

MARGARIDA SIMÕES PALMA DA COSTA FRUCTUOSA

**PERCEÇÃO PARENTAL DAS ESTRATÉGIAS
USADAS PELA CRIANÇA PARA LIDAR COM A
ANSIEDADE SOCIAL**

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Coorientadora: Professora Doutora Ana Filipa Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2020

MARGARIDA SIMÕES PALMA DA COSTA FRUCTUOSA

**PERCEÇÃO PARENTAL DAS ESTRATÉGIAS
USADAS PELA CRIANÇA PARA LIDAR COM A
ANSIEDADE SOCIAL**

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 no dia 08 de Maio de 2020, perante o Júri nomeado pelo Despacho Reitoral nº 263/2019, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Arguente: Professora Doutora Isabel Santos

Orientadora: Professora Doutora Patrícia Pascoal

Coorientadora: Professora Doutora Ana Filipa Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2020

Agradecimentos

Ao longo de todo o meu percurso académico muitos foram os que contribuíram para ultrapassar cada uma das etapas envolvidas nesse percurso, ajudando-me a chegar até esta fase final.

À Professora Doutora Ana Flipa Beato e à Professora Doutora Patrícia Pascoal pelo apoio, pela disponibilidade e dedicação constantes. Pela inspiração e pelos ensinamentos que marcaram, de forma muito singular, o meu percurso académico e crescimento pessoal e profissional.

À minha mãe, por ser o porto de abrigo de todas as minhas partidas e chegadas, pelo amor e apoio incondicional, e por saber abraçar todos os medos e angústias e incentivar todos os desafios.

Às minhas irmãs, obrigada pela incansável presença, preocupação, pelo incentivo e pela paciência.

Ao João, pelo apoio incondicional, pela constante presença, pela imensa compreensão, pela confiança e por lutar ao meu lado em todas as batalhas.

À Diana, pela amizade, pelos sorrisos e por me ajudar a acreditar que seria possível.

À Leila, por termos caminhado lado a lado nesta última etapa do nosso percurso académico, mas acima de tudo por ser uma presença de apoio e cuidado constantes na minha vida, longe ou perto.

A todos os colegas de curso, pelas conversas, debates e reflexões, que partilhámos juntos.

Um agradecimento especial a todas as crianças e pais que tornaram possível a realização e concretização do presente estudo.

Resumo

As Perturbações de Ansiedade têm uma elevada prevalência e impacto no ajustamento psicossocial durante a infância e a adolescência, encontrando-se a perturbação de ansiedade social entre as mais comuns. Devido à natureza interna dos sintomas da perturbação de ansiedade, nem sempre é fácil para os pais detetarem o problema. A presente investigação tem como principais objetivos: 1) caracterizar os sintomas de ansiedade social em crianças com perturbação de ansiedade social, 2) identificar as estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando está ansiosa, a partir da perspetiva dos pais e, 3) explorar os medos subjacentes às principais situações sociais receadas pelas crianças. Este estudo possui um desenho misto, transversal e exploratório, sendo a amostra constituída por 35 crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos (42,9% rapazes e 57,1% raparigas) e por 35 pais entre os 30 e os 53 anos (51,4% do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino). Os resultados revelam a existência de sintomas de ansiedade, maioritariamente focados em temas de desempenho, associados a receio de uma avaliação negativa por parte dos outros. O estudo revela ainda que uma grande parte dos pais (25,7%) não identifica estratégias utilizadas pelos filhos para lidar com a ansiedade, em grande parte devido ao desconhecimento das mesmas. A presente investigação representa um contributo para a literatura na medida em que se foca não só na perceção que as crianças têm dos seus sintomas de ansiedade social, mas também na perceção que os pais têm das estratégias usadas pelos filhos para lidar com a ansiedade social.

Palavras-chave: Perturbações de Ansiedade, Ansiedade Social, Estratégias das crianças.

Abstract

Anxiety Disorders have a high prevalence and impact on psychosocial adjustment during childhood and adolescence, with social anxiety disorder being among the most common. Due to the internal nature of anxiety disorder symptoms, it is not always easy for parents to detect the problem. The main objectives of the present investigation are: 1) to characterize the social anxiety symptoms in children with social anxiety disorder; 2) to identify the strategies used by children with social anxiety disorder when they are anxious, from the perspective of their parents; 3) to explore the fears underlying the main social situations feared by children. This study has a mixed, transversal and exploratory design. The sample is made up of 35 children, between 8 and 12 years old (42,9% boys and 57,1% girls) and 35 parents between 30 and 53 years old (51,4% female and 48,6% male). The results reveal the existence of anxiety symptoms, mainly focused on performance issues, associated with fear of negative evaluation by others. The study also reveals that a large proportion of the parents (25,7%) do not identify strategies used by their children to cope with anxiety, largely due to their lack of knowledge. The present research represents a contribution to the literature as it focuses not only on the children's perception of their social anxiety symptoms but also on parents' perception of the strategies used by their children to deal with social anxiety.

Keywords: Anxiety Disorders, Social Anxiety, Children's Strategies.

Índice Geral

Introdução	8
A Perspetiva Desenvolvimentista da Ansiedade.....	9
Ansiedade Social.....	12
Ansiedade Social e Família.....	14
Estratégias.....	15
Método	17
Desenho de Investigação.....	17
Participantes.....	17
Instrumentos.....	19
Questionário sociodemográfico	19
Anxiety Disorder Interview Schedule for Children – Parents Version ADIS IV-P (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).....	19
Entrevista “ <i>Ansioso por Saber</i> ” (Beato, 2016)	20
Procedimento de recolha de dados.....	21
Procedimento de análise de dados.....	21
Análise qualitativa	21
Análise estatística.....	23
Resultados.....	24
Caracterizar as situações causadoras de medo em crianças com perturbação de ansiedade social.....	24
Explorar os medos subjacentes às principais situações sociais receadas pelas crianças.....	26
Identificar as estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando ansiosas, a partir da perspetiva dos pais.....	28
Discussão.....	33
Caracterizar as situações causadoras de medo em crianças com perturbação de ansiedade social.....	33
Explorar os medos subjacentes às principais situações sociais receadas pelas crianças.....	33
Identificar as estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando ansiosas, a partir da perspetiva dos pais.....	34

Referências Bibliográficas	36
ANEXOS	41
Anexo 1 - Questionário de características sociodemográficas da criança e dos pais.....	42
Anexo 2 - Entrevista conjunta de diagnóstico Anxiety Disorder Interview Schedule-IV (ADIS-IV; C/P).....	44
Anexo 3 - Guião “Ansioso por Saber” - Entrevista semi-estruturada de avaliação das cognições e estratégias parentais para lidar com a ansiedade das crianças”.....	49
Anexo 4 - Consentimento informado dos pais para a participação das crianças no estudo.....	56
Anexo 5 - Árvore de categorias obtida pelo NVivo ®.....	57
Anexo 6 - Acordo Interjuízes.....	59
Anexo 7 - Análise de Conteúdo.....	61

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das variáveis das crianças

Tabela 2. Caracterização das variáveis dos pais

Tabela 3. Questões do guião de entrevista a explorar

Tabela 4. Situações específicas de exposição social mais receadas pelas crianças e a intensidade de medo/desconforto associados

Tabela 5. Descrição das categorias e respetivos exemplos referentes aos principais receios das crianças em situações sociais

Tabela 6. Consequências receadas pelas crianças nas situações sociais

Tabela 7. Consequências receadas pelas crianças nas situações sociais em função do sexo infantil

