

MARIA NAZARÉ SOARES BRITO DO RIO

**PREOCUPAÇÕES PARENTAIS E PREOCUPAÇÕES DE
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA**

Orientador: Professora Doutora Ana Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

MARIA NAZARÉ SOARES BRITO DO RIO

**PREOCUPAÇÕES PARENTAIS E PREOCUPAÇÕES DE
CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com o Despacho Reitoral nº344/2018 com a seguinte composição de júri:

Presidente-Professora Doutora Patrícia Pascoal

Arguente: Professora Doutora Ana Prioste

Orientador: Professora Doutora Ana Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

Agradecimentos

Primeiramente agradecer aos meus pais e meu irmão por todo apoio em todos os níveis, sem eles não era possível.

Agradecer também a minha orientadora Professora Doutora Ana Beato por toda ajuda e sabedoria que foram essenciais neste processo tão complexo. Obrigada por todas as palavras nos momentos certos.

Ao João Pedro, meu namorado por todo o apoio, todas as palavras de encorajamento nesta fase, foram sem dúvida essenciais neste percurso.

Aos meus amigos pela paciência, pelo apoio constante e por ouvirem os meus desabafos nos momentos em que tudo parecia tão imenso e intenso.

A todos um muito obrigado.

Resumo

As perturbações de ansiedade encontram-se entre os problemas de saúde mental mais comuns na infância e adolescência, sendo a perturbação de ansiedade generalizada (PAG) uma das mais frequentes e com acentuado sofrimento na criança e interferência em vários domínios do funcionamento. Tendo os pais um papel fulcral no crescimento e ajustamento saudável dos seus filhos, importa explorar de que modo se adaptam e como percebem a criança, assim como as suas dificuldades, uma vez que é deles que depende a tomada de decisão acerca da procura de apoio. Este estudo tem como objetivos principais: caracterizar as principais preocupações, sintomas de ansiedade e o respetivo grau de interferência em crianças com diagnóstico principal e secundário de PAG; e explorar as principais preocupações dos seus pais em relação à criança e percepção da interferência da ansiedade dos filhos. Participaram no estudo 30 crianças (9-12 anos; 53.3% do sexo feminino) com diagnóstico de PAG e os respetivos pais (66.7% mães). O estudo é exploratório, misto e transversal. Os instrumentos utilizados foram as entrevistas semiestruturadas *Anxiety Disorder Interview Schedule for Children–(ADIS-IV)* para avaliar o diagnóstico e sintomatologia de ansiedade nas crianças e *Ansioso por saber* para explorar as preocupações dos pais em relação às crianças. Os resultados mostram que a escola e a saúde dos outros são as principais fontes de preocupação das crianças com PAG. Por sua vez, a principal preocupação dos seus pais é a escola. Deste modo, verificou-se que pais e crianças tendem a confluir nas preocupações em relação às questões escolares, o que pode remeter para a possível influência intergeracional de focos de preocupação e ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade infantil, ansiedade generalizada, preocupações, interferência da ansiedade.

Abstract

Anxiety disorders are among the most common mental health problems in childhood and adolescence, with generalized anxiety disorder (PAG) being one of the most frequent and with severe suffering in the child and interference in several areas of functioning. With parents having a central role in the growth and healthy adjustment of their children, it is important to explore how they adapt and how they perceive the child, as well as their difficulties, since it is up to them to make a decision about seeking support. The main objectives of this study are to characterize the main concerns, anxiety symptoms and their degree of interference in children with primary and secondary PAG diagnosis; and explore the main concerns of their parents regarding the child. The study included 30 children (9-12 years old, 53.3% female) diagnosed with GAP and their parents (66.7% mothers). The study is exploratory, mixed and transversal. The instruments used were the semi-structured interviews Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - (ADIS-IV) to evaluate the diagnosis and symptom of anxiety in children and eager to know to explore the concerns of parents towards children. The results show that school and the health of others are the main sources of concern for children with PAG. In turn, the main concern of their parents is the school. Thus, it has been found that parents and children tend to converge on concerns about school issues, which may refer to the possible intergenerational influence of outbreaks of worry and anxiety

Key words: Infant anxiety, generalized anxiety, worries, anxiety interference

Abreviaturas

APA	American Psychological Association
ADIS-IV	Anxiety Disorder Interview Schedule-IV
CEDIC	Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Clínica
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
DGDIC	Direção Geral par ao Desenvolvimento e Inovação Curricular
PA	Perturbação de Ansiedade
PAG	Perturbação de Ansiedade Generalizada
SPSS 24	IBM Statistical Package for Social Sciences, versão 24

Índice

Introdução	9
Perturbação de ansiedade na infância e adolescência	9
Perturbação de ansiedade generalizada	10
Influência parental na ansiedade das crianças	12
Pertinência do estudo	14
Objetivo geral	15
Objetivos específicos	15
Método	16
Desenho de investigação	16
Participantes	16
Instrumentos	19
Questionário Sociodemográfico	19
Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).	19
Entrevista semiestruturada “Ansioso por Saber”	20
Procedimentos recolha de dados	20
Procedimento de análise de dados	21
Resultados	22
Preocupações das crianças	22
Preocupações das crianças	23
Interferência da ansiedade nas crianças por diagnóstico	24
Interferência da ansiedade em função do sexo da criança	24
Sintomatologia sentida pelas crianças por diagnóstico	25
Sintomatologia das crianças	26
Grau de interferência da ansiedade percecionado pelos pais	26
Preocupações parentais	27
Discussão	28
Limitações do estudo	30
Implicações do estudo	30
Referências	32
Anexos	39

Anexo I. Dados sociodemográficos	40
Anexo II. Entrevista semi-estruturada “Ansioso por Saber” (Beato, 2016)	43
Anexo III. Consentimento Informado.....	55
Anexo IV. Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).....	56
Anexo V. Descrição das Categorias	60
Anexo VI Exemplo de análise de uma das entrevistas	61

Introdução

A ansiedade pode ser definida como uma emoção básica caracterizada por uma sensação de apreensão e de medo. A mesma está presente na vida de todos os seres humanos, podendo ser conceptualizada como normativa ou patológica. É uma emoção que surge quando uma situação é interpretada como perigosa. Esta emoção tem um conjunto de respostas somáticas e cognitivas (e.g. de fuga, imobilidade, defesa agressiva ou de submissão) para assim conseguir lidar com estímulos interpretados pelo indivíduo como ameaçadores (Albano, Chorpita & Barlow, 2003).

A ansiedade normativa tem um papel protetor nas diversas situações do dia-dia, tendo a função principal de nos proteger dos perigos e alertar o indivíduo para situações novas ou ameaçadoras e permite a execução rápida de ações (fuga, imobilidade, defesa agressiva, submissão) para lidar com essas situações (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). Por sua vez, a ansiedade patológica tende a ser mais frequente, intensa e duradoura, estando por isso associada a um maior impacto negativo na vida do sujeito (Curjo & Marques, 2009). A ansiedade, na sua forma patológica, provoca nas crianças um elevado sofrimento e limitações tendencialmente severas, tendo um forte impacto no seu dia-a-dia (e.g. Essau et al., 2000; Velting, Setzer, & Albano, 2004). Alguns autores especificam vários aspetos da vida das crianças profundamente afetados pela ansiedade patológica, tais como o percurso escolar, as relações com os pares, e o funcionamento familiar (Albano et al., 2001; Essau et al., 2000). Outros referem o carácter crónico das perturbações da ansiedade infantil e consequente persistência na idade adulta, ou, ainda, a sua atuação como um fator de risco para o desenvolvimento de outras perturbações mentais (Cartwright-Hatton et al., 2006; Costello et al.).

Perturbação de ansiedade na infância e adolescência

As perturbações de ansiedade são as perturbações psiquiátricas mais prevalentes (10-27%) em crianças e jovens na população geral, tendo prejuízos consideráveis no funcionamento social e académico (Carthy, Horesh, Apter & Gross, 2010; Drake & Ginsburg, 2012; Fisak, Richard & Mann, 2011; Francis & Chorpita, 2010; Kendall, Furr & Podell, 2010; Legerstee et al., 2010). Uma criança com diagnóstico de perturbação de ansiedade apresenta um risco aumentado para desenvolver outras perturbações psiquiátricas como depressão. (Nanda, Kotchick & Grover, 2012; Rappe, Schniering & Hudson, 2009). Tradicionalmente considerava-se que as perturbações de ansiedade eram quase inexistentes em crianças,

sobretudo comparando com as perturbações de comportamento. Com o aumento do interesse e investigação hoje as perturbações de ansiedade são das perturbações mentais mais comuns em crianças e adolescentes (Muris, Mayer, Bartelds, Tierny, & Bogie, 2001). Num estudo longitudinal com 1420 crianças, dos 9 e os 16 anos de idade, a existência do diagnóstico de PA entre os 9 e os 13 anos poderá predizer problemas de ansiedade aos 16 anos (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Segundo Craske (1997) as perturbações de ansiedade mais frequentes na infância e na pré-adolescência são a PAG com prevalência entre os 2,7% e os 12,4%; a PAS, surgindo em cerca de 0,7% e os 12,9% dos casos; a FE apresenta uma prevalência de cerca de 2,4% a 9,2% e a AS de cerca de 0,9% e 1,1%.

As perturbações de ansiedade dificultam a autonomização futura da criança e têm sido associadas ao impacto negativo no desenvolvimento pessoal, escolar e relações interpessoais (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). Na infância e adolescência não existe um padrão de sintomas de ansiedade ou critérios fixos, podendo assim haver diferenças de criança para criança. Por isso mesmo, torna-se relevante avaliar a frequência dos sintomas, a gravidade, o desenvolvimento e a evolução para assim conseguir intervir de forma mais adequada (Fonseca, 1998).

Sendo assim torna-se é importante adotar uma perspetiva desenvolvimentista relativamente às perturbações psicológicas, como é o caso das perturbações de ansiedade, no sentido de compreender o que é expectável em termos de progressão nas diferentes fases de desenvolvimento e clarificando aquilo que se traduz numa adaptação bem ou malsucedida, face aos desafios desenvolvimentistas que são impostos às crianças (Garber, 1984). A abordagem da psicopatologia do desenvolvimento tem-se revelado importante no estudo do padrão individual do comportamento e desenvolvimento do ser humano (Garber, 1984; Soares, 2000). A distinção entre os comportamentos adaptativos ou desadaptativos permite a delimitação do que é normativo (ou não) em função da faixa etária.

Quando não tratadas, as PA podem afetar tarefas de desenvolvimento fundamentais para o bem-estar, tais como, terminar a escolaridade, adquirir independência financeira, desenvolver autonomia e obter um emprego (Albano, *et al.*, 2003). As perturbações de ansiedade são ainda consideradas um fator de risco para o desenvolvimento posterior de outras perturbações de ansiedade, de humor e abuso de substâncias (Costello, *et al.*, 2003).

Perturbação de ansiedade generalizada

As perturbações de ansiedade possuem várias semelhanças, mas também algumas especificidades e distinções entre si. No que diz respeito a PAG, prevê-se que 0.7% a 12.9%

das crianças apresente esta perturbação, tornando-se assim a segunda perturbação de ansiedade com maior prevalência (Craske, 1997). O National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), principal estudo epidemiológico norte-americano, que avaliou 9.282 pessoas da comunidade, encontrou prevalência de 5,7% de PAG durante a vida, enquanto estudos europeus chegaram a relatar prevalência de até 6,9%.

