas sugere que, embora as médias de ansiedade variem, a intensidade da experiência emocional pode ser comparável. Portanto, as intervenções devem ser sensíveis às especificidades de gênero, abordando não apenas as diferenças nas médias, mas também as especificidades das manifestações emocionais de cada grupo.

Ao examinar a tabela 2, a análise dos dados sugere uma tendência importante em relação ao aumento da ansiedade em crianças à medida que envelhecem, especialmente para aquelas com mais de 8 anos. Apesar da diferença entre as médias serem baixas, valores ligeiramente maiores foram observadas para Ansiedade Generalizada, Fobia Social e Síndrome do Pânico e Agorafobia. Os achados indicam que essas condições tendem a se intensificar na transição entre a primeira infância e a pré-adolescência. A ansiedade generalizada afeta de maneira expressiva a qualidade de vida. É comum que crianças mais novas não consigam identificar que seus medos são desproporcionais. Crianças e adolescentes com esse transtorno tendem a exibir preocupações com seu desempenho e pontualidade, e tendem a expressar perfeccionismo e insegurança de forma desproporcional ao contexto vigente (Costa, 2010).

As manifestações dessa condição em crianças apresentam diferenças em relação àquelas observadas em adultos, considerando os estágios de desenvolvimento e as limitações cognitivas que podem obstruir a compreensão do problema. Comportamentos frequentemente identificados em crianças incluem choro, explosões de raiva, imobilidade, apego a figuras familiares, e percepção constante de estar na iminência de ameaça. O fato de Ansiedade Generalizada e Fobia Social apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários reforça que esses são aspectos de ansiedade particularmente sensíveis ao avanço da idade. Um estudo conduzido por Bögel e Zigterman (2000) evidenciou que crianças e adolescentes com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) frequentemente têm uma percepção negativa sobre sua

capacidade de enfrentar situações cotidianas, especialmente aquelas que envolvem o julgamento de outras pessoas.

Conforme a American Psychiatric Association (2014), o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em crianças requer uma avaliação criteriosa para identificar a presença de outras condições mentais, uma vez que as preocupações manifestadas podem ser mais bem explicadas por um desses diagnósticos. O TAG é compreendido como um conjunto de comportamentos ansiosos que se enquadram nos critérios específicos estabelecidos pelo DSM-5. O início desse transtorno é frequentemente insidioso, o que dificulta para os responsáveis a identificação de um momento exato de surgimento, relatando, em geral, que os manifestações se intensificaram ao longo do tempo até refletir em expressiva disfunção comportamental da parte da criança. Comumente, é nesse ponto que muitos recorrem à ajuda profissional.

Devido a uma autocrítica excessiva, elas tendem a ser perfeccionistas e a desenvolver distorções cognitivas que transformam um pequeno erro em uma grande falha. Como a ascensão dos comportamentos ansiosos e a percepção das consequências ambientais subjacentes à interpretação das variáveis ansiogênicas, essas crianças costumam desenvolver comportamentos mais reclusos em suas interações sociais, faltar compromissos com mais frequência ou até mesmo começar a negligenciar suas atividades diárias. A Ansiedade Generalizada pode estar ligada ao aumento de pressões e expectativas sociais, comuns a partir dessa faixa etária, o que favorece a internalização de preocupações sobre o futuro e o desempenho pessoal (Frota et al., 2022)

A Fobia Social pode refletir uma maior autopercepção e medo de julgamento, aspectos que também se acentuam com o desenvolvimento social e emocional na transição da infância para a adolescência.

Estudos epidemiológicos realizados com adolescentes apontam que a prevalência do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) varia entre 1,9% e 3,0% nos Estados Unidos, e entre 2,3% e 4,1% em outros países. A distribuição entre os sexos apresenta variações conforme as diferentes idades, com maior incidência em meninos durante a infância. (Rosário-Campos & Mercadantes, 2000). Com base nos dados desta pesquisa, as menores diferenças de médias e a ausência de significância estatística para o TOC,

tanto na variável sexo quanto na variável idade, sugerem que esse domínio pode apresentar características de desenvolvimento relativamente independentes da faixa etária e sexo. Esses achados indicam que, embora existam preocupações com lesão física e comportamentos obsessivo-compulsivos, esses aspectos não demonstram intensificação significativa com o avanço da idade até os 11 anos.