Tabela 8. Consequências receadas pelas crianças nas situações sociais em função do diagnóstico infantil

Tabela 9. Categorias referentes às estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com a ansiedade social, segundo a perspetiva dos pais

Tabela 10. Estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com a ansiedade social, segundo a perspetiva dos pais

Tabela 11. Perceção parental das estratégias usadas pelos filhos em função do sexo da criança

Tabela 12. Perceção parental das estratégias usadas pelos filhos em função do diagnóstico da criança

Introdução

A infância corresponde a um período de múltiplas aquisições e transformações no desenvolvimento, tornando crucial que o desenvolvimento saudável ou patológico da criança seja compreendido holisticamente, considerando os contextos relacionais e sociais em que está inserida. A ansiedade é uma das mais comuns perturbações psiquiátricas da infância (Banerjee, 2008; Edwards, Rapee, Kennedy & Spence, 2010; Thirlwall & Creswell, 2010; Wood, McLeod, Sigman, Hwang & Chu, 2003), podendo ter um impacto significativo nas funções a curto ou a longo prazo (Alfano, Beidel, & Turner, 2002). Estudos na comunidade científica têm demonstrado que uma grande parte das crianças e jovens sofrem de elevados níveis de medo e ansiedade (Keeton, Kolos, & Walkup, 2009). A ansiedade caracteriza-se por uma sensibilidade aos sintomas emocionais e físicos e à crença que estes são prejudiciais, refletindo uma tendência para responder em antecipação às situações de ameaça. Assim, a antecipação dos sentimentos de medo e pânico torna-se num fator de vulnerabilidade no desenvolvimento de perturbações ansiosas (Zavos, Gregory, & Eley, 2011). Acompanhada de sintomas físicos como dores de cabeça, tensão, inquietação, desordens gastrointestinais e palpitações, a ansiedade associa-se a um acentuado sofrimento, interferindo com o funcionamento social, emocional e educacional (Keeton, et al., 2009). A literatura sugere que o número de medos tende a diminuir com a idade (Fonseca 1993; Kendall et al., 1991; Ollendick, Grills, Alexander 2001; Sweeney & Pine, 2004).

A perturbação de ansiedade social caracteriza-se por um sentimento de desconforto em contextos sociais e pelo medo de uma avaliação negativa por parte dos outros (Brito, 2011; Hofmann, Asnaani, & Hinton, 2010). O receio social tende a emergir de forma mais acentuada, mas normativa nos últimos anos da infância e, em particular, nos primeiros anos da adolescência. À medida que a criança revela maior capacidade para compreender a complexidade da interação social, bem como de pensar acerca de si mesma, é comum começar a preocupar-se com a avaliação negativa por parte dos outros (Cunha & Salvador, 2000).

Normalmente, o sofrimento emocional para as crianças é apenas aparente para os adultos, podendo estar relacionado com o facto de existir uma incapacidade das crianças em identificar o seu próprio *status* emocional, estando os estudos ainda longe de descobrirem o que as crianças sabem e como interpretam a ansiedade (Alfano, Beidel & Turner, 2002). Pesquisas sobre o desenvolvimento infantil apenas indicam que o ‘insight’ afeta as

descrições sobre a ansiedade das crianças e adolescentes, ou seja, as suas respostas comportamentais perante novas situações, vão ser influenciadas por fatores como o desenvolvimento cognitivo, as competências linguísticas, a compreensão das emoções, a conceção do *self*, da auto - consciência e da percepção dos outros (Schniering, Hudson, & Rapee, 2000). Apesar dos efeitos negativos da ansiedade nas crianças, pouco se sabe sobre o seu desenvolvimento, pois desenvolve-se em poucas crianças e o seu aparecimento acontece na primeira infância (Thirwall & Creswell, 2010). Muitas das desordens de ansiedade que se manifestam na idade adulta, remontam à infância, tornando necessária a compreensão dos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, persistência e extinção, de modo a criar linhas orientadoras para a sua deteção, prevenção e tratamento (Vasey & Ollendick, 2000).

Estudos recentes mostram que para estudar a ansiedade na infância tem também de se estudar o papel dos pais no desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade nas crianças (e.g. Barlow, 2000). Existe uma relação entre as atribuições parentais e o comportamento dos pais e da criança. Os estudos que falam nas atribuições parentais em relação ao comportamento da criança focam-se nas perturbações de externalização (e.g. as perturbações do comportamento, perturbação de oposição e PHDA). Nesses estudos, as atribuições dos pais em relação aos comportamentos dos filhos têm vindo a ser relacionados com os problemas de comportamento infantil (Bugental & Johnston, 2000; Baden & Howe, 1992; Johnston & Freeman, 1997).

A Perspetiva Desenvolvimentista da Ansiedade

O medo e a ansiedade fazem parte da vida de todas as crianças e jovens. O medo e a ansiedade são reações normativas, com importantes funções adaptativas, e são acompanhados de manifestações somáticas e cognitivas. O termo “medo” é usado na resposta a uma ameaça externa e o termo “ansiedade” é utilizado na resposta a uma ameaça interna, na ausência de um estímulo externo ameaçador (Schniering, Hudson, & Rapee, 2000). A ansiedade é caracterizada como uma emoção básica de sensação de medo (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, Van der Ende, & Verhulst, 2003). O medo surge como uma resposta a um estímulo desencadeador externo, levando a comportamentos de evitamento ou fuga (Muris, 2006; Muris & Field, 2011). Por sua vez, a ansiedade é um estado emocional aversivo sem desencadeadores claros (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005) e define-se como uma resposta face a um perigo real ou imaginário, acompanhada pela manifestação de

sintomas fisiológicos como batimento cardíaco acentuado, transpiração, tensão muscular e tensão arterial elevada (Barlow & Chorpita, 1998).

De acordo com a abordagem da psicopatologia do desenvolvimento, a ansiedade é considerada adaptativa, pois funciona como sistema de alerta em 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).

Vários medos surgem em fases específicas do desenvolvimento de forma normativa. Todavia, existem casos em que os medos e sintomas de ansiedade surgem desfasados (tanto precoce como tardiamente) face ao esperado para a fase de desenvolvimento (Muris & Field, 2008). Tendo em conta que a sua intensidade e frequência variam de criança para criança, existem vários fatores que contribuem, tais como a personalidade, o temperamento dos pais ou o contexto em que se insere.

Por norma, as crianças em idade pré-escolar, têm receio da presença de estranhos e ficam ansiosas na antecipação de situações de separação em relação aos cuidadores principais (Ginsburg & Schlossberg, 2002). À medida que se integram no contexto escolar e com o crescimento, os medos tendem a ser menos concretos e mais abstratos, direcionando-se para situações de avaliação do desempenho escolar e avaliação social (e.g., realização de testes, aparência física, competências relacionais (Graziano, Degiovanni & Garcia, 1979; Baptista, 2000).

O receio da avaliação social emerge de forma mais acentuada nos últimos anos da infância e nos primeiros anos da adolescência. À medida que a criança ou o jovem revelam maior capacidade para compreender a complexidade da interação social e, pensar acerca de si mesmos, surgem receios associados à opinião e avaliação negativas por parte dos outros (Todd Kashdan, 2007; Morrison & Heimberg, 2013).

Pela complexidade deste processo, a adolescência é referida, pela maior parte dos indivíduos, como uma fase de grande ansiedade social (Cunha & Salvador, 2000). Assim, os medos são influenciados por diferenças individuais (temperamento, contexto, experiências prévias, etc.) e variáveis culturais e contextuais (Fonseca 1993; Ingman, Ollendick & Akande 1999). As investigações sugerem que o número de medos tende a diminuir com a idade (Fonseca 1993; Kendall et al., 1991; Ollendick, Grills, Alexander 2001; Sweeney & Pine, 2004).