A principal característica da perturbação de ansiedade generalizada reflete-se na preocupação e apreensão expectante, exageradas em relação a situações ou acontecimentos, como também a dificuldade em controlar a preocupação.

De acordo com o DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, APA, 2003*), a ansiedade generalizada é caracterizada por (a) ansiedade e preocupação excessiva que ocorre na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses, relativamente a múltiplos acontecimentos ou atividades; (b) a pessoa tem dificuldade em controlar a sua preocupação e (c) a ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seguintes sintomas: (1) inquietação, tensão ou nervosismo; (2) fadiga fácil; (3) dificuldade de concentração; (4) irritabilidade; (5) tensão muscular e (6) perturbação do sono. Crianças com PAG podem ter preocupações consigo ou com outros sobre diferentes domínios (e.g., perfeccionismo, pontualidade, saúde e segurança, eventos catastróficos. Entre os principais estão testes, agressão física, futuro, a escola). O tipo de preocupações que as crianças sentem bem como o grau de impacto destes sintomas têm sido pouco explorados na literatura, sendo assim relevante estudar estes fatores.

Apesar do crescente interesse nas perturbações de ansiedade na infância e adolescência, poucos estudos procuraram caracterizar e compreender a PAG enquanto entidade diagnóstica específica, sendo assim crianças com esta perturbação demonstram ser perfeccionistas manifestando distorções cognitivas que as levam a acreditar que um pequeno erro é um sinal de fracasso. Estas crianças tendem a evitar atividades que não dominem ou nas quais percecionem que a sua prestação não será perfeita, e a serem excessivamente autocriticas, necessitando de constante validação por parte dos principais cuidadores/educadores (Flannery-Schroeder, 2004). É também frequente estas crianças necessitarem que alguém as tranquilize pois antecipam que várias situações podem correr mal (e.g., ter má nota, ser repreendido pelo professor, receio de que os pais divorciem). Crianças com esta perturbação têm habitualmente dificuldade em relaxar e apresentam com frequência diversas queixas somáticas (Asbahr, 2004).

Existe dificuldade em diagnosticar esta perturbação em crianças, pois muitos pais pensam que o seu filho é apenas preocupado e responsável, sendo assim torna-se relevante explorar o tema para elucidar os pais do problema (Grillo& Silva 2004).A preocupação por ter um caracter excessivo, persistente, preocupações como o desempenho na escola, as relações sociais, a saúde e ruminações acerca de problemas passados e futuros, torna-se importante explorar estes temas. Para se realizar um diagnóstico, é necessário que estas preocupações tenham como consequência incapacidades e problemas na rotina diária da criança.

No que diz respeito ao género,não foram encontrados dados que comprovassem a diferença entre a presença da Perturbação de Ansiedade Generalizada em meninos e meninasaté ao início da adolescência (Kendall &Warman, 1996). É apenas a partir desta fase, depois dos 12 anos, que a prevalência desta perturbação de ansiedade, passa a ser maior no sexo feminino. Esta prevalência mantém-se constante durante a vida adulta.

Influência parental na ansiedade das crianças

A compreensão do desenvolvimento e manutenção da ansiedade infantil remete, também, para o importante papel dos pais e da sua relação com a ansiedade das crianças (e.g. Burstein&Ginsburg, 2010; Ginsburg&Schlossberg, 2002). Existem diferentes fatores de risco que podem vir desenvolver ou manter uma perturbação de ansiedade na infância, estes são, fatores individuais (e.g., genética, vinculação insegura), fatores familiares (e.g., exercício parental, presença de perturbação de ansiedade) e os fatores ambientais/socioculturais (e.g., cultura, exposição a eventos traumáticos) (Pereira, Barros, Mendonça, & Muris, 2013).

Fatores que podem ajudar ao desenvolvimento de uma perturbação de ansiedade são os medos excessivos, habitualmente adquiridos a partir de experiências negativas em interação com o ambiente (Murryet al., 2009). Assim as experiências de vida negativas potencializam o surgimento de cognições negativas e comportamentos desajustados (Chorpita&Barlow, 1998).

Existem dois fatores individuais que têm um papel fundamental na explicação e manutenção dos problemas de ansiedade: os comportamentos de evitamento e as distorções cognitivas. O comportamento de evitamento é responsável pela manutenção e aumento do problema de ansiedade, uma vez que minimizam as oportunidades de confronto perante os estímulos que causam desconforto (Muris, 2006). No que diz respeito às distorções cognitivas, estas refletem pensamentos não adaptativos e disfuncionais, reforçando a perceção

do mundo como ameaçador e inseguro e contribuindo para a manutenção dos problemas de ansiedade (Barrett et al., 1996).

Os fatores de risco associados aos pais têm vindo a receber relevo na literatura, entre os quais se encontram a ansiedade, os medos e as cognições dos pais, associados às suas percepções negativas sobre as características e capacidades das crianças, têm sido investigados e associados à ansiedade dos filhos (e.g. Burstein & Ginsburg, 2010; Ginsburg & Schlossberg, 2002). No estudo de Muris e colegas (1996), foi analisada relação entre os medos dos pais e os medos das crianças e verificaram que, apesar da ansiedade dos pais se relacionar com a ansiedade das crianças, apenas os medos das mães se relacionaram com os medos das crianças. Por sua vez, Bögels e colaboradores (2003) analisaram a relação entre os medos dos pais e a ansiedade das crianças e não encontraram uma associação entre essas variáveis. Porém, quando avaliados apenas os medos das mães, os resultados demonstraram uma relação entre essa variável materna e a ansiedade dos filhos. Estes estudos e os seus resultados indiciam diferentes possíveis relações entre os medos e ansiedade dos pais, e a ansiedade das crianças.

A psicopatologia dos pais parece também estar associada à transmissão de ansiedade às crianças. Mais especificamente, um dos fatores preditores que mais tem vindo a estar associado com a ansiedade infantil é a própria ansiedade parental. Vários estudos têm relatado uma associação significativa entre perturbações de ansiedade em membros da mesma família. Especificamente, filhos de pais com perturbações de ansiedade têm maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de ansiedade (Beidel & Turner, 1997; Merikangas, Dierker & Szatmari, 1998), comportamentos ansiosos dos pais estão associados a ansiedade nos filhos (Pereira, et al., 2013). Pais ansiosos podem estar mais propensos a superproteger os seus filhos devido ao seu próprio viés cognitivo para ameaça, aumentando a percepção de perigo, bem como a sensibilidade ao sofrimento dos filhos (Hudson & Rapee, 2004). Além disso, pais com altos níveis de ansiedade podem estar mais propensos a manifestar negatividade perante os filhos como resultado da sua baixa percepção de controlo sobre o comportamento ansioso do seu filho (Wheatcroft & Creswell, 2007).

A transmissão da ansiedade de pais para filhos pode ser explicada a partir de mecanismos mais diretos, nomeadamente através de fatores genéticos, do incentivo e modelagem de verbalizações, de comportamentos ansiosos e vulnerabilidade da criança, mas também promovida de forma indireta em que os fatores de risco das crianças (e.g., temperamento) podem interferir no desenvolvimento de estilos parentais menos adequados,

através de cognições e comportamentos dos pais (i.e., incentivo ao evitamento, superproteção) (McLeod et al., 2007; Burstein&Ginsburg, 2010; Gar&Hudson, 2008; Wong&Rapee, 2016).

Os processos cognitivos parentais envolvem os pensamentos, conhecimentos, percepções, expectativas, valores e crenças que os pais têm acerca do desenvolvimento dos seus filhos. O processo cognitivo tem influência sobre os comportamentos e emoções dos membros da família (Bugental&Johnston, 2000).

Vários modelos têm sugerido que os pais transmitem verbalmente pensamentos, significações e preocupações potencialmente geradores de ansiedade perante situações que interpretam como ameaçadoras para si próprio e/ou para os seus filhos (i.e., expressões que reforçam ansiedade ou evitamento), podendo assim modelar cognições e percepções de ameaça nos filhos (Creswell et al., 2011).

As verbalizações dos pais focadas em aspetos relacionados com percepções de ameaça; com expectativas negativas sobre a criança; e, com percepções sobre a falta de habilidades das crianças para lidar com as situações, poderão exercer uma influência negativa no desenvolvimento das características cognitivas das crianças, promovendo cognições ansiosas (Bögels et al., 2003; Fisak&Grills-Tauchel, 2007). Em suma, o comportamento parental ocupa um papel central na compreensão do desenvolvimento normativo e atípico da criança (Cummings, Davies&Campbell, 2000). Inicialmente, apesar de muitas vezes o foco da investigação se debruçar sobre fatores de transmissão de pais para filhos, (Grolnick&Gurland, 2002) os resultados da investigação empírica começaram a sugerir que existe uma relação bidirecional entre o comportamento dos pais e o comportamento das crianças. Por exemplo, vários estudos têm demonstrado que o comportamento parental está relacionado com o desenvolvimento de ansiedade nos filhos do mesmo modo que a presença de sintomatologia ansiosa nas crianças parece interferir e determinar o comportamento dos progenitores (Hudson&Rapee, 2001)

Pertinência do estudo

A falta de entendimento desta patologia nas crianças faz com que a procura de ajuda seja pouca deixando assim em aberto o desenvolvimento da perturbação. No estudo de Lynham e Rapee (2007), os autores verificaram que apenas 32% das crianças identificadas como tendo uma perturbação de ansiedade já tinham recorrido a ajuda profissional. Segundo os resultados do estudo, 81% das mães reconheceram problemas de externalização nos filhos,

mas apenas 54% das mães reconheceram sintomatologia de ansiedade. Os autores apontam, assim, para a identificação parental do problema como ponto essencial na procura de ajuda.

Com base na revisão bibliográfica foram identificadas algumas limitações que conduziram à formulação dos objetivos do presente estudo. Crianças com PAG demonstram ser preocupadas e exigentes sendo assim importante perceber como estas crianças são para conseguir intervir, bem como ajudar os seus pais a lidar com os obstáculos. Não existem estudos que caracterizem os tipos de preocupações ou que tentem perceber se estas crianças são mais predispostas, sendo assim torna-se relevante perceber como estas crianças se sentem. Torna-se relevante estudar e perceber o que realmente preocupa estas crianças na idade escolar, bem como quais as principais preocupações que os pais têm em relação aos seus filhos, não existem estudos que se foquem nas principais preocupações dos pais e dos seus filhos, podendo os pais reforçar as preocupações dos filhos.

Este estudo procura perceber e caracterizar melhor as crianças com PAG pois, existem muitos estudos sobre crianças ansiosas, mas não especificam a perturbação de ansiedade. Torna-se também relevante este estudo, pois irá explorar a interferência da ansiedade nas crianças, bem como nos seus pais, dando assim uma visão de como cada um percebe a ansiedade da criança.

Este estudo tem a particularidade de incluir mães e pais, dando a possibilidade de perceber que tipo de preocupações as mães têm quais as que os pais têm. Esta relação entre preocupação parental e a criança pode ter influência na forma como a criança cresce e como pode a vir encarar o mundo exterior com mais ou menos ansiedade.

Objetivo geral

O principal objetivo da investigação consiste em explorar as principais preocupações em crianças com PAG, bem como as principais preocupações dos seus pais em relação às crianças.

Objetivos específicos

Identificam-se os seguintes objetivos específicos.