Em suma, os achados deste estudo destacam a importância de considerar tanto o gênero quanto a idade ao avaliar a ansiedade infantil, pois diferentes padrões de resposta podem ser observados entre meninos e meninas, assim como entre crianças de diferentes faixas etárias. A fobia social e a ansiedade generalizada, por exemplo, parecem se intensificar à medida que as crianças envelhecem, refletindo uma mudança no tipo e na intensidade das preocupações ansiosas à medida que as demandas sociais e cognitivas aumentam.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa demonstram padrões diferenciados de ansiedade entre meninos e meninas, além de uma evolução dos níveis de ansiedade relacionada à idade, especialmente nos domínios de Ansiedade Generalizada e Fobia Social. Esses achados são respaldados por uma sólida base na literatura, que sublinha a complexidade do desenvolvimento da ansiedade em crianças. A prevalência da Fobia Social em relação ao Transtorno de Ansiedade Generalizada reflete um aumento na percepção dos medos e do estado de alerta em relação a variáveis ambientais à medida que a infância avança. O estudo enfatiza a relevância da Fobia Social nas meninas, apontando para as pressões sociais e expectativas comportamentais que impactam mais intensamente o sexo feminino desde cedo. A complexidade das manifestações de ansiedade na infância indica a urgência de estudos mais detalhados, sugerindo que pesquisas futuras devem elucidar os padrões de ansiedade em diferentes grupos etários e áreas específicas. Observou-se uma alta incidência de manifestações de Fobia Social em adolescentes, contrastando com uma menor prevalência na amostra de crianças. Essa realidade reforça a necessidade de uma abordagem holística na avaliação e tratamento da ansiedade infantil, assim como a consideração de fatores socioeconômicos. Os dados sublinham a importância de

intervenções precoces e adaptadas para cada faixa etária, especialmente para Ansiedade Generalizada e Fobia Social em crianças que estão entrando na pré-adolescência. Compreender essas nuances pode ajudar responsáveis, educadores e profissionais de saúde a identificar e manejar melhor manifestações de ansiedade específicos para essa idade, prevenindo possíveis impactos na vida adulta. Portanto, um entendimento mais profundo dos padrões de ansiedade na infância é fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes e adaptadas às necessidades das crianças.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BAPTISTA, A., CARVALHO, M., & LORY, F. (2005). **O medo, a ansiedade e as suas perturbações**.
- BARLOW, D.H. (2002). **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic** (2nd ed.). The Guilford Press.
- BECK, A.T., EMERY, G., & GREENBERG, R.L. (2005). **Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective**. Basic Books/Hachette Book Group.
- BÖGELS, S.M. & ZIGTERMAN, D. (2000). **Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder**. Journal of Abnormal Child Psychology, 28 (2), 205-211.
- BRITTO, I. A.G.S. (2013). **Abordagem funcional para o ataque de pânico e a ansiedade**. Em: A. B. Pereira (Org.), Psicologia da PUC Goiás na Contemporaneidade, (pp 15-28). Goiânia: Editora da PUC Goiás;
- CHAVIRA, D.A. & STEIN, M.B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. **Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, 14 (4), 797-818.
- COSTA, C.Z.G. (2010). **Comparação entre clomipramina e fluoxetina para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes**. 165 f. Dissertação. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo.
- DESOUZA, D.A., PETERSEN, C.S., BEHS, R., MANFRO, G.G., & KOLLER, S.H. (2012). Brazilian Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, 34(3), 147–153. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892012000300006>.
- FERNANDES, G.C., & TERRA, M.B. (2008). **Fobia social: estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre**. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 57(2), 122–126. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852008000200007>.
- FERNANDES, L.F.B., CARVALHO, F.A., IZBICKI, S., & MELO, M.H.S. (2014).

Prevenção Universal de ansiedade na infância e adolescência: Uma revisão sistemática. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 83-99. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p83-9.

FIELD, A.P., & SILVERMAN, W.K. (2011). **Anxiety Disorders in Children and Adolescents**. Cambridge University Press.

FROTA, I.J., DE MOURA FÉ, A.A.C., DE PAULA, F.T.M., DE MOURA, V.E.G.S., & CAMPOS, E.M. (2022). Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *Journal of Health & Biological Sciences*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3971.p1-8.2022>.

GUANCINO, L., TONI, C. G. D. S., & BATISTA, A. P. (2020). Prevenção de Ansiedade Infantil a partir do Método Friends. *Psico-USF*, 25(3), 519–531. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250310>.

MARIANI, D., SOPRANA, P., PRETTO, N., & FRANCO, M. (2024, 31 de maio). **Registros de ansiedade entre crianças e jovens superam os de adultos pela 1ª vez no Brasil**. Folha de S.Paulo. <https://www1.folha.uol.com.br/folhateen/2024/05/registros-de-ansiedade-entre-criancas-e-jovens-superam-os-de-adultos-pela-1a-vez.shtml#:~:text=Com%20um%20crescimento%20expressivo%20nos,mil,%20considerando%20dados%20de%202023>.

NOLEN-HOEKSEMA, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>.

PSICOLOGIA, 19(1/2), 267–277. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.407>.

ROSARIO-CAMPOS, M.C., MERCADANTE, M. T. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (suppl 2), 16–19. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462000000600005>.

SILVA, W.V.D., & FIGUEIREDO, V.L.M.D. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 329–335. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000400014>.

SKINNER, B.F. (1953). **Science and human behavior**. Macmillan.

SPENCE S.H. (1998). **A measure of anxiety symptoms among children**. *Behav Res Ther*. 36:545-66.

VAZ, M.E.R., DUARTE, P.F., & LIMA, R.N. (2022). ANSIEDADE GENERALIZADA EM CRIANÇAS E SEUS SINAIS E manifestações. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação*, 8(7), 787–797. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i7.6182>.

Submissão: outubro de 2025. Aceite: novembro de 2025. Publicação: abril de 2026.