Apesar de fatores como a fase do desenvolvimento, a idade e o género parecem delimitar alguns padrões na vivência dos medos e da ansiedade, os medos são, também,

influenciados por diferenças individuais (temperamento, contexto, experiências prévias, etc.) e variáveis culturais e contextuais (Fonseca 1993; Ingman, Ollendick & Akande 1999). Modelos teóricos e vários autores (e.g., Carr, 2000) sugerem a influência de crenças familiares na promoção de ansiedade nas crianças, tais como a interpretação de situações ambíguas como ameaçadoras; receio do futuro e perigos/riscos que este acarrete; constante preocupação com acontecimentos do passado e suas consequências e significado atribuído a situações de mal-estar físico ou psicológico.

Apesar do medo e a ansiedade terem uma função adaptativa e ajustada ao nível de desenvolvimento do indivíduo, estes podem assumir contornos patológicos. Podemos afirmar que estamos perante uma perturbação psicológica quando estes estados se apresentam de forma intensa, exagerada, prolongada, desproporcional à situação causadora de mal-estar, interferente no ajustamento emocional e no dia-a-dia (Southam-Gerow & Chorpita, 2007) e qualitativamente diferentes do esperado para a sua faixa etária (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

As perturbações de ansiedade representam uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes na idade pediátrica, afetando uma em cada cinco crianças e adolescentes.

A prevalência estimada da ansiedade infantil varia entre 2,6% a 41,2% em crianças com menos de 12 anos (Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006), sendo que cerca de 6% a 20% das crianças têm mais do que um diagnóstico de perturbação de ansiedade. (Schniering, Hudson e Rapee, 2000; Williams e Pearman, 2010; Zahner e Daskalakis, 1997) as crianças do sexo feminino tende a ter níveis mais altos de perturbação de ansiedade do que as crianças do sexo masculino (Costello, Mustillo, Keller & Angold, 2004).

A identificação precoce e o tratamento efetivo podem reduzir o impacto negativo no desenvolvimento normativo psicossocial da criança/adolescente e prevenir a persistência das PA na idade adulta. Porém, sabe-se que frequentemente não são identificadas nem tratadas (e.g. pouco visíveis) (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). A natureza interna dos sintomas das perturbações de ansiedade pode dificultar a deteção do problema por parte dos pais ou estar associado a uma menor percepção de impacto no funcionamento da criança (Brannan, Heflinger, & Foster, 2003).

Estudos têm demonstrado que as PA interferem no funcionamento adaptativo das crianças e com as tarefas desenvolvimentais das mesmas (Chorpita & Barlow, 1998; Essau, Conradt & Petermann, 2000; Rapee, Schniering & Hudson, 2009).

A característica nuclear das PA é o evitamento. O evitamento pode ser de situações específicas, lugares, estímulos ou envolver formas mais subtis, como hesitação, incerteza, afastamento ou atos ritualizados. O evitamento está associado a duas outras características importantes nas PA: expectativa de ameaça (percepção desajustada ou exagerada do perigo) e antecipação da ameaça (adotando a forma de preocupação, ruminação, ansiedade antecipatória ou pensamentos negativos) (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003).

As manifestações somáticas e cognitivas da ansiedade, embora frequentes, não são específicas e, portanto, diagnósticas de uma determinada perturbação. Interferem no pensamento, na percepção e na aprendizagem e são, por vezes, difíceis de operacionalizar nas crianças. As manifestações somáticas (efeitos motores e viscerais) mais comuns são: epigastrialgias, tensão muscular, tremores, sudorese, palpitações, hiperventilação, cefaleias, náuseas, vômitos, diarreia e dificuldades no sono. As manifestações cognitivas mais frequentes são desconcentração, dificuldades na memorização e em fazer associações e irritabilidade (Craske, 1997).

Ansiedade Social

A ansiedade social surge frequentemente na infância e, em particular, na adolescência (Marks & Gelder, 1966). Caracteriza-se por um medo persistente e de uma ou várias situações sociais ou de desempenho durante as quais o sujeito está em contacto com pessoas não familiares ou pode ser exposto à eventual observação atenta de outrem. O sujeito receia agir (ou mostrar sintomas ansiosos) de maneira embaraçadora ou humilhante (APA, 2000). A intensidade da perturbação depende do número de situações sociais envolvidas (Mirabel-Sarron & Plagnol, 2010) e da importância da evitação das situações embaraçadoras (Kashdan & Herbert, 2001). Os sintomas devem gerar um mal-estar, causando interferência no funcionamento quotidiano (Monfette, 2006).

A PAS é uma das perturbações de ansiedade mais frequentes na infância e na adolescência, mas também a menos reconhecida, estudada e tratada (Liebowitz et al., 1985). É a perturbação mais prevalente das perturbações de ansiedade e a terceira mais prevalente de perturbação psicológica na população em geral (Hofmann & Barlow, 2002). Esta varia entre 0,9% e 1,1% em crianças em idade escolar e em 1,1% em adolescentes (Craske, 1997).

Na maioria das vezes, as crianças e os adolescentes que apresentam perturbação de ansiedade social são pouco reconhecidas, tanto pelos pais como pelos profissionais, incluindo o pessoal escolar. Tendem a ser «invisíveis» e negligenciados na sala de aula

(Strauss et al., 1998; citados em Kashdan & Herbert, 2001), e, em alguns casos, recusam ir à escola (Kashdan & Herbert, 2001).

O desenvolvimento cognitivo nos mais jovens torna difícil a tomada de consciência das suas preocupações e do seu medo de serem humilhados. As suas capacidades de comunicação são também fortemente afetadas por isso. Além disso, têm dificuldade em identificar as emoções ligadas aos sintomas físicos, como as tonturas e o aumento do ritmo cardíaco (Beidel & Turner, 1998; citados em Kashdan & Herbert, 2001). Os sintomas de recusa escolar, de depressão e de comportamentos externalizados por vezes são difíceis de diferenciar daqueles que caracterizam a ansiedade social (Beidel & Turner, 1998; citados em Kashdan & Herbert, 2001).

A ansiedade social surge muitas vezes nas crianças através de manifestações tais como chorar, gritar, ficar hirto ou agarrar-se às figuras familiares (Beider & Turner, 1998; citados em Kashdan Herbert, 2001). Os adolescentes, por seu turno, podem sentir sintomas de pânico quando são confrontados com situações sociais ansiogénicas. Outras manifestações frequentes podem ser contacto visual pobre, ombros descaídos, voz trémula (Beidel & Turner, 1998; citados em Kashdan Herbert, 2001).

As investigações relatam dois subtipos de ansiedade social: um primeiro tipo, em que o medo e o evitamento apenas respeitam uma única situação social (Mattick & Clarke, 1998; citados em Kashdan & Herbert, 2001), e o segundo, mais extremo, em que o medo e a evitação dizem respeito a várias situações sociais, inerentes à vida quotidiana, como as conversas, o encontro com pessoas novas, etc. (Turner, Beidel & Townsley, 1992).

A ansiedade social pode manifestar-se na primeira infância por volta dos 5 anos. Um pico na adolescência é reportado entre os 11 e os 15 anos. Certas fobias sociais revelam-se mais tardiamente, mas as primeiras manifestações tendem a surgir na infância e na adolescência (Mirabel-Sarron & Plagnol, 2010). Esta é considerada a perturbação de ansiedade mais frequente com início precoce. A evolução natural pode ir no sentido da melhoria espontânea, lenta e progressiva, mas numerosas complicações podem associar-se, como o insucesso escolar, o isolamento social e a depressão com um risco real de suicídio (Mirabel-Sarron & Plagnol, 2010).