- Descrever as principais áreas de preocupação em crianças com diagnóstico principal e secundário de PAG;

- Caracterizar os diversos sintomas de ansiedade em crianças com diagnóstico principal ou secundário PAG, do sexo feminino e do sexo masculino
- Descrever a perceção do grau de interferência da ansiedade das crianças e dos pais
- Identificar as principais preocupações parentais relacionadas com os filhos em pais de crianças com diagnóstico de PAG.

Método

Desenho de investigação

O presente estudo assume um carácter exploratório e tem um desenho misto. Considerando os objetivos da investigação, optou-se por uma abordagem qualitativa, uma vez que esta permite aos investigadores ter acessos a pensamentos e sentimentos dos participantes da pesquisa, possibilitando o desenvolvimento de uma compreensão do significado que as pessoas atribuem às suas experiências (Sutton & Austin, 2015).

Participantes

O presente estudo integra um recorte de uma amostra maior, retirada de um projeto de investigação mais alargado.

Neste estudo participaram 30 crianças, crianças estas que tinham entre 9 e 12 anos, a recolha nesta faixa etária prende-se com o facto de as crianças já terem autonomia para responderem aos instrumentos de avaliação utilizados e foram recrutadas em várias escolas públicas da Grande Lisboa. Destas 30 crianças, 13 do sexo masculino (43,3%) e 17 do sexo feminino (56,7%) com Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Sendo que com diagnóstico principal, 3 (21,4%) do sexo masculino e 9 (56,3%) do sexo feminino. Com diagnóstico secundário, 11 (78,6%) do sexo masculino e 8 (47,1%) do sexo feminino.

Participaram neste estudo 20 mães (66,7%) e 10 pais (33,3%), os critérios de inclusão para a participação no estudo foram: as crianças cumprirem critérios clínicos de diagnóstico para uma PAG, os pais das crianças coabitarem com a criança, e os pais reconhecerem o grau de impacto desta patologia no funcionamento dos seus filhos, tendo esta informação sido recolhida a partir da entrevista ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).

Quadro 1. *Dados sociodemográficos das crianças*

<i>n</i> = 30 (100%)		
Idade	M= 10.21; DP = 0.97; Min. = 9; Máx. = 12	
	Sexo	
	Masculino	Feminino
	13 (43.3%)	17 (56.7%)
	Diagnóstico PAG	
Diagnóstico principal	3 (21.4%)	9 (56.3%)
Diagnóstico secundário	10 (76.9%)	8 (47.1%)

Quadro 2. *Dados sociodemográficos dos pais*

<i>n</i> = 30 (100%)		
Idade do Pai	M = 42 DP = 3.3; Min. = 39; Máx. = 49	
Idade da Mãe	M= 40 DP= 6.56; Min. = 28; Max.= 53	
	Pai	Mãe
	10 (33.3%)	20 (66.7%)
	Habilitações Literárias	
1º ciclo	0	1 (5%)
2º ciclo	0	2 (10%)
3º ciclo	2 (20%)	5 (25%)
Secundário	3 (30%)	2 (10%)
Superior Universitário	3 (30%)	2 (10%)
Pós-Secundário não superior	1 (10%)	1 (5%)
Reformado		
	Estado Civil	
Solteiro/a	1 (10%)	1 (5%)
Casado/a ou em união de facto	8 (80%)	11 (55%)
Divorciado/a ou Separado/a	1 (10%)	3 (15%)
Viúvo/a	0	1 (5%)
	Nível Socioeconómico	
Baixo	3 (30%)	9 (45%)
Médio	6 (60%)	4 (20%)
Médio/Alto	0	3 (15%)

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi preenchida uma ficha sobre os dados sociodemográficos dos pais. Foram recolhidas informações sobre as crianças (e.g. sexo, data de nascimento, dados escolares e acompanhamentos prévios em psicologia ou pedopsiquiatria); sobre a família (e.g., agregado familiar) e sobre os pais (idade, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade e ocupação). No que diz respeito ao nível socioeconómico, estes foram codificados como baixo, médio ou alto.

Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).

A ADIS é uma entrevista semiestruturada de diagnóstico que tem como objetivo principal avaliar a presença de perturbações de ansiedade e perturbações associadas segundo o DSM IV em crianças e adolescentes dos 7 aos 17 anos. Neste estudo foi só avaliado a parte que pertence às crianças (Albano & Silverman, 1996).

Esta entrevista inclui uma versão para os pais, uma versão para crianças e uma adaptação conjunta, a qual foi usada neste estudo. A ADIS está dividida em várias secções que avaliam existência ou não de sintomatologia e se preenche os critérios para ser diagnosticada uma perturbação. No fim de cada uma das secções é perguntado aos pais e a criança qual a interferência da perturbação na vida diária da criança (i.e a nível escolar, familiar e social). A interferência na vida da criança é avaliada numa escala de 0 (nenhuma interferência) e 8 (muitíssima interferência). Como critério de diagnóstico será utilizado o grau de interferência sendo que se o valor igual ou superior a 4 este adquire um diagnóstico clínico se o valor inferior a 4 o diagnóstico sub-clínico (Albano & Silverman, 1996). Foram analisadas todas as questões que correspondem à seção de avaliação da PAG, quais as principais preocupações, grau de interferência e os sintomas associados¹.

¹ Encontra-se em anexo a parte correspondente à PAG da Adis que foi analisada.

Entrevista semiestruturada “Ansioso por Saber”

Esta entrevista semiestruturada é aplicada individualmente aos pais e tem uma duração média de quarenta e cinco minutos. O seu principal objetivo consiste em explorar as significações parentais acerca da ansiedade e da própria criança. Esta entrevista permite também identificar as estratégias usadas para lidar com a ansiedade e medos dos filhos, analisar as cognições, emoções e respostas comportamentais dos pais em situações recentes ocorridas em contexto natural.

No estudo foram analisadas três questões específicas, mais especificamente a questão 7, na qual é perguntado quais as principais preocupações que tem em relação ao seu filho no momento atual. Seguidamente é perguntado quais as áreas, as preocupações que têm em relação ao seu filho/a de acordo com as seguintes áreas de funcionamento (Mostrar folha de registo de preocupações), por fim é pedido aos pais que quais as áreas que mais o preocupam, colocando por ordem hierárquica.

Procedimentos recolha de dados

Este projeto faz parte de um estudo alargado dedicado aos estilos e estratégias parentais para lidar com a ansiedade da criança: o pai é importante? (Beato 2016). Este projeto de investigação foi devidamente submetido e aprovado por comissões nacionais de ética e direção, a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), pela Direção Geral para o Desenvolvimento e Inovação Curricular (DGdIC), pela Comissão Especializada de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e pelas Direções dos agrupamentos de escolas envolvidas no estudo.

Os participantes no projeto foram recrutados a partir da população geral, tendo a seleção da amostra sido efetuada através do procedimento screening multietapas. Os pais destas crianças, foram selecionados de modo aleatório e procedeu-se à aplicação individual da entrevista semiestruturada “Ansioso por saber”, sendo estas aplicadas e transcritas pela investigadora responsável pelo projeto, bem como pelos mestrandos de psicologia clínica e da saúde.

A subamostra do presente estudo constitui um recorte da mesma e teve como critério de inclusão as crianças que obtiveram grau de interferência relativamente à ansiedade, sendo que quem teve maior interferência (superior a 4) com diagnóstico principal e (inferior a 4) diagnóstico secundário de PAG, diagnóstico este, com base nas respostas das crianças e dos

pais à AnxietyDisorderInterviewSchedule for Children - ADIS-IV (Albano, &Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira, & Barros, 2010). Os pais foram posteriormente foram entrevistados individualmente através da entrevista semiestruturada Ansioso por Saber.Convém dizer que as entrevistas tinham a duração média de 45 minutos e que forma aplicadas pela investigadora responsável pelo estudo alargado nas escolas ou locais na comunidade.

Procedimento de análise de dados

Primeiramente as entrevistas foram transcritas na íntegra pela equipa de investigação, havendo assim o primeiro contacto com o material a ser estudado. Posteriormente e tendo em conta os objetivos do estudo, optou-se pela utilização de análise de conteúdo das entrevistas para assim criar categorias e posteriormente recorreu-se ao software *IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, Chicago, IL, USA) versão 24, de forma a realizar procedimentos estatísticos para análise descritiva dos dados de acordo com os objetivos da investigação (estatísticas descritivas) quer das categorias criadas através das entrevistas, bem como, da análise da ADIS.

A análise de conteúdo permite ao investigador compreender o significado que os indivíduos atribuem às suas experiências (Sutton& Austin, 2015), bem como classificar o discurso o entrevistado em categorias (Silva &Fossá, 2015).Os procedimentos recomendados na literatura, o processo de análise seguiu três fases principais: (1) fase de pré-exploração do material; (2) seleção de unidades de análise; (3) processo de categorização e subcategorização (Campos, 2004).

Sendo assim, antes de iniciar a análise dos dados realizou-se a transcrição das entrevistas, de seguida efetuou-se a sua análise com o objetivo de identificar a informação mais relevante. Seguidamente foram agrupadas as informações que apresentavam impressões comuns entre si, procedendo a criação de categorias, classificando assim, as informações que fossem de acordo com os objetivos da investigação. Foram analisadas as entrevistas dos pais, percebendo assim quais as principais preocupações parentais que existiam e criando assim as categorias, por exemplo preocupação com a escola.

Posteriormente a este processo de criação de categorias, foi analisada a fiabilidadeatravés da análise do acordo interjuízes. Quando se pretende categorizar respostas pelo número de ocorrência ou categorizar pensamentos é provável que existam enviesamentos, principalmente por quem elabora a classificação, o que nos adverte para a

relevância da avaliação da consistência da medida e da qualidade dos resultados obtidos (Fonseca, Silva & Silva, 2007). Para a validação das categorias da presente investigação, foi utilizado o teste Kappa, formulado por Cohen (1960), que a partir das correlações dos resultados permite medir o acordo entre os diferentes avaliadores. Através do grau de concordância entre dois juizes verificou-se a estabilidade do processo de codificação (i.e., a consistência ou a invariabilidade das atribuições das categorias às unidades de registo), e, caso não hajam desvios relevantes, as codificações poderão ser consideradas fiáveis⁶ (Lima, 2013). Considera-se que a concordância entre os juizes é significativa quando os valores se encontrem entre os 80 e os 100% (Fortin, 2003).

Foram analisadas 20% do total de entrevistas, através do grau de concordância de dois juizes verificou-se estabilidade do processo de codificação, conseguindo assim chegar a acordo e relação as categorias criadas com valor 95% de concordância.

Resultados

Preocupações das crianças

A principal fonte de preocupação das crianças é a *escola* (93.3%), seguida pelas preocupações reveladoras de *perfeccionismo* e preocupações com a *saúde dos outros* (83.3%) (ver tabela 3). As categorias seguintes que mais preocupam as crianças são *família* e o *desempenho* com 80% dos meninos a demonstrar preocupação com estas áreas. Relativamente aos rapazes e raparigas apresentam resultados muito semelhantes, estas crianças demonstram preocupação com *escola*, *saúde dos outros*, *perfeccionismo* e *família*.