Além disso, 60% das crianças que apresentam ansiedade social têm um segundo diagnóstico (e.g., outra perturbação de ansiedade, mutismo seletivo, perturbação de hiperactividade e défice de atenção).

Com frequência, as crianças que apresentam ansiedade social não gostam da escola, e cerca de 10 % recusam frequentá-la com regularidade. A ansiedade social está, muitas vezes, associada a capacidades verbais reduzidas e desordens da comunicação. Desordens somatoformes, dores gástricas e cefaleias são igualmente reportadas (Roy et al., 2009). O limite entre o medo normal e o medo patológico é frequentemente ambíguo, especialmente na adolescência, onde a formação da identidade e o desenvolvimento de competências sociais são mobilizados. As preocupações respeitantes à aceitação pelos pares e à imagem do corpo tornam-se muito importantes (Petersen & Leffert, 1995).

Ansiedade Social e Família

A maior parte dos modelos etiológicos da ansiedade social sugerem que existe uma interação entre fatores biológicos e fatores de vulnerabilidade psicológicos e do ambiente. Vários estudos salientaram o papel da predisposição genética e do temperamento inibido que se define pelo embaraço, a inibição social e a evitamento no decurso da infância nas pessoas com esta perturbação (Kashdan & Herbert, 2001).

As experiências do meio ambiente são igualmente reconhecidas como contribuindo para o desenvolvimento da ansiedade social. Alguns fatores de risco que têm vindo a ser salientados são: criticismo e controlo parental, rejeição pelos pares e as experiências de vitimização, condicionamento traumático a uma reação de pânico numa situação social de avaliação, tal como corar ou atrapalhar-se numa apresentação oral (Kashdan & Herbert, 2001).

Modelos teóricos demonstraram o papel importante dos pais no desenvolvimento da competência social e na ansiedade social (Masia & Morris, 1998; citados em Kashdan & Herbert, 2001). Relativamente aos fatores parentais, a predisposição genética para sentir afetos negativos, o ambiente familiar de rejeição, de distância emocional ou de superproteção, a transmissão de crenças negativas e perigosas relativas ao nível de perigo no mundo, e a sobreavaliação da opinião outros componentes parentais, interferem no desenvolvimento da ansiedade social (Beidel & Turner, 1998).

A família dá competências determinantes para o funcionamento da criança. Se os pais forem capazes de ajudar a criança a «regular-se emocionalmente», a conter-se e assim mentalizar o que se passa, lançam com isso as bases de capacidades acrescidas para funcionar no seio da sociedade. A qualidade da regulação no seio da relação pais/filho serve para modular emoções desagradáveis ou ainda para encontrar soluções numa situação dada

(Lazarus & Folkman, 2004). Numa família em que os pais têm tendência para ignorar os problemas ligados a situações ansiogénicas, as crianças ver-se-ão sozinhas e mais facilmente desamparadas, não sendo as pessoas da sua família capazes de as tranquilizar. A criança fica, portanto, fragilizada e os medos persistentes não resolvidos são um terreno fértil para o desenvolvimento de perturbações de pânico (Manassis et al., 2004).

Estratégias

Alguns estudos indicam que crianças com perturbação de ansiedade demonstram poucas estratégias de regulação emocional (Hannesdottir & Ollendick, 2007), na medida em que falam das suas experiências emocionais mais intensamente do que outras crianças (Suveg et al., 2005) e revelam uma fraca compreensão das emoções (Southam-Gerow e Kendall, 2000), demonstrando desregulamentação emocional. Por exemplo, uma criança ansiosa tenta evitar eventos ou situações que causam estados emocionais (Mash & Wolfe, 2002), e apesar do evitamento funcionar como uma estratégia de regulação emocional para reduzir ou prevenir estados emocionais intensos, geralmente é incapacitante (Hannesdottir e Ollendick, 2007). Dessa maneira, existe um vínculo claro entre ansiedade infantil e déficits na competência de regulação emocional das crianças.

A literatura sobre estratégias para lidar com situações adversas utiliza habitualmente o termo “coping”. De acordo com Skinner e Welborn (1994), o coping pode ser encarado como o modo, através do qual, a criança regula as suas emoções e comportamentos para lidar com condições psicologicamente stressantes (e.g., situações geradoras de medo ou ansiedade). A criança realiza assim, “esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências específicas externas e/ ou internas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos”.

Podem ser distinguidos dois tipos de Coping: focado no problema – quando as estratégias passam por resolver a situação de medo; ou o Coping focado na emoção - quando as estratégias adoptadas, têm como objectivo lidar com as reacções emocionais associadas ou desencadeadas pelo medo, através de pensamentos e comportamentos.

Considerando alguns estudos baseados na interpretação de situações ameaçadoras na infância, verifica-se que as estratégias de evitamento são aquelas que predominam nas crianças, nomeadamente no transtorno de ansiedade, quando expostas a situações percebidas como ameaçadoras (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996).

Estudos apontam como principais estratégias utilizadas pelo indivíduo: a Resolução de Problemas; a Procura de Suporte, a Distracção, o Evitamento-Fuga, o Desamparo, a Regulação Emocional, a Procura de Informação, o Isolamento Social, a Reestruturação Cognitiva, a Ruminação e a Agressão (Allen, Rapee & Sandberg, 2008). Ainda que crianças e adolescentes possam recorrer a diversas estratégias, tanto as mencionadas como outras desconhecidas, concluiu-se que as quatro primeiras são utilizadas com bastante regularidade por esta população. Constatou-se também que, dependendo da idade, existe uma desigualdade nas estratégias de *coping* utilizadas por crianças e adolescentes, sendo essas diferenças observadas em termos da frequência com que as estratégias se manifestam (Skinner, Edge, Altman e Sherwood, 2003; Skinner e Zimmer-Gembeck, 2007). Em traços gerais, crianças com idade superior a 8 anos utilizam estratégias assentes na resolução de problemas com maior frequência que crianças mais novas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Na fase de transição para a adolescência, diminuem entre os 9 e os 12 anos, notando-se seguidamente um aumento desta estratégia nas relações entre pares, no período da adolescência. No que respeita a estratégias de distracção, verificou-se um aumento da utilização de estratégias comportamentais (por exemplo jogar um jogo ou manter-se ocupado), entre os 6 anos e o princípio da adolescência. A partir dos 14 anos de idade ocorre um aumento do uso de estratégias de distracção cognitiva (por exemplo pensar noutras coisas, pensar acerca de algo divertido/engraçado), comparativamente à distracção comportamental. Quanto a estratégias de Evitamento-Fuga não foram encontradas diferenças em função da idade (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

O *coping* é visto muitas vezes como um “meio” para uma gestão equilibrada e controlada dos medos. É frequente a realização de estratégias sem conhecimento ou consciência do seu impacto. É algo que se estende da infância à idade adulta, a experiência das mais diversas situações que causam ansiedade ou mal-estar físico e psicológico.

Em suma, as estratégias de *coping* podem ser consideradas um fator de risco ou de proteção no desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade (Allen, Rapee & Sandberg, 2008).

Objetivos

A presente investigação tem como objetivos gerais, numa perspetiva exploratória e qualitativa: 1) caracterizar as situações causadoras de medo em crianças com perturbação de ansiedade social; 2) explorar os medos subjacentes às principais situações sociais receadas

pelas crianças; 3) identificar as estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando ansiosas, a partir da perspectiva dos pais.