Tabela 3. *Frequências absolutas e relativas das principais preocupações das crianças por sexo*

Sexo N=30 (100%)	Masculino n= 13 (43.3%)	Feminino n=17 (56.7%)	Total n=30 (100%)
Preocupações			
<i>Escola</i>	11 (84.6%)	17 (100%)	28 (93.3%)
<i>Perfeccionismo</i>	12 (92.3%)	13 (76.5%)	25 (83.3%)
<i>Saúde dos outros</i>	9 (69.2%)	16 (94.1%)	25 (83.3%)

<i>Família</i>	12 (92.3%)	12 (70.6%)	24 (80%)
<i>Desempenho</i>	11 (84.6%)	13 (76.5%)	24 (80%)
<i>Sua saúde</i>	10 (76.9%)	11 (64.7%)	21 (70%)
<i>Coisas que se passam no mundo</i>	6 (46.2%)	11 (64.7%)	17 (56.6%)
<i>Pequenas coisas</i>	5 (38.5%)	7 (41.2 %)	12 (40%)
<i>Social</i>	6 (46.2%)	5 (29.4 %)	11 (36.6%)

Preocupações das crianças

As principais preocupações das crianças com diagnóstico principal de PAG são a *escola* e a *saúde dos outros*(100%). O *perfeccionismo* e o *desempenho* foram as segundas categorias mais mencionadas com 91.7% das crianças a manifestarem este tipo de preocupação. As preocupações menos mencionadas por estas crianças com foram relacionadas com questões *socias e pequenas coisas*.

As crianças com PAG como diagnóstico secundário mais preocupação na categoria *escola* com 88.9%. Com 77.8%, segunda área mais geradora de preocupação foram o *perfeccionismo* e *família*. A categoria menos mencionada pelas crianças como causadora de preocupação foi, *social*.

Tabela 4. *Frequências absolutas e relativas das principais preocupações das crianças por diagnóstico*

	Diagnóstico	
	Principal n= 12 (40%)	Secundário n= 18 (60%)
Preocupações		
<i>Escola</i>	12 (100%)	16 (88.9%)
<i>Desempenho</i>	11 (91.7%)	13 (72.2%)
<i>Social</i>	4 (33.3%)	7 (38.9%)
<i>Pequenas coisas</i>	4 (33.3%)	8 (44.4%)
<i>Perfeccionismo</i>	11 (91.7%)	14 (77.8%)
<i>Sua saúde</i>	9 (75%)	12 (66.7%)
<i>Saúde dos outros</i>	12 (100%)	13 (72.2%)
<i>Família</i>	10 (83.3%)	14 (77.8%)

<i>Coisas que passam no mundo</i>	8 (66.7%)	9 (50%)
-----------------------------------	-----------	---------

Interferência da ansiedade nas crianças por diagnóstico²

Todas as crianças com diagnóstico principal revelam perceber a ansiedade como interferente na sua vida. Destas, cerca de 50% das crianças percebem-na como muito interferente e 33.3% como muitíssimo interferente

Relativamente às crianças com diagnóstico secundário, 7 crianças revelam sentir nenhuma ou pouca interferência. A maioria das crianças identificou alguma a muita interferência.

Tabela 5. *Frequências absolutas e relativas do grau de interferência da ansiedade nas*

	Diagnóstico	
	Principal <i>n</i> = 12 (40%)	Secundário <i>n</i> = 18 (60%)
Interferência		
<i>Nenhum</i>	0 (0%)	2 (11.1%)
<i>Um pouco</i>	0 (0%)	5 (27.8%)
<i>Algum</i>	2 (16.7%)	3 (16.7%)
<i>Muito</i>	6 (50%)	6 (33.3%)
<i>Muitíssimo</i>	4 (33.3%)	1 (5.6%)

crianças em função do diagnóstico

Interferência da ansiedade em função do sexo da criança³

No total 12 crianças sentem muita interferência da ansiedade, sendo 8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Apenas duas crianças manifestam sentir nenhuma interferência da ansiedade sendo, estas do sexo masculino. As restantes categorias foram mencionadas por 5 crianças.

Tabela 6. *Frequências absolutas e relativas da interferência da ansiedade nas crianças por sexo.*

² Houve uma criança que não respondeu, pelo que as frequências absolutas não somam totalidade da amostra.

³ Houve uma criança que não respondeu, pelo que as frequências absolutas não somam totalidade da amostra.

	Sexo		
	Masculino n= 13 (43.3%)	Feminino n= 17 (56.7%)	Total n=30 (100%)
Interferência			
<i>Muito</i>	4 (30.8%)	8 (47.1%)	12 (40%)
<i>Um pouco</i>	2 (15.4%)	3 (17.6%)	5 (16.6%)
<i>Algum</i>	3 (23.1%)	2 (11.8%)	5 (16.6%)
<i>Muitíssimo</i>	2 (15.4%)	3 (17.6%)	5 (16.6%)
<i>Nenhum</i>	2 (15.4%)	0 (0%)	2 (6.6%)

Sintomatologia sentida pelas crianças por diagnóstico

A ansiedade é manifestada através de vários tipos de sintomas, as crianças com diagnóstico principal mostram sentir mais *dificuldade em concentrar*, cerca de 75% das crianças com diagnóstico principal menciona sentir dificuldade em concentrar-se, o mesmo número de crianças demonstrou também *dificuldade em dormir*. Cerca de 58.3% das mesmas crianças manifestam sentir *nervosismo* em várias situações do seu dia-dia.

Outros tipos de sintomas como cansaço fácil, irritabilidade e dor nos músculos foram as menos mencionadas pelas mesmas crianças.

No que diz respeito às crianças com diagnóstico secundário, os principais sintomas mencionados pelas crianças é o *nervosismo e dificuldade em relaxar* com cerca de 55.6%. A *dificuldade de concentração* e *irritabilidade* foi mencionada por 50% das crianças.

Tabela 7. *Frequências absolutas e relativas da sintomatologia das crianças por diagnóstico*

	Diagnóstico	
	Principal n= 12 (40%)	Secundário n= 18(60%)
Sintomatologia		
<i>Nervosismo/ dificuldade em relaxar</i>	7 (58.3%)	10 (55.6%)
<i>Cansaço fácil</i>	4 (33.3%)	7 (38.9%)
<i>Dificuldade de concentração/ atenção</i>	9 (75%)	9 (50%)
<i>Irritabilidade</i>	5 (41.7%)	9 (50%)
<i>Dor nos músculos</i>	2 (16.7%)	6 (33.3%)

Sintomatologia das crianças

Relativamente à sintomatologia manifestada pelas crianças com PAG, as mais predominantes são dificuldade de concentração/atenção, nervosismo/dificuldade em relaxar e dificuldades no sono. Os valores obtidos nas categorias de cada sintoma são muito próximos.

Sintomatologia	Sexo		
	Masculino n= 13 (43.3%)	Feminino n= 17 (56.7%)	Total 30 (100%)
<i>Dificuldade concentração/atenção</i>	7 (53.8%)	11 (64.7%)	18 (60%)
<i>Nervosismo/ dificuldade em relaxar</i>	8 (61.5%)	9 (52.9%)	17 (56.6%)
<i>Dificuldades no sono</i>	4 (30.8%)	11 (64.7%)	15 (50%)
<i>Irritabilidade</i>	7 (53.8%)	7 (41.2%)	14 (46.6%)
<i>Cansaço fácil</i>	7 (53.8%)	4 (25.5%)	11 (36.6%)

Tabela8. *Frequências absolutas e relativas dos sintomas das crianças por sexo*

Grau de interferência da ansiedade percecionado pelos pais

Relativamente à perceção da interferência da ansiedade na vida das crianças, 40% dos pais sentem que a ansiedade tem interferência na vida do seu filho. As mães demonstram sentir que a ansiedade interfere na vida dos seus filhos 35% algumas vezes e 45% muitas vezes, havendo depois uma mãe (5%) que menciona sentir a interferência da ansiedade nenhuma vez, um pouco e muitíssimo.

Em relação aos pais a interferência da ansiedade está mais repartida, havendo 3 pais (30%) que mencionam haver alguma e muita interferência, 2 pais (20%) um pouco de interferência e 1 (10%) pai que não sente interferência e outro que sente muitíssimo.

Tabela 9. Frequências absolutas e relativas da interferência da ansiedade das crianças

Interferência	Perceção dos pais		
	Mãe <i>n</i> = 20 (66.7%)	Pai <i>n</i> = 10 (33.3%)	Total <i>n</i> = 30 (100%)
<i>Muito</i>	9 (45%)	3 (30%)	12 (40%)
<i>Algum</i>	7 (35%)	3 (30%)	10 (33.3%)
<i>Um pouco</i>	1 (5%)	2 (20%)	3 (10%)
<i>Muitíssimo</i>	1 (5%)	1 (30%)	2 (6.6%)
<i>Nenhum</i>	1 (5%)	1 (10%)	2 (6.6%)

perceção dos pais

Preocupações parentais

As principais fontes de preocupação para os pais e mães são a *escola*, esta categoria engloba preocupações dos pais com dificuldades que podem surgir em contexto escolar, tais como: baixo desempenho, desautorização dos adultos, problemas interpessoais, inadaptação [e.g., “*Ele não consegue gerir o tempo nos trabalhos*”... *Minha principal preocupação é o futuro académico, infelizmente não gosta de ler*”].

A *saúde* dos filhos, categoria que engloba a preocupação dos pais com o surgimento ou agudização de problemas de saúde física e/ou mental da criança apenas 16.7% das mães, mencionou sentir preocupação com a saúde dos filhos [e.g., “*temos sempre preocupação que eles adoecem*” ... “*Principal preocupação é a saúde dela*”], sendo que os pais não mencionaram ter preocupação com esta categoria.

Em relação a categoria *ansiedade da criança* apenas três pais, 10% manifestou sentir preocupação com a ansiedade manifestada pelos seus filhos. Nesta categoria estão presentes as preocupações parentais com as manifestações e com o impacto da ansiedade dos filhos no presente bem como no futuro da criança, [e.g., “*Preocupo-me que algumas coisas que ela foi adquirindo, que se tornem obsessivas*”... “*preocupa-me ela não ter tempo para ser criança*”]

Duas mães e um pai não identificaram não sentir qualquer tipo de preocupação com os filhos.

Tabela10. *Frequências absolutas e relativas das principais preocupações parentais*

Preocupações	Mãe	Pai	Total
	n=20 (66.7%)	n=10 (33.3%)	n=30 (100%)
<i>Escola</i>	8 (26.6%)	7 (23.4%)	15 (50%)
<i>Saúde</i>	5 (16.7%)	0 (0%)	5 (16.7%)
<i>Ansiedade da criança</i>	2 (6.7%)	1 (3.3%)	3 (10%)
<i>Sem preocupação</i>	2 (6.7%)	1 (3.3%)	3 (10%)
<i>Família/Parentalidade</i>	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.6%)
<i>Comportamento</i>	2 (6.7%)	0 (0%)	2 (6.6%)

Discussão

A presente investigação procurou explorar quais as principais preocupações de crianças com PAG bem como as preocupações que os seus pais têm em relação a estas crianças. Pretende também explorar quais os principais sintomas que se manifestam nas crianças com PAG, assim como a perceção das crianças e dos pais do grau de interferência da ansiedade.

Relativamente ao primeiro objetivo, as preocupações das crianças, os resultados do estudo indicam que as crianças com PAG tem como principais preocupações, a escola e o seu desempenho escolar, o perfeccionismo e a saúde dos outros. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos exploratórios nesta área. Por exemplo, num estudo de Muris et al. (1998) com crianças de uma amostra comunitária, entre os 8 e 13 anos, e num estudo de Silverman et al. (1995) as maiores fontes de preocupação destas crianças relacionavam-se com a escola e saúde. A PAG de acordo com Asbahr (2004), é caracterizada por medos e preocupações exageradas e irracionais em relação a várias situações do quotidiano das crianças, estando estas constantemente tensas e qualquer situação pode provocar ansiedade.

Outro objetivo analisado no estudo foram os sintomas que estas crianças manifestam no seu dia-dia. Foi possível perceber que estas crianças manifestam maioritariamente, nervosismo/dificuldade em relaxar, cansaço fácil e dificuldade de concentração/atenção. As crianças com PAG apresentam medo excessivo, preocupações em várias situações do seu dia-dia. Estão muitas das vezes em constante tensão, pois existem várias situações no seu dia-dia que podem causar ansiedade. São crianças que estão sempre

muito preocupadas com a escola, a relação com terceiros, como também o seu desempenho em diferentes áreas. Como tal, este resultado espelha a presença de sintomas identificados como importantes, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, (2003) segundo este manual, crianças com PAG apresentam comumente sintomas psicofisiológicos com impacto no seu bem-estar entre os quais se destacam a tensão muscular, a dificuldade de concentração, a agitação ou sensação de nervosismo. A literatura empírica indica que estas perturbações estão associadas a dificuldades no funcionamento social (e.g. dificuldade em conquistar autonomia relativamente à família de origem) e académico (e.g. maior insucesso escolar) e predizem muitas vezes o aparecimento e o desenvolvimento de perturbações na idade adulta (Albano, et al., 2003). Estas crianças, dificilmente relaxam, apresentam queixas somáticas sem causa aparente, sinais de hiperatividade autonómica, como por exemplo, sudorese, palidez, taquicardia, tensão muscular e vigilância aumentada (Asbahr 2004).

Relativamente ao objetivo que visava explorar a perceção da interferência da ansiedade segundo a perspetiva quer das crianças quer dos pais, os resultados indicaram que, tendencialmente, quer as crianças quer os seus pais, consideram que a ansiedade tem muita interferência na vida da criança. Deste modo, podemos constatar que, apesar da natureza internalizada dos sintomas de PAG, os pais destas crianças parecem estar cientes do impacto que causam. Porém, deve também notar-se que, quando lhes é perguntado qual a sua principal preocupação em relação ao filho, poucos manifestam a ansiedade dos filhos como prioritária, o que parece tratar-se de uma contradição.

O último objetivo deste estudo foi analisar quais as principais preocupações que os pais destas crianças sentem com os seus filhos. Os resultados indicam que são a escola e o desempenho escolar. Maioria dos pais mencionou ter grande preocupação com o futuro escolar/académico do seu filho. Este tipo de preocupação que os pais têm pode estar relacionado com o fato de a sociedade atual induzir os pais e os filhos a alcançar resultados académicos e profissionais. A socialização com este tipo de mensagens pode ter um impacto particularmente acentuado em crianças com maior vulnerabilidade para a ansiedade e para o perfeccionismo.

Num estudo de (Algarvio & Leal, 2004) sobre as preocupações dos pais de crianças entre os 0 e 12 anos, foram estudadas as preocupações parentais, entre as principais preocupações encontravam-se os problemas com a escola e o desempenho das crianças. Estudos anteriores têm demonstrado que a exposição a verbalizações de preocupação e

reveladoras da ansiedade dos pais, tende a aumentar a probabilidade de ocorrência de manifestações ansiógenas nos filhos. Por exemplo, no estudo experimental de Bursteine Ginsburg (2010), quando pais de crianças entre os 8 e os 12 anos de idade (sem perturbação de ansiedade) exprimiam comportamentos e cognições ansiosas sobre as tarefas que os filhos estavam a realizar, as crianças apresentavam mais manifestações de ansiedade (i.e., evitamento e distorções cognitivas).

Limitações do estudo

A presente investigação contou com algumas limitações, a primeira limitação possível diz respeito aos dados sociodemográficos, seria relevante aumentar e diversificar a amostra para futuros estudos, podendo assim explorar mais o tema. Em segundo lugar, não foi avaliada a psicopatologia dos pais, não havendo assim referência de perturbações de ansiedade dos pais, não podendo assim verificar diferenças entre pais ansiosos e as suas preocupações, bem como, pais não ansiosos e as suas maiores preocupações. A avaliação dos pais também poderia ter sido importante no sentido de perceber se o diagnóstico principal ou secundário dos filhos teria alguma correspondência ao diagnóstico dos pais.

Outra limitação deste estudo reduzido número de pais incluídos em algumas categorias não permitiu realizar testes comparativos em função de várias variáveis relevantes. Em estudos futuros, será necessário abranger um maior número de cuidadores, especialmente do sexo masculino, de crianças com estas e outras PA.

Implicações do estudo

Os resultados obtidos nos sintomas que as crianças mais se mostram a natureza idiossincrática da sintomatologia ansiosa, pelo que é importante avaliar em contexto clínico tipos de preocupações e sintomatologia associada em diversas áreas do funcionamento (concentração, sono, irritabilidade, dores musculares).

Foi possível também verificar que ambos os pais e as crianças manifestaram que a sua principal preocupação é a escola e o seu desenvolvimento escolar, podendo assim os pais ter um papel no desenvolvimento ou no reforço destas preocupações, sendo assim seria importante avaliar e intervir nesta área através de por exemplo programas de prevenção, fazendo sessões de diagnóstico e esclarecimentos aos pais, bem como intervir com as crianças.

No que diz respeito a interferência da ansiedade quer os pais, quer os filhos reconhecem a mesma como interferente, mas não como uma prioridade. Isto faz com que seja importante haver uma consciencialização por parte dos pais relativamente ao impacto e consequências da PAG nas crianças, havendo nas escolas sessões onde se possa permitir uma maior compreensão do desenvolvimento e da manutenção da ansiedade infantil, de como as crianças se podem sentir levando à criação de estratégias para lidar com a situação como por exemplo o reconhecimento das potencialidades e competências dos filhos, pode representar um fator de proteção, uma vez que permitem enfatizar as qualidades das crianças, reforçando-a através das suas atitudes adequadas à situação. Por exemplo, no estudo experimental de Burstein e Ginsburg (2010), quando pais de crianças entre os 8 e os 12 anos de idade (sem perturbação de ansiedade) exprimiam comportamentos e cognições ansiosas sobre as tarefas que os filhos estavam a realizar, as crianças apresentavam mais manifestações de ansiedade.

Neste sentido este estudo contribui para a prática clínica, uma vez que demonstra que é importante o estudo das preocupações dos pais e das crianças com PAG, sendo esta uma perturbação intensa e com manifestações em diversas áreas da vida da criança. Havendo um conhecimento sobre quais as principais preocupações, este pode vir a ajudar a identificar e intervir. Na prática clínica, mas também na investigação, uma das dificuldades desta investigação foi encontrar bibliografia que tivesse estudado e debruçado sobre este tema, sendo assim, este estudo tem contributo para a literatura.

Referências

- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Barkley, & R. A. Mash, *Child Psychopathology* (2 ed., pp. 279-329). New York: Guilford Press.
- Albano, A., & Silverman, W. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version. Clinician Manual* Graywind, Oxford.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*.
- Apetroaia, A., Hill, C., & Creswell, C. (2015). Parental responsibility beliefs: Associations with parental anxiety and behaviors in the context of childhood anxiety disorders. *Journal of Affective Disorder*, 188, pp. 127-133. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.059
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 28-34.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19(1/2), 266-277. doi: 10.17575/rpsicol.v19i1/2.407
- Barret, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. R. & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Treat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.
- Barrett, P., Rapee, R., Dadds, M., & Ryan, S. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (2), 187-203.
- Beato, A. (2016). *Estilos, estratégias e crenças de pais e mães e ansiedade infantil: O pai é importante?* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.

- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924. doi: 10.1097/00004583-199707000-00013
- Bögels, S., & Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), pp. 834-856. doi: 10.1016/j.cpr.2005.08.001
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: *A review and new model*. *Clinical Psychology Review*, 28 (4), pp. 539-558. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.011
- Bögels, S., Stevens, J., & Majdandžić, M. (2011). Parenting and social anxiety: fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (5), pp. 599-606. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02345.x
- Bugental, D., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, pp. 315-344. doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.315
- Burstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behaviour research and therapy*, 48(6), 506-515. doi: 10.1016/j.brat.2010.02.006
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), pp. 611-614. doi: 10.1590/S0034-71672004000500019
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., & Gross, J. (2010). Patterns of Emotional Reactivity and Regulation in Children with Anxiety Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 32 (1), 23-36.
- Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J., & Barlow, D. H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: *An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire*. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6), 569-581. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00116-7
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2), 4-36.7

- Creswell, C., Murray, L., Stacey, J., & Cooper, P. (2011). Parenting and child anxiety. In: Silverman, W., & Field, A. (2^a eds.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp.299-322). Cambridge: Cambridge University Press.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844. doi: /10.1001/archpsyc.60.8.837
- Crujo, M., & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais-ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), pp. 576-582.
- Cummings, M. E., Davies, P. T. & Campbell, S. B. (2000). *Developmental Psychopathology and family process: Theory, research and clinical implications*. New York: Guilford Press.
- E. Jane Costello, P., Sarah Mustillo, P., Alaattin Erkanli, P., Gordon Keeler, M., & Adrian Angold, M. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric. *Arch Gen Psychiatry*
- Fisak, B., & Grills-Tauchel, A. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology*, 10 (3), pp. 213-231. doi: 10.1007/s10567-007-0020-x
- Flannery-Schoeder, E. (2004) Generalized Anxiety Disorder. Em: T. L. Morris & J. S. March (Orgs.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescent* 2ed (pp.125-140). New York: Guilford Press.
- Fonseca, A. C. (1998). Problemas de ansiedade em crianças e adolescentes: Elementos para a sua caracterização e para o seu diagnóstico. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 18(2), 7-34.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5 (1), pp. 81-90.
- Fortin, M. (2003). O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures: Lusociência
- Francis, S., & Chorpita, B. (2011). Parental Beliefs About Child Anxiety as a Mediator of Parent and Child Anxiety. *Cognitive Therapy & Research*. 35 (1), 21-29. doi: 10.1007/s10608-009-9255-9

- Francis, S., &Chorpita, B. (2010). Development and Evaluation of the Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 32 (1), 138–149.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child development*, 30-48. doi:10.2307/1129833
- Hirshfeld-Becker, D., & Biederman, J. (2002). Rationale and Principles for Early Intervention With Young Children at Risk for Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 161-172.
- Hudson, J., & Rapee, R. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (12), pp. 1411-1427. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00107-8
- Hudson, J., & Rapee, R. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31 (4), pp. 548-555. doi: 10.1207/s15374424jccp3104_13
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: an etiological model. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 51-74). New York: The Guilford Press
- Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 51-76). New York: Guilford.
- Kendall, C. B. (2016). Parental Attitudes, Beliefs, and Understanding of Anxiety (PABUA): Development and Psychometric Properties of a Measure. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:10.1016/j.janxdis.2016.03.001.
- Kendall, P. C., Krain, A. & Treadwell, K. (1999). Generalized Anxiety Disorders. *Handbook of Prescriptive Treatments for Children and Adolescents* (2ª Edição), 155-171. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Kendall, P. C., Settapani, C. A. & Cummings, C. M. (2012). No Need to Worry: The Promising Future of Child Anxiety Research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41 (1), 103-115.
- Kendall, P. C. & Warman M. J. (1996). Anxiety Disorders in Youth: Diagnostic Consistency Across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, 10 (6), 453-463.
- Last, C., Hersen, M., Kazdin, A., Francis, G., & Grubb, H. (1987). Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *American Journal of Psychiatry*, 144 (12), 1580–1583.