Considerando o carácter exploratório do estudo, identificam-se os seguintes objetivos específicos: 1) descrever situações específicas de exposição social mais receadas pelas crianças e a intensidade de medo/desconforto associados; 2) explorar em que situações sociais enfrentar estas situações pode ser mais difícil; 3) explorar as consequências receadas pelas crianças nestas situações sociais em função do sexo e do diagnóstico da criança; 4) explorar as estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com a ansiedade social a partir da perspectiva dos pais, em função do sexo e do diagnóstico da criança.

Método

Desenho de Investigação

O presente estudo assume um carácter exploratório e transversal. Baseia-se numa abordagem descritiva e qualitativa, no sentido em que procura caracterizar os resultados de excertos de duas entrevistas semi-estruturadas.

Participantes

A amostra deste estudo constitui uma amostra não probabilística de conveniência, correspondendo a um recorte da amostra de um estudo mais alargado (Beato, 2016). No que respeita a critérios de inclusão para participação no estudo, destaca-se que as crianças tinham que cumprir critérios clínicos de diagnóstico para perturbação de ansiedade social como diagnóstico principal, secundário ou subclínico. Outro critério diz respeito ao facto das crianças e os pais terem de reconhecer o grau de impacto significativo desta perturbação na vida da criança e os pais tinham de coabitar com a criança.

Participaram no estudo 35 crianças e 35 pais. Relativamente à caracterização das crianças (tabela 1), verifica-se que estas têm idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos ($M= 10,12$; $DP= 1,19$). No que respeita ao diagnóstico de perturbação de ansiedade social, 10 crianças (28,6%) têm ansiedade social como diagnóstico principal, 15 crianças (42,9%) com diagnóstico secundário e 10 crianças (28,6%) com diagnóstico subclínico. Relativamente à caracterização dos pais (tabela 2), verifica-se que estes têm idades compreendidas entre os 30 e os 53 anos ($M=41,39$; $DP=5,49$). Por opção foi incluído um

avô na amostra, uma vez que assume desde sempre a prestação de cuidados da criança e é a sua figura paterna masculina de referência.

Tabela 1

Caracterização Das Variáveis Das Crianças

Variáveis das crianças		Frequência Absoluta (%)
Sexo	Feminino	15 (42.9)
	Masculino	20 (57.1)
Idade	8	1 (3.0)
	9	12 (36.4)
	10	8 (24.2)
	11	6 (18.2)
	12	6 (18.2)
Média= 10,12; DP= 1,19; Min.=8; Máx.=12		
Diagnóstico de Ansiedade Social	Principal	10 (28.6)
	Secundário	15 (42.9)
	Subclínico	10 (28.6)

Tabela 2

Caracterização Das Variáveis Dos Pais ¹

Variáveis dos pais		Frequência Absoluta (%)
Sexo	Feminino	18 (51.4)
	Masculino	17 (48.6)
Idade	30, 39, 41,42,45,46,53	1 (3.6)
	43,44,49	2 (7.1)
	33,37,47	3 (10.7)
	40	6 (21.4)
Média= 41,39; DP=5,49; Min.=30 Máx.=53		
Escolaridade	1º ciclo	2 (7.1)
	2º ciclo	1 (3.6)
	3º ciclo	9 (32.1)
	Secundário	7 (25)
	Pós-Secundário não superior	2 (7.1)
	Superior universitário	7 (25)
Estado Civil	Solteiro	2 (6.7)
	Casado ou em união de facto	26 (86.7)

¹ Alguns pais não forneceram dados demográficos, pelo que não foi possível incluí-los aqui.

	Divorciado ou separado	2 (6.8)
Nível Socioeconómico	Baixo	10 (33.3)
	Médio	16 (53.3)
	Médio/Alto	4 (13.4)
Nacionalidade	Portuguesa	35 (100)

Instrumentos ²

O protocolo de avaliação que se apresenta não corresponde à plenitude de instrumentos do projeto de investigação alargado, destacando-se apenas os instrumentos que permitiram a concretização do presente estudo.

Questionário sociodemográfico

A recolha dos dados relativos às crianças e aos pais, como o sexo, idade, situação profissional, nível socioeconómico entre outras, foi possibilitada pela utilização do Questionário Sociodemográfico, construído para o efeito no contexto da investigação do estudo alargado. Foram recolhidas informações sobre as crianças (e.g. sexo, idade e diagnóstico de ansiedade social) e sobre os pais (sexo, idade, escolaridade, estado civil, nível socioeconómico e nacionalidade).

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

A ADIS-IV-P é uma entrevista semi-estruturada de diagnóstico que avalia as perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV, bem como as perturbações que lhes estão associadas, em crianças e adolescentes entre os 7 e os 17 anos (Albano & Silverman, 1996). Esta entrevista inclui uma versão para pais e outra para crianças. Neste estudo foi apenas utilizada a versão para crianças. Cada secção da entrevista contém questões que avaliam a presença ou ausência de sintomas e critérios para uma determinada perturbação. O número total de sintomas é calculado de forma a verificar se existem sintomas suficientes para cumprir os critérios que definem cada um dos quadros diagnósticos, segundo os critérios do DSM-IV. No final de cada secção dos quadros diagnósticos, é colocada uma questão para avaliar a interferência da perturbação no dia-a-dia da criança (ao nível escolar, familiar e social). A interferência é avaliada segundo uma escala que varia entre 0 (nenhuma interferência) e 8 (muitíssima interferência). Um dos critérios de diagnóstico que tem de ser

² Um exemplar de cada instrumento encontra-se em anexo (Anexo I, Anexo II e Anexo III, respetivamente)

identificado para todas as perturbações é o da interferência igual ou superior a quatro, sendo que abaixo deste valor são considerados diagnósticos subclínicos (Albano & Silverman, 1996). No final da entrevista, é pedido aos pais alguma informação sobre a história de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico da criança. O instrumento é constituído pelas seguintes secções: recusa em ir à escola; ansiedade de separação; fobia social; fobia específica; perturbação do pânico; agorafobia com ou sem perturbação do pânico; ansiedade generalizada; perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação do *stress* pós-traumático; distímia; perturbação depressiva major; perturbação da hiperatividade e défice de atenção; perturbação do comportamento e perturbação de oposição (Albano & Silverman, 1996). No presente estudo foi analisado a secção da fobia Social (Perturbação de Ansiedade Social). Esta secção inclui três questões abertas de resposta dicotómica. Os estudos realizados com a ADIS-IV-P apoiam a sua validade (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002) e revelam que os diagnósticos de perturbação de ansiedade estabelecidos através desta entrevista têm uma estabilidade teste-reteste aceitável ($\kappa = .65;88$; Silverman, Saavedra, & Pina, 2001).

Entrevista “*Ansioso por Saber*” (Beato, 2016)

A entrevista foi desenvolvida com o objetivo de identificar e analisar os comportamentos, atitudes e crenças parentais para lidar com a ansiedade dos filhos. A entrevista é constituída por questões que correspondem às seguintes dimensões: percepção de vulnerabilidade da criança, reações emocionais do progenitor à ansiedade dos filhos e estratégias parentais para lidar com as mesmas, percepção da atitude do/a parceiro/a perante a ansiedade da criança, estratégias da criança, interpretação de estímulos ambíguos como ameaça, expectativas parentais acerca das consequências e evolução da ansiedade, percepção de controlo e atribuições causais associadas à ansiedade infantil. O guião da entrevista semi-estruturada para a avaliação da percepção dos pais sobre a ansiedade da criança está organizado em vários blocos temáticos que correspondem às dimensões a explorar. Com base nos principais objetivos do nosso estudo, foram analisadas as respostas dos pais a duas questões deste guião (tabela 3).