- Last, C., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48 (10), 928–935.
- Legerstee J., Garnefski, N., Jellesma, F., Verhulst F., & Utens, E. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19 (2), 143–150.
- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2007). Childhood anxiety in rural and urban areas: Presentation, impact and help seeking. *Australian Journal of Psychology*, 59, 108–118. doi:10.1080/00049530701317082
- Goes, A. R., Cortes, M., & Barros, L. (2010). Parental concerns about their children's health and development: suggestions for the reorganization of well-child care. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 319–336.
- Grolnick, W. S. & Gurland, S. T. (2002). Mothering: retrospect and prospect. In J. P. McHale & W. S. Grolnick, *Retrospect and prospect in psychological study of families* (5–34). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mash, E. J. & Dozois, D. J. A. (2003). Child Psychopathology: A developmental- Systems Perspective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2^a ed., pp. 3–74). New York: The Guilford Press.
- McLeod, B., Wood, J., & Weisz, J. (2007). Examining the association between parenting and child anxiety: *A meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 27 (2), pp. 155–172. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002.
- Muris, P., & Dietvorst, R. (2006). Underlying personality characteristics of behavioral inhibition in children. *Child psychiatry and human development*, 36(4), 437–445. doi: 10.1177/0165025406059967
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S., & Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 323–336. doi: 10.1348/014466501163724
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological medicine*, 39(09), 1413–1423. doi:10.1017/S0033291709005157
- Nanda, M., Kotchick, B., & Grover, R. (2012). Parental psychological control and childhood anxiety: The mediating role of perceived lack of control. *Journal of Child and Family Studies*, 21 (4), pp. 637–645. doi:10.1007/s10826-011-9516-6

- Odrizola, E. (1993). *Trastornos de Ansiedad en la Infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Patzlaff, K., Kratz, V., & de Oliveira, C. M. (2015). Ansiedade na infância: uma abordagem cognitivo-comportamental. *Anais da -Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG*, 1(1), 206-224.
- Paula, J. (2012). Estilos parentais, inteligência emocional e o enfant terrible: relações, implicações e reflexões. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 155-162.
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D., & Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting, and children's anxiety: The mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*. doi: 10.1007/s10826-013-9767-5
- Rapee, R., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, pp. 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Salvador, A. P. & Weber, L. N. (2005). Práticas educativas parentais: um estudo comparativo de interação familiar de dois adolescentes distintos. *Interação em Psicologia*, 9, 341-353.
- Spence, S. H. (1998). *A measure of anxiety symptoms among children*. Behaviour Research and Therapy, 36(5), 545–566. doi:10.1016/s0005-7967(98)00034-5
- Soares, I. (Ed.). (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida*.
- Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Electrónica*, 17 (1). doi: 10.18391/qualitas.v16i1.2113
- Silverman, W., Kurtines, W., Jaccard, J., & Pina, A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: An initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (3), pp. 474-485. doi: 10.1037/a0015761
- Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative research: Data collection, analysis, and management. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 68 (3), pp. 226-231.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750-759. doi:10.1207/s15374424jccp3304_10
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1993). Parental overprotection revisited. *Child Psychiatry & Human Development*, 24(2), 67-80. doi:10.1007/BF02367260

Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1997). Parental overprotection and its relation to perceived child vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 330-335. doi:10.1037/h0080237

Wong, Q., & Rapee, R. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, pp. 84-100. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.069

Anexos

Anexo I. Dados sociodemográficos

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Pedimos a sua colaboração na resposta a algumas perguntas de caracterização sociodemográfica. Este questionário deve ser respondido pelos progenitores ou cuidadores principais que coabitem com a criança.

Todas as informações registadas neste questionário são **ESTRITAMENTE CONFIDENCIAIS** e os dados apenas serão utilizados de acordo com as finalidades deste estudo.

CRIANÇA

Sexo:

- ☐ Masculino
☐ Feminino

Data de Nascimento:// _____

Anodeescolaridade: _____ ano

Já foi a pelo menos uma consulta de psicologia clínica ou pedopsiquiatria?

- ☐ Sim
☐ Não
☐

Quem vive com a criança?

(Refira o grau de parentesco das pessoas com quem ela vive)

Grau de parentesco (pai, mãe, irmão, avó, etc.)	Idade(s)

A criança tem irmãos que não vivam com ela?

☐ Não

☐ Sim. Quantos? _____ Qual(ais) a(s) idade(s)?

MÃE

(Caso o cuidador principal não seja a mãe, indicar o seu grau de parentesco em relação à criança: _____)

Qual é o seu estado civil?

- ☐ Solteira
- ☐ Casada ou em união de facto
- ☐ Divorciada ou separada
- ☐ Viúva
- ☐ Não sabe / Não responde

Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou frequentou?

- ☐ Nenhum (0 anos)
- ☐ 1º ciclo (1-4 anos)
- ☐ 2º ciclo (5-6 anos)
- ☐ 3º ciclo (7-9 anos)
- ☐ Ensino secundário (10-12 anos)
- ☐ Ensino pós-secundário não superior (ou terciário)
- ☐ Ensino superior universitário (licenciatura, mestrado, bacharelato)
- ☐ Doutoramento

Das seguintes situações, qual a que melhor descreve a sua ocupação principal actual?

- ☐ Exerce uma profissão?
- ☐ Estudante
- ☐ Ocupa-se de tarefas domésticas
- ☐ Desempregada
- ☐ Reformada
- ☐ Permanentemente incapacitada
- ☐ Outra Qual?

Qua

situaç

PAI

(Caso o cuidador principal não seja o pai, indicar o seu grau de parentesco em relação à criança: _____)

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Qual é o seu estado civil?

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado ou em união de facto
- ☐ Divorciado ou separado
- ☐ Viúvo
- ☐ Não sabe / Não responde

Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou frequentou?

- ☐ Nenhum (0 anos)
- ☐ 1º ciclo (1-4 anos)
- ☐ 2º ciclo (5-6 anos)
- ☐ 3º ciclo (7-9 anos)
- ☐ Ensino secundário (10-12 anos)
- ☐ Ensino pós-secundário não superior (ou terciário)
- ☐ Ensino superior universitário (licenciatura, mestrado, bacharelato)
- ☐ Doutoramento

Das seguintes situações, qual a que melhor descreve a sua ocupação principal actual?

- ☐ Exerce _____ uma _____ profissão?
- ☐ Estudante
- ☐ Ocupa-se de tarefas domésticas
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado
- ☐ Permanentemente incapacitado
- ☐ Outra _____ situação?
- ☐ Qual?

Anexo II. Entrevista semi-estruturada “Ansioso por Saber” (Beato, 2016)

Instruções:

Nota: Só realizar esta secção se tiverem sido identificados problemas de ansiedade na entrevista ADIS

Chegámos à fase final da nossa entrevista. Vou-lhe agora fazer algumas perguntas mais abertas. Pretendo saber a sua opinião acerca dos problemas associados à ansiedade do(a) seu(sua) filho(a) e identificar consigo algumas situações que lhe provocam mal-estar.

Antes de avançarmos, gostaria de confirmar alguns dados:

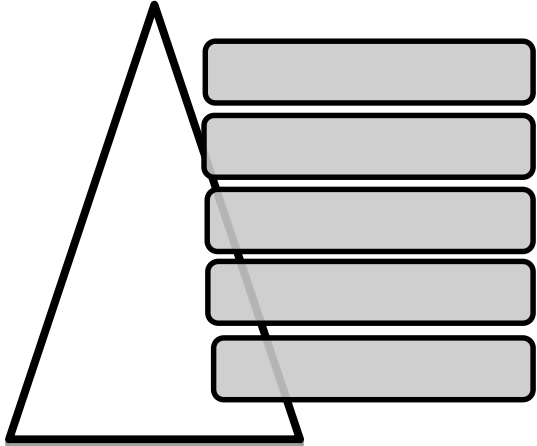
Idade da criança: _____

Com quem vive a criança: _____

Questões	Objectivos	Dimensões analisadas	Tempo estimado
1. Como avalia a entrevista realizada em conjunto com o seu filho? Como acha que correu?	➤ Em que medida o progenitor concorda com o discurso da criança.	Grau de concordância entre pai/mãe e criança	2 mn
2. O que a surpreendeu? Houve alguma coisa de que não estivesse à espera?			

3. (Se o progenitor refere desconhecer alguns problemas) O que pensou? E como se sentiu?	➤ Analisar a percepção que o progenitor tem do problema.		
4. Quais as áreas de maior fragilidade/dificuldade/vulnerabilidade do(a) seu(sua) filho(a)? <i>(OU as áreas em que sente que o(a) seu(sua) filho(a) é mais vulnerável do que outros(as) meninos(as) da mesma idade)</i> <i>Há situações em que o seu filho/a precise de alguém que o/a ajude a ultrapassá-las ou enfrentá-las? Que tipo de situações?</i> 4.1. E quais as suas maiores forças? <i>Quais as maiores potencialidades, capacidades, competências?</i> <i>Em que áreas ele/a é mais forte?</i> 5. Quando compara o(a) seu(sua) filho(a) a outras crianças da mesma idade, considera que ele(a) é mais, menos ou tão frágil/vulnerável como elas?(Se a resposta for mais ou	➤ Em que medida o progenitor considera que o seu filho necessita de mais cuidados porque é frágil. ➤ Analisar a percepção dos perigos que afectam a criança.	Percepção de vulnerabilidade da criança	2 mn 2 mn 2 mn

<i>menos frágil, pedir para explicar melhor esta opinião)</i> Em que sentido? Consegue dar-me um exemplo de situações/áreas em que ele/a se destaca por ser mais/menos frágil que outras crianças? 6. Considera que o(a) seu(sua) filho(a) dever ser protegido(a) ou tratado(a) de um modo especial/diferente devido a estes problemas de nervosismo/medos /ansiedade? Acha que os adultos devem ter um cuidado especial na forma como lidam com o seu filho? O que acha que os outros podem fazer para ajudar o seu filho com os seus medos/ansiedade/nervosismo)? Acha que faz o suficiente para ajudar o seu filho/a com estes problemas? Se pudesse, fazia mais por ele/a? (Se sim) O que gostaria de fazer mais por ele/a? 7. Quais as principais preocupações que tem em relação ao(à) seu(sua) filho(a) no momento actual? 7.1. Quais as áreas as preocupações que têm em relação ao seu filho/a de acordo com as seguintes áreas de funcionamento <i>(Mostrar folha de registo de preocupações)</i> 7.2. Quais as que mais a preocupam? (Fazer uma hierarquia das 3 preocupações de maior			2 mn 4 mn
---	--	--	-------------------------

relevância) Das preocupações que identificou (...), peço que as ordene da mais importante/grave para a menos importante/grave. (Avaliar porque é que a primeira é a mais relevante para a mãe/pai) 			
8. O que já foi feito para solucionar os problemas	➤ Avaliar o reconhecimento do	<i>Estratégias para solucionar o(s) problema(s)</i>	

relacionados com as preocupações e ansiedade do(a) seu(sua) filho(a)? Quais as estratégias que já foram tentadas? Quais as que usou mais vezes? Quais usou durante um certo período de tempo consistentemente? 8.1. <i>(Se o progenitor identificou alguma/s)</i> Quais foram eficazes? Porquê? 8.2. <i>Quais as estratégias que utilizou mais vezes ou de modo consistente durante algum tempo?</i> 8.3. Quais não foram? Porquê? 9. Já procurou ajuda para solucionar os problemas que identificámos na entrevista? (Dar exemplos se necessário) 9.1. Se sim: Quem procurou? Porque motivos? Quais os resultados obtidos? 9.2. Se não: Porque razão não procurou ajuda? Que sinais seriam necessários estarem presentes para procurar ajuda?	problema por parte do progenitor . ➤ Identificar os pedidos de ajuda e/ou tratamentos a que a criança foi submetida . ➤ Analisar estratégias e soluções levadas a cabo até ao momento		5mn
10. Recorde-se de uma situação recente em que o(a) seu(sua) filho(a) se tenha sentido verdadeiramente ansioso(a)/nervoso(a)/assustado(a)... Nestas situações mais emocionais, os pais habitualmente pensam, sentem e agem de determinadas formas. É natural que	➤ Analisar as causas que conduzem a reacções de	<i>Atribuições causais</i> <i>Reacções emocionais do progenitor</i>	

nem nos apercebamos do que nos acontece nestas situações mas vamos tentar detalhar o melhor possível o que costuma acontecer. 10.1. O que despoletou/causou a reacção do(a) seu(sua) filho(a)? (Pedir breve descrição da situação) Recorrendo à ajuda deste esquema (® folha de Registo), vamos tentar descrever o que aconteceu consigo... (O entrevistador escreve o que o progenitor lhe diz nos espaços correspondentes) 10.2. O que pensou nessa situação? O que lhe passou pela cabeça? 10.3. O que sentiu? - Temos alguns exemplos que podem ajudá-lo a identificar o que sentiu (© mostrar Cartões das emoções) 10.4. Numa escala de 0 a 8, como classifica a intensidade dessa emoção (em que 0 é nada ... e 8 é muito ...)? 10.5. Até que ponto é que é difícil para si vê-lo(a)	<i>ansiedade nas crianças</i> ➤ <i>Identificar as interpretações, emoções e estratégias parentais para lidar com a ansiedade dos filhos</i> ➤ <i>Perceber até que ponto os pais conseguem reconhecer e identificar as suas reacções emocionais,</i>	<i>Estratégias parentais</i>	
--	--	-------------------------------------	--

nervoso/assustado(a)/ansioso(a)? Gostaria que me dissesse o quão difícil é para si na escala de 0 a 8 (0 é nada difícil e 8 é muitíssimo difícil)? Que emoções sente quando o seu filho está ansioso/preocupado/nervoso? 10.6. Está satisfeito(a) com a forma como resolve o problema? (Se não está) O que seria necessário para procurar outras formas de resolver o problema? 10.7. O que fez? Como reagiu? Costuma fazer isso noutras situações? 10.8. (Se o progenitor recorreu a alguma estratégia para lidar com o problema) Acha que resultou? De acordo com a mesma escala, quanto é que acha que foi eficaz para resolver o problema? (0=nada eficaz a 8=completamente eficaz) Acha que foi eficaz porque o seu filho/a se acalmou (estratégia a curto-prazo)? Aprendeu a lidar com a sua ansiedade/ preocupações/medos	<i>pensamentos, etc.</i>		
---	---------------------------------	--	--

(estratégia a longo-prazo)? 10.9. Se não o tivesse feito, o que acha que teria acontecido?			
11. (Se ambos os pais vivem com a criança) Como costuma o pai/a mãe do(a) (nome da criança) reagir e lidar com este tipo de situações? 12. Acha que resulta? Concorda com esta estratégia? 13. Consegue dar-me algum exemplo de uma situação típica ou recente que se tenha passado com ele(a)? 13.1. O que pensou? 13.2. O que sentiu? 13.3. O que fez? Como reagiu? Se pudesse fazia de forma diferente?	➤ Avaliar a reacção emocional e estratégias utilizadas pelo outro progenitor ➤ Analisar o grau de concordância interparesse relativamente às estratégias e reacções emocionais	Atitude do outro progenitor perante a ansiedade da criança	3 mn

(Se não concorda com o marido/com a esposa) Costuma fazer alguma coisa para tentar remediar a situação?			
14. O seu/sua filho/a costuma fazer alguma coisa para se sentir menos ansioso(a), nervoso(a), assustado(a) em situações como... (dar exemplos a partir da entrevista ADIS)? 14.1. (Se o progenitor identificou alguma estratégia) Acha que o que ele faz é eficaz para se acalmar? E acha que é eficaz para aprender a lidar e ultrapassar os seus problemas de ansiedade?	➤ <i>Identificar as estratégias para lidar com a ansiedade por parte da criança</i>	Estratégias da criança	1 mn
15. Vamos imaginar um cenário: Se o(a) seu(sua) filho(a) se queixasse de dor de barriga, dizendo que não conseguia ir para a escola... (descrever pormenorizadamente) 15.1. O que acha que pensaria? 15.2. O que acha que sentiria? 15.3. O que acha que faria?	➤ <i>Em que medida os pais interpretam estímulos ambíguos (físicos e sociais) como sinais de</i>	Interpretar estímulos ambíguos como ameaça	3 mn

16. Imaginemos outra situação: O(A) se(sua) filho(a) convidou alguns amigos para lanchar. Já passaram 30mn e nenhum apareceu. 16.1. O que acha que pensaria? 16.2. O que acha que sentiria? 16.3. O que acha que faria?	<i>perigo</i> ➤ <i>Avaliar em que medida os pais incentivam o evitamento de situações geradoras de mal-estar</i>		
17. Como acha que a ansiedade/preocupação/medos/nervosismo do seu filho irá evoluir? 17.1. <i>(Se a resposta é que irão desaparecer, aprofundar:)</i> Como acha que irão passar? Porquê? O que tem de acontecer para que passem? Estar habituado? Ter encontrado estratégias para lidar com esses medos e preocupações? 18. Que impacto é que estes medos/ansiedade podem ter na vida e no futuro do seu filho/a? <i>(Sentir-se ansioso, com medo ou assustado pode ser prejudicial ou perigoso para o seu filho? Se sim, o que</i>	➤ <i>Analisar a percepção que os pais têm acerca da evolução da ansiedade</i> ➤ <i>Identificar crenças relacionadas com a</i>	<i>Expectativas parentais acerca das consequências da ansiedade para a criança</i> <i>Percepção de controlo</i>	

acha que pode acontecer? (consequências)	<i>perigosida de da ansiedade</i>		
19. Porque é que acha que o(a) seu(sua) filho(a) tem esses medos e preocupações? (Explorar) 19.1. Como é que começaram?	➤ Em que medida os pais consideram que a sua ansiedade influencia os seus filhos ➤ Perceber se é aprendido por modelagem ou se é hereditário	Transmissão intergeracional da ansiedade Contexto Processos de modelagem	
20. Tem ou já teve acompanhamento psicológico devido a problemas de ansiedade e/ou depressão? Toma ou já tomou medicação para este efeito? 20.1. (Caso se aplique) E o/a pai/mãe?	➤ Identificar eventuais problemas de ansiedade nos progenitores	Psicopatologia parental	
Chegámos ao fim desta entrevista. Agradeço a sua preciosa colaboração. Diga-me, o que achou da			

entrevista?			
Houve alguma coisa que o/a fizesse pensar de forma diferente?			
Que dificuldades sentiu? O que gostou mais?			

Anexo III. Consentimento Informado



Caros Pais,

Estamos a desenvolver o estudo “Ansiedade infantil: a importância dos pais” em várias escolas

do país, nomeadamente no agrupamento do seu educando. É importante que TODAS as crianças do 3º ao 6º anos possam participar. Para isso, só terão de entregar o consentimento que se encontra adiante ao Director de Turma. Por favor, leiam atentamente as seguintes informações, antes de assinarem o consentimento. Muito obrigada pela vossa colaboração!

O QUE É ESTE ESTUDO?

O presente estudo tem como principal objetivo compreender os factores associados a diversas manifestações de ansiedade em crianças, para que pais, educadores e terapeutas possam lidar e intervir de modo mais adequado com este tipo de problema.

QUEM É A EQUIPA RESPONSÁVEL?

Este estudo insere-se no doutoramento da aluna Ana Filipa Beato na área de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (com apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia), sob supervisão científica da Professora Doutora Ana Isabel Pereira e Professora Doutora Luísa Barros.

O QUE ME É PEDIDO E AO MEU FILHO?

A primeira fase do estudo consiste no preenchimento de um questionário que será respondido por cada criança numa parte de uma aula, com o apoio da investigadora (aproximadamente 20mn). Este instrumento tem como objectivo avaliar sintomas de ansiedade em diferentes contextos. Os pais poderão posteriormente participar no estudo se o desejarem, preenchendo um protocolo que será enviado para casa. Se desejar colaborar nesta fase e nas fases seguintes, que consistem na realização de duas entrevistas (uma dos pais com a criança para avaliação pormenorizada de sintomas de ansiedade e uma dirigida aos pais para compreenderem como lidam com sintomas emocionais da criança), pedimos que assine este consentimento e forneça os seus contactos (ver abaixo).

QUEM TEM ACESSO AOS DADOS?

Apenas os elementos da equipa terão acesso aos dados das crianças e dos pais. Os dados não podem ser utilizados para outros fins que não os da investigação.

Anexo IV. Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).

Introdução

Começar por agradecer a presença dos pais e explicar o objetivo da entrevista.

Muito obrigada por terem vindo. Como sabem o/a (nome da criança) participou num estudo sobre a ansiedade em crianças em idade escolar. Algumas crianças foram selecionadas com base nas respostas que deram ao questionário. E neste momento o nosso objetivo é completar a informação dada pelas crianças nestes questionários. A informação que nós recolhemos até agora é muito reduzida e baseia-se apenas na informação dada pelo/a (nome da criança).

Mãe - Em primeiro lugar, gostaria de lhe pedir uma breve descrição do seu filho/da sua filha (se a mãe não responde – como é que ele é em casa, na escola, com os amigos, nos tempos livres?).

Criança - Tens algum diminutivo ou chamo-te só (nome da criança)?

Durante o tempo que estivermos a conversar, vou usar palavras diferentes para vos perguntar se o/a (nome da criança) tem medo, receio, se está ansioso/a nervoso/a ou preocupado/a. Estes são os sentimentos de que vamos falar hoje, está bem?

Tenho muitas perguntas para vos fazer. Pode acontecer que nalgumas tenham muitas coisas para me contar e, noutras, tenham muito pouco para dizer. É assim, porque algumas perguntas têm mesmo muito a ver com as coisas que fazem o/a (nome da criança) sentir-se nervoso/a ou assustado/a e, outras, não. Para além disso, como acho que o que me vão dizer é importante, vou escrevendo as vossas respostas para depois não me esquecer, está bem?

Gostaria que ambos/as respondessem às questões que vou fazer. Pode acontecer não terem a mesma opinião acerca das coisas de que vamos falar. Isso acontece com frequência e é normal. Não é importante que concordem em tudo e, por isso, quando tiverem opiniões diferentes eu vou registar a opinião de cada um.

Outra coisa muito importante, antes de começarmos, é que saibam que não há respostas certas nem erradas a estas perguntas.

Apontar para o termómetro.



Em momentos diferentes, vou pedir que classifiquem a quantidade medo ou de ansiedade que o/a (nome da criança) sente. Para vos ajudar a mostrarem-me como o/a (nome da criança) se sente, vamos usar esta imagem de termómetro.