Tabela 3

Questão 14 Do Guião Da Entrevista Ansioso Por Saber

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)?

(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?

Procedimento de recolha de dados

O presente estudo integra-se num projeto de investigação mais alargado: “Ansiedade parental, estilos parentais, superproteção, significações e estratégias parentais em pais de crianças com perturbações de ansiedade: O pai é importante?” (Beato, 2016). Por conseguinte, o protocolo de avaliação que se descreve corresponde a uma parte dos instrumentos do protocolo original.

O estudo original constitui uma amostra de 987 crianças selecionadas em 12 escolas do 1º e 2º ciclo dos concelhos de Lisboa, Vila Franca de Xira e Benavente. Através de um procedimento de *screening multietapas*, foram selecionadas crianças com o diagnóstico de perturbação de ansiedade. Foi a partir desta amostra que os participantes neste estudo foram selecionados.

O estudo original foi aprovado pela 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. Todos os pais do presente estudo, assinaram o consentimento informado para a participação no mesmo ³.

Procedimento de análise de dados

Análise qualitativa

Considerando os objetivos deste estudo, optou-se pela utilização da análise de conteúdo, utilizando o *software* QSR-NVivo 12®. A análise de conteúdo é hoje uma das

³ O consentimento informado encontra-se em anexo (ANEXO IV)

técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. É uma técnica de investigação que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Berelson, 1952). Adotando esta mesma definição, Cartwright (1953) alarga o âmbito da análise de conteúdo na medida em que propõe a sua extensão a “todo o comportamento simbólico”. Trinta anos depois, Krippendorff (1980) definiu análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências replicáveis e válidas dos dados para o seu contexto”. A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, não é um método. Como técnica pode integrar-se em qualquer tipo de procedimento lógico de investigação e servir vários níveis de investigação empírica. Quando falamos de níveis de investigação empírica, referimo-nos à hierarquia de objetivos do trabalho de investigação: descrever fenómenos (nível descritivo), descobrir covariações ou associações entre fenómenos (nível correlacional) e descobrir relações de causa-efeito entre fenómenos (nível causal) (Vala, 1986; Lima, 2013).

Vários estudos confirmam que a análise de conteúdo tem como principais potencialidades o facto de ser sistemática, de ser bastante flexível, permitindo tratar um grande volume de dados e todo o tipo de documentos, de ser não obstrutiva ou discreta, frequentemente não reativa, de ter uma boa relação custo-benefício (materiais frequentemente acessíveis), de permitir estudar processos que ocorrem no decurso de longos períodos de tempo, e de ter inúmeros domínios de aplicação: técnica passível de utilização nos diversos níveis de investigação empírica e passível de utilização com material não estruturado. A análise de conteúdo tem ainda como desvantagens a impossibilidade de testar relações causais entre variáveis, e de ser morosa (Berg & Lune, 2012; Vala, 1986; Lima, 2013).

O uso do *software* NVivo12® como ferramenta de apoio no processo de categorização e análise do material do presente estudo, permitiu confirmar ou excluir categorias e subcategorias temáticas. Estudos indicam que a utilização do N-Vivo pode facilitar a análise de conteúdo, contribuindo para o aumento da validade do estudo (Hutchison, Jonhston & Breckon, 2010).

Desta forma, na análise de conteúdo do presente estudo e, num primeiro momento, depois da transcrição e leitura das entrevistas, iniciou-se um conjunto de operações: 1) Delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa; 2) Constituição de um *corpus* (seleção do material com vista à pesquisa dos objetivos); 3) Definição de categorias (através de um processo de análise indutiva, os dados

foram decompostos, conceptualizados e reagrupados de várias formas, com o objetivo de se construírem categorias teoricamente justificadas); 4) Definição de unidades de análise (objetivos e a problemática teórica que orientam a pesquisa que devem determinar a natureza das unidades a utilizar).

De seguida, estabeleceram-se categorias nucleares, tendo em conta os objetivos propostos, tendo como base as investigações desenvolvidas na área do *coping* em crianças e adolescentes (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck 2007). Procedeu-se então à inclusão e interligação de outras categorias, que foram surgindo à medida que se analisavam os dados. Por este motivo, o processo de categorização foi progressivo e decorreu praticamente até ao final do procedimento de análise.

Em suma, permitiu a criação de *árvores de categorias*, que possibilitou um olhar mais criterioso sobre o material selecionado ⁴.

Qualquer plano de análise de conteúdo pressupõe a elaboração de um conjunto de procedimentos que permitam assegurar a sua fidedignidade e validade. Para isso, e de forma a aumentar a fidedignidade do presente estudo, procedeu-se ao cálculo do acordo interjuízes, que ajuda a recriar um processo de recodificação em diferentes circunstâncias, com diferentes codificadores (Lima, 2013) ⁵.

Análise estatística

Complementarmente a uma análise qualitativa, foram realizadas algumas análises estatísticas não paramétricas, em função dos objetivos definidos. Para este efeito foi utilizado o programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20. Com o objetivo de sintetizar os dados obtidos, procedeu-se à caracterização dos resultados obtidos através de estatísticas descritivas, isto é, frequências e percentagens.

⁴ As árvores de categorias encontram-se em anexo (ANEXO V)

⁵ O cálculo do acordo interjuízes encontra-se em anexo (ANEXO VI)

Resultados

Com o intuito de promover uma melhor compreensão dos dados, esta secção encontra-se organizada em função dos objetivos, enunciados no capítulo anterior.

Caracterizar as situações causadoras de medo em crianças com perturbação de ansiedade social

Como podemos observar na tabela 4, as situações específicas de exposição social mais receadas pelas crianças são *fazer testes* (77,1%) e *falar com alguém que não conheces bem* (71,4%). Também se evidencia que existem mais crianças com receio de situações associadas ao desempenho, ao invés das situações sociais.

Quando se compara as diferentes situações consoante a sua intensidade de medo, verifica-se que 42,9% das crianças identificam a situação de desempenho *fazer testes* como tendo muito medo, assim como 22,9% das crianças identificam a situação social *falar com alguém que não conheces bem*.

Ao tentar perceber qual das situações causava mais evitamento ou desconforto, verifica-se que 48,6% das crianças consideram *falar com alguém que não conheces bem* como a que evitam ou que lhes provoca desconforto, dizendo esta respeito a uma situação social.

Tabela 4 - *Situações Específicas De Exposição Social Mais Receadas Pelas Crianças E A Intensidade De Medo/Desconforto Associados*

Situações específicas de exposição sociais receadas pelas crianças		Medo	Intensidade do Medo		Evitamento/ Desconforto
			Algum	Muito	
Desempenho	<i>Responder a questões na sala de aula</i>	17 (48.6%)	9 (25.7%)	4 (11.4%)	12 (34.3%)
	<i>Apresentar um trabalho oralmente ou ler em voz alta em frente aos colegas</i>	21 (60%)	4 (11.4%)	10 (28.6%)	8 (22.9%)
	<i>Fazer uma pergunta ao professor ou pedir-lhe ajuda</i>	7 (20%)	3 (8.6%)	2 (5.7%)	5 (14.3%)
	<i>Fazer testes</i>	27 (77.1%)	9 (25.7%)	15 (42.9%)	13 (37.1%)
	<i>Escrever no quadro</i>	12 (34.3%)	2 (5.7%)	4 (11.4%)	4 (11.4%)
	<i>Trabalhar ou brincar com um grupo de crianças/jovens</i>	6 (17.1%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)	1 (2.9%)
	<i>Aula de Educação Física</i>	4 (11.4%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)	3 (8.6%)
Sociais	<i>Andar pelo átrio, corredores ou bar da escola</i>	8 (22.9%)	3 (8.6%)	2 (5.7%)	3 (8.6%)
	<i>Iniciar ou juntar-se a uma conversa</i>	15 (42.9%)	5 (14.3%)	6 (17.1%)	6 (17.1%)
	<i>Utilizar a casa de banho da escola ou outras casas de banho públicas</i>	7 (20%)	0	3 (8.6%)	3 (8.6%)
	<i>Comer em frente a outras pessoas (por ex., em casa, na cantina ou bar da escola, restaurantes)</i>	6 (17.1%)	3 (8.6%)	1 (2.9%)	4 (11.4%)
	<i>Encontros como reuniões dos escuteiros ou reuniões de equipa desportiva</i>	8 (22.9%)	2 (5.7%)	3 (8.6%)	3 (8.6%)
	<i>Atender ou falar ao telefone</i>	10 (28.6%)	6 (17.1%)	1 (2.9%)	4 (11.4%)
	<i>Tocar um instrumento ou praticar um desporto em público</i>	18 (51.4%)	3 (8.6%)	7 (20%)	9 (25.7%)
	<i>Convidar um amigo (a) para um encontro</i>	5 (14.3%)	3 (8.6%)	2 (5.7%)	2 (5.7%)
	<i>Falar com adultos</i>	16 (45.7%)	5 (14.3%)	7 (20%)	12 (34.3%)
	<i>Falar com alguém que não conheces bem</i>	25 (71.4%)	9 (25.7%)	8 (22.9%)	17 (48.6%)
	<i>Ir a festas, bailes ou atividades noturnas na escola</i>	5 (14.3%)	1 (2.9%)	2 (5.7%)	2 (5.7%)
	<i>Ser fotografado (a)</i>	9 (25.7%)	4 (11.4%)	2 (5.7%)	5 (14.3%)
	<i>(Se adolescente) Ter encontros amorosos</i>	2 (5.7%)	0	2 (5.7%)	2 (5.7%)
	<i>Pedirem-te para fazer qualquer coisa que tu, na realidade, não queres fazer, mas não consegues dizer que não. É difícil dizer que não?</i>	13 (37.1%)	3 (8.6%)	6 (17.1%)	7 (20%)
	<i>Estar alguém a fazer-te uma coisa que tu não gostas mas não seres capaz de lhe dizer para parar. É difícil para ti dizeres-lhe para te deixar em paz?</i>	10 (32.3%)	4 (11.4%)	4 (11.4%)	6 (17.1%)

Explorar os medos subjacentes às principais situações sociais receadas pelas crianças

Através da análise de conteúdo da entrevista semi-estruturada ADIS-IV foi analisada a secção da Fobia Social. Assim sendo, após a recolha de informação à análise dos receios das crianças acerca da possibilidade de serem avaliadas negativamente pelos outros foram identificadas categorias de receios das crianças em situações sociais (tabela 5).

Neste sentido, os resultados indicam que 14 (45,2%) das crianças costuma *sentir que as outras pessoas podem pensar que a criança pode fazer algo estúpido ou palerma*. Por outro lado, 17 (56,7%) das crianças indica que quando se encontra em lugares em que estejam outras pessoas, como por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costuma *pensar que as outras pessoas se podem rir dela*. Por fim, 15 crianças (48,4%) das crianças indica que quando se encontra em situações com outras pessoas, costuma *preocupar-se com a possibilidade de fazer qualquer coisa que a faça sentir envergonhado (a) ou embaraçado (a)*.

Tabela 5

Descrição Das Categorias E Respetivos Exemplos Referentes Aos Principais Receios Das Crianças Em Situações Sociais

Categorias	Definição	Exemplos
Preocupação com o desempenho	A criança verbaliza ter preocupações que podem estar relacionadas direta ou indiretamente com o receio de fracassar ou errar em tarefas de desempenho.	“Ter uma má nota” (R., sexo masculino, 10 anos) “Medo de me enganar” (B, sexo masculino, 12 anos)
Preocupação com a desaprovação dos outros	A criança tem receio de ser criticada, punida, humilhada e/ou avaliada negativamente pelas figuras de autoridade e pelos pares.	“Ralharem comigo” (S., sexo masculino, 9 anos) “Os outros podem zangar-se” (R., sexo feminino, 11 anos) “Rirem-se de mim” (A., sexo masculino, 9 anos) “Os colegas criticarem-me” (M., sexo feminino, 12 anos)
Sentimento de culpabilização	A criança demonstra receio de desapontar ou magoar os outros.	“Tenho medo que eles fiquem tristes” (F., sexo masculino, 9 anos)
Demonstração de sintomas	A criança demonstra preocupação em poder exteriorizar os seus sentimentos.	“Corar” (J., sexo masculino, 9 anos) “Vergonha” (F., sexo masculino, 9 anos)
Não identificação de medos	A criança não consegue identificar nenhum receio associado às situações sociais.	-

Ao analisar as consequências receadas pelas crianças nas situações sociais, constata-se na tabela 6 que a *preocupação com o desempenho* é a consequência mais identificada pelas crianças (41,9%). A segunda consequência mais referida pelas crianças é a *preocupação com a desaprovação dos outros* (25,8%). É ainda de referir que 19,4% das crianças não conseguiu identificar nenhuma consequência receada nas situações sociais.

Tabela 6

Consequências Receadas Pelas Crianças Nas Situações Sociais

Receios das crianças nas situações sociais	Frequência Absoluta	%
Preocupação com o desempenho	13	41.9
Preocupação com a desaprovação dos outros	8	25.8
Sentimento de culpabilização	2	6.5
Demonstração de sintomas	2	6.5
Não identificação de medos	6	19.4

Relativamente aos receios das crianças nas situações sociais em função do sexo infantil, verifica-se na tabela 7 que os medos são sentidos por parte das crianças de ambos os sexos de forma diferente. No que respeita aos medos associados à *preocupação com o desempenho* e à *preocupação com a desaprovação dos outros* são mais identificados pelas crianças do sexo feminino. O *sentimento de culpabilização* e *demonstração de sintomas* são os receios mais identificados por crianças do sexo masculino, sendo estas também as que sentiram uma maior dificuldade em identificar os seus medos.

Tabela 7

Consequências Receadas Pelas Crianças Nas Situações Sociais Em Função Do Sexo Infantil

Receios das crianças nas situações sociais	Sexo	
	Masculino n=20 (%)	Feminino n=15 (%)
Preocupação com o desempenho	4 (20)	9 (60)
Preocupação com a desaprovação dos outros	2 (10)	6 (40)
Sentimento de culpabilização	2 (10)	0
Demonstração de sintomas	2 (10)	0
Não identificação de medos	5 (25)	1 (6.7)

Relativamente aos receios das crianças nas situações sociais em função do diagnóstico infantil, verifica-se na tabela 8 que as crianças com diagnóstico secundário de ansiedade social, são as que demonstram um maior medo no que diz respeito às situações identificadas. A *preocupação com o desempenho* e a *preocupação com a desaprovação dos outros* são os medos mais identificados pelas crianças com este diagnóstico, com sete e três crianças identificadas, respetivamente. Quanto aos diagnósticos de ansiedade social subclínico, verifica-se que a *preocupação com a desaprovação dos outros* é o medo mais sentido pelas crianças no primeiro diagnóstico, seguido pela *preocupação com o desempenho*, com quatro e duas crianças a revelar sentir estes medos, respetivamente, enquanto no segundo a *preocupação com o desempenho* é o medo mais sentido pelas crianças, tendo havido quatro crianças a revelar sentir este medo. É ainda de referir que seis crianças não conseguiram identificar os seus medos.