Dirigindo-se para a criança: Sabes para que serve um termómetro? Pois bem, este Termómetro de Sentimentos funciona mais ou menos como um termómetro a sério. Com este Termómetro de Sentimentos vamos medir quanto medo tens ou quanto nervoso/a ficas de 0 a 8, em que 0 significa nenhum medo ou nada nervoso/a; 2 significa um pouco de medo ou um pouco nervoso/a; 4 significa algum medo ou algum nervosismo; 6 significa muito medo ou muito nervoso/a e 8 significa muitíssimo medo ou muitíssimo nervoso/a. No entanto, podes utilizar qualquer número de 0 a 8.

Primeiro vou pedir-te que classifiques o medo que sentes e depois peço à tua mãe que dê a sua classificação, que pode não ser igual à tua. É importante que não tentem “copiar” ou olhar para a classificação que cada um dá. Não se esqueçam que não há respostas certas ou erradas.

Ok, (nome da criança), agora que entendeste como o termómetro mede os sentimentos, vamos treinar com alguns exemplos.

Quanto nervoso/a ou assustado/a ficas, quando estás a comer a tua sobremesa favorita?

Quanto nervoso/a ou assustado/a ficas quando estás a andar numa montanha russa?

 *Depois, também vos vou perguntar quanto é que estes sentimentos atrapalham a vida do/a (nome da criança). Por isso, se o/a (nome da criança) ficar assustado/a ou preocupado/a com alguma coisa, vou querer saber quanto é que esses sentimentos o/a impedem de se divertir, de fazer os trabalhos da escola, ou o/a fazem sentir mal ou chateado/a. Para isto, vamos usar o Termómetro de Sentimentos. Mostrar o termómetro à criança. Mais uma vez, vou pedir-te a ti primeiro que indiques no termómetro o quanto este problema atrapalha a tua vida e depois é que vou pedir à mãe.*

Vamos imaginar que tu tens medo de cães e és convidado/a para a festa de um/a amigo/a que tem um cão. Apesar de queres muito ir à festa, se tu não vais porque tens medo de cães, se calhar respondias que o teu medo atrapalhava muito ou muitíssimo a tua vida. Se por outro lado, apesar de teres medo de cães, e de sentires algum desconforto, fosses à festa, se calhar respondias que o teu medo atrapalhava pouco ou nada a tua vida.

O pai/a mãe tem também à sua frente a mesma escala de 0 a 8 (mostrar). Sempre que eu perguntar, aponta para o termómetro correspondente à sua resposta.

As perguntas que vou fazer a seguir são dirigidas aos dois. No entanto, vou pedir que seja o/a (nome da criança) a responder e a mãe só responde se tiver uma opinião diferente. Sempre que isso se verificar, por favor diga, para que eu a possa registar.

Como já referi vamos falar de muitos assuntos. Para vos ajudar a acompanhar o que eu vou dizer, à vossa frente têm um caderno onde se encontram imagens e algumas listas de perguntas. Sempre que for preciso utilizar o caderno eu aviso.

Têm alguma dúvida? Então, vamos começar!

Perturbação de Ansiedade Generalizada

Vamos agora mudar de página (ou passar para a página 12 caso a criança não tenha sido diagnosticada com Perturbação de Pânico). Como podemos ver nesta imagem, o João está muito preocupado com várias coisas ao mesmo tempo. Agora vou-te fazer algumas perguntas que têm a ver com preocupações mas primeiro quero ter a certeza que tu sabes o que eu quero dizer com “preocupações”.

Deve clarificar-se o significado de “preocupação” explicando, “Preocupação” é quando pensas muito acerca de qualquer coisa; pensas uma e outra vez e é difícil deixares de pensar nisso. Para além disso, as coisas em que estás a pensar são habitualmente coisas que te fazem sentir nervoso(a) ou com medo. Todas as crianças se preocupam, mas às vezes as crianças preocupam-se tanto que isso começa a incomodá-las. Percebes o que eu quero dizer com “preocupação”?

PERGUNTAS INICIAIS DE TRIAGEM

1a. Algumas crianças (adolescentes) parecem estar sempre preocupadas. Podem preocupar-se com a escola e com fazer as coisas bem na escola; ou podem preocupar-se com coisas que podem acontecer no futuro; ou podem preocupar-se com os amigos, com a família ou com outra coisa qualquer. Achas que ultimamente te tens preocupado muito com coisas como estas?



1b. Com que género de coisas é que te costumavas preocupar? Deve pedir-se à criança que explique um pouco e registar-se as suas respostas.

(Ok, agora queria fazer-te algumas perguntas mais específicas sobre as tuas preocupações.)

2a. Ok, agora gostava que me disseses se te preocupas mais do que as outras crianças (adolescentes) acerca de certas coisas. Responde-me só com “Sim” ou “Não”.

A mãe/ o pai sublinha na página 13 as áreas que acha que preocupam o seu filho. Na coluna seguinte classifica o quanto isso preocupa o/a (nome da criança) de 0 (nada) a 8 (muitíssimo). Nas situações em que classificou 4 ou mais, peço-lhe que indique se acha que é difícil para o seu filho(a) parar de pensar nelas. Pode perceber que ele tem dificuldade em pensar ou fazer outras coisas, por exemplo, ver televisão ou ler, se tem estas preocupações e só consegue envolver-se nessas atividades quando as preocupações passaram ou as situações se resolveram. Nesse caso gostaria que assinalasse a dificuldade em parar.

(Nome da criança), costumavas preocupar-te com (área específica) mais do que as outras crianças da tua idade?

a. Escola (e.g., começo das aulas, trabalhos da escola, notas, trabalhos de casa)	Preocupação (Sim ou Não)	Classificação da gravidade (0-8)	Dificuldade em parar (Sim ou Não)
b. Desempenho (e.g., ser suficientemente bom em atividades como desporto, dança, artes)	Se “Sim” -> obter classificação da gravidade	2b. Agora, utilizando o nosso Termómetro de Sentimentos, diz-me quanto achas que te preocupas com (área específica)? Todos os classificados com ≥ 4 - > Perguntar acerca da dificuldade em parar	2c. É difícil parares de te preocupar com (área de preocupação)? Por exemplo, acontece-te dares conta que estás preocupado(a) com (área de preocupação específica) quando estás a tentar fazer outras coisas?
c. Social ou Interpessoal (e.g., fazer amigos, impressão que causa, aparência)			

d. Pequenas coisas (e.g., coisas que aconteceram no passado, ter dito uma coisa errada)	Preocupação (Sim ou Não)	Classificação da gravidade (0-8)	Dificuldade em parar (Sim ou Não)
e. Perfeccionismo (e.g., chegar a horas, cumprir horários, nunca cometer erros)			
f. Saúde (do próprio)			
g. Saúde (de outras pessoas significativas)			
h. Família (divórcio, finanças)			
i. Coisas que acontecem no mundo (e.g., guerras, crimes, assuntos da comunidade local, nacionais ou mundiais, inundações, furacões, tempestades)			
j. Outro			



Se Preocupação Excessiva ou Incontrolável -> CONTINUAR nesta secção
Caso contrário -> PASSAR para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (pag.25).

3a. Costumas preocupar-te com estas coisas quase todos os dias?

PERGUNTAR AOS PAIS - 3b. Diria que ele se tem preocupado desta forma há pelo menos 6 meses?
(Achas que já te preocupas desta maneira pelo menos há seis meses?)



Se Preocupação Excessiva ou Incontrolável -> CONTINUAR nesta secção
Caso contrário -> PASSAR para a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (pag.25).

4. Ok, (nome da criança), até aqui estava a tentar saber quais são as preocupações que tu tens. Agora gostava de saber se sentes algumas sensações físicas no teu corpo quando te preocupas.

Quando te preocupas com (exemplo específico):

- Sentes-te nervoso(a) e custa-te a relaxar?
- Cansas-te facilmente ou parece que estás sempre cansado(a)?
- Tens dificuldade em prestar atenção ou em concentrar-te?
- Irritas-te facilmente e, por vezes, ficas zangado?
- Doem-te os músculos, como as pernas, braços ou pescoço?
- Tens dificuldade em dormir (dificuldade em adormecer, dificuldade em manter o sono, ou sono agitado)?

INTERFERÊNCIA (0-8)

Ok, agora gostava de saber quanto é que tu achas que este problema tem atrapalhado a tua vida.

Quanto é que isso tem atrapalhado a tua vida na escola, na família ou com os amigos? Diz-me quanto, utilizando o Termómetro de Sentimentos que vimos antes, está bem?

Peço à mãe/ao pai que faça o mesmo, apontando para o termómetro que melhor descreve o grau em que estes problemas atrapalham e afectam a vida do(a) seu(sua) filho(a).

Anexo V. Descrição das Categorias

Categoria	Descrição da categoria
Escola	Preocupações dos pais com dificuldades que podem surgir em contexto escolar, tais como: baixo desempenho, desautorização dos adultos, problemas interpessoais, inadaptação. Exemplo: “adaptação a turma e aos colegas”, “principal preocupação é a escola, continuar a estudar” (mãe de rapariga, 8 anos)
Ansiedade da criança	Preocupações parentais com as manifestações e com o impacto da ansiedade dos filhos no presente bem como no futuro da criança. Exemplo: “tenho medo que ele venha a ter problemas mentais no futuro”
Família/parentalidade	Esta categoria engloba as preocupações que os pais sentem em relação a excessiva preocupação dos filhos sobre a família, bem como, o ambiente familiar. Preocupações e ansiedade parentais associadas com as práticas parentais e com a necessidade de garantirem o bem-estar da criança. Transmissão de problemas da família para os filhos. Causas familiares que podem gerar ansiedade à criança. Exemplos: “Hereditariedade e Depressão na família”; “muito apegado a família”; “O ambiente familiar é muito importante e na escola também, respeito pelos professores e auxiliares. Respeitar o próximo e o colegas”
Comportamento da criança	Preocupações parentais com problemas de comportamento das crianças, comportamento no ambiente escolar, em casa e com colegas. Exemplo: “Uma ligeira preocupação relativamente ao seu desenvolvimento escolar, ao seu comportamento”; “O comportamento dele por exemplo a mesa”; “Comportamentos maus”; “Não gosto que sejam malcriados e respondam mal”; “Que ele consiga ter um comportamento mais adequado nas aulas, para não ser expulso e não perder conteúdos”.
Saúde	Preocupação dos pais com o surgimento ou agudização de problemas de saúde física e/ou mental da criança. Exemplo: “ele fique com algum problema psicológico”

Anexo VI Exemplo de análise de uma das entrevistas

ID	Entrevista	Análise da entrevista
316 Pai	E - Quais é que acham que são assim...aliás, quais acha que são as preocupações que, enquanto pai, tem em relação à sua filha neste momento? O que é que o preocupa? P - (Pausa) O que é que me preocupa... (pausa) Nada assim em especial. E - Por exemplo, olhando aqui para estas grandes áreas, não é? A escola, a família, o comportamento, as amizades e os colegas, a saúde e o corpo, o bem-estar, existem assim algumas preocupações que tenha? P - Assim (pausa) existe sempre uma, uma ligeira preocupação relativamente ao seu desenvolvimento escolar (hã) ao seu comportamento, está associado ao fim ao cabo. E - Ok.	Qual a preocupação? Primeiramente nada preocupa. São dadas “pistas” de forma a ajudar a entrevistada Principal preocupação é a escola