Tabela 8

Consequências Receadas Pelas Crianças Nas Situações Sociais Em Função Do Diagnóstico Infantil

Receios das crianças nas situações sociais	Diagnóstico		
	Principal n=10 (%)	Secundário n=15 (%)	Subclínico n=10 (%)
Preocupação com o desempenho	2 (20)	7 (46.7)	4 (40)
Preocupação com a desaprovação dos outros	4 (40)	3 (20)	1 (10)
Sentimento de culpabilização	0	1 (6.7)	1 (10)
Demonstração de sintomas	1 (10)	1 (6.7)	0
Não identificação de medos	3 (30)	1 (6.7)	2 (20)

Identificar as estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando ansiosas, a partir da perspetiva dos pais

Com o objetivo a proceder à análise de conteúdo do objetivo proposto, considerou-se a questão 14 do guião da entrevista semi-estruturada *Ansioso por Saber*. Mais especificamente, solicitou-se aos pais que explicassem o que é que o seu filho costuma fazer para se sentir menos ansioso(a), nervoso(a), assustado(a). Assim sendo, após a recolha de informação, foi possível identificar as estratégias que as crianças com perturbação de ansiedade social utilizam quando ansiosas. Estas estratégias foram identificadas pelos pais das crianças (tabela 9).

Considerando as frequências das categorias de estratégias da tabela 10, é possível identificar quais as estratégias que são preferencialmente utilizadas pelas crianças para lidar com a ansiedade. As estratégias que têm uma frequência elevada são: *distração* (22,9%) e *procura de proximidade* (20%). Salienta-se que estes pais têm dificuldade em identificar estratégias que os seus filhos utilizam, quando ansiosos.

Tabela 9

Categorias Referentes Às Estratégias Utilizadas Pelas Crianças Para Lidar Com A Ansiedade Social, Segundo A Perspetiva Dos Pais

Categoria	Definição	Exemplos
Procura de proximidade	A criança procura contacto físico, segurança, conforto ou afeto.	<i>“Ela procura logo apoio em algum de nós, se eu estiver, seguramente que vem logo para mim, para a mãe, os avós”</i> (Pai da S., 9 anos) <i>“Com a trovoadas, penso eu que procura um adulto que esteja ao lado dele”</i> (Pai do J., 11 anos)
Procura de apoio instrumental	A criança procura o apoio dos pais para resolver a situação (e eles disponibilizam-se para a ajudar)	<i>“Oh mãe está aí uma abelha; espera aí filha já te ajudo”</i> (Mãe da C., 11 anos) <i>“Ele tinha ligado para o pai para saber onde é que estava a mãe; a mãe disse que ia logo lá”</i> (Mãe do D., 11 anos)
Reatividade emocional	A criança expressa ativação emocional.	<i>“Grita; barafusta; deita para fora”</i> (Pai da C., 9 anos) <i>“Fala naquilo, é uma obsessão, não dorme; diz que dói muito, ela usa muito a escala”</i> (Mãe da M., 10 anos)
Pedidos de tranquilização	A criança procura os pais de forma a obter respostas a dúvidas e a inseguranças como forma de se acalmar e certificar que nada de mal vai acontecer.	<i>“Ela vem dialogar connosco; sobre os temas que lhe são desconhecido; está à espera de respostas”</i> (Pai da B., 9 anos) <i>“Ela faz perguntas: Quando é que vem a luz? Para a gente lhe informar para ela ficar”</i> (Pai da J., 10 anos)
Procura de informação	A criança procura saber mais sobre a situação ou objeto que lhe causa ansiedade e formas de lidar com essas situações.	<i>“Mas ela procura fazer perguntas sobre o que não sabe lidar”</i> (Mãe da M., 10 anos) <i>“quando a B. não sabe algo vem perguntar”</i> (Pai da B, 9 anos)
Tentativa de confronto	A criança tenta ultrapassar os seus medos confrontando-se por iniciativa própria com essas situações.	<i>“Faz nervosa mas faz à mesma, para conseguir enfrentar o medo dela sozinha- Acaba por fazer os testes, acaba por fazer os trabalhos, faz sempre tudo”</i> (Mãe da A., 12 anos) <i>“(ela diz) Tenho que levar, tenho que levar, tenho que levar (a injeção)”</i> (Mãe da M., 10 anos)
Distração	A criança envolve-se noutra tipo de atividade como forma de controlar a sua ansiedade.	<i>“Não pensa tanto nas coisas, vai ler”</i> (Mãe da M., 12 anos) <i>“É fazer as coisas que ele gosta de fazer; pelo menos é o que me dá a entender quando ele está a ver os bonecos, quando está entretido, ele fica muito mais calmo”</i> (Pai do F., 9 anos) <i>“Joga playstation”</i> (Pai do S., 9 anos)
Evitamento	A criança evita estar em contacto com a situação ameaçadora.	<i>“Às vezes ela até evita; às vezes fica no quarto”</i> (Mãe da D., 10 anos) <i>“Refugia-se muito, Fecha-se”</i> (Pai do R., 10 anos)
Comportamentos repetitivos	A criança utiliza um conjunto de rituais, utilizadas de maneira simbólica, como forma de lidar com a situação ameaçadora.	<i>“Com 9 anos tem aquela coisa dos bonecos, dos bonecos que ele tem na cama e os bonecos tem que estar ali; organiza os bonecos”</i> (Pai do A., 9 anos) <i>“Balança a cadeira”</i> (Mãe do A., 10 anos)
Auto-regulação emocional	Os pais afirmam que a criança age de forma a expressar as suas emoções, construtivamente no local e tempo adequados.	<i>“Ela tem uma situação que é estar constantemente com os dedos na boca”</i> (Mãe da R., 11 anos) <i>“Fica muito parado, nervoso, aquele nervoso agitado, fica ali parado ou outras vezes chora”</i> (Mãe do D., 11 anos)
Não identificação de estratégias	Os pais não conseguem identificar estratégias que as crianças utilizam.	-

Tabela 10

Estratégias Utilizadas Pelas Crianças Para Lidar Com A Ansiedade Social, Segundo A Perspetiva Dos Pais

Estratégias	Frequência Absoluta	%
Não identificação de estratégias	9	25.7
Distração	8	22.9
Procura de proximidade	7	20
Auto-regulação emocional	5	14.3
Reatividade emocional	5	14.3
Evitamento	5	14.3
Pedidos de tranquilização	4	11.4
Procura de apoio instrumental	3	8.6
Procura de informação	3	8.6
Tentativa de confronto	3	8.6
Comportamentos repetitivos	3	8.6

Como se observa na tabela 11, algumas das estratégias identificadas para lidar com a ansiedade são diferentes em função do sexo da criança. A análise da tabela revela que a maioria das estratégias é utilizada sobretudo face a crianças do sexo feminino, em comparação com as crianças do sexo masculino. Assim sendo, constata-se que uma percentagem expressiva de crianças do sexo feminino, por oposição às crianças do sexo masculino, referiu *procura de proximidade* como a estratégia mais utilizada (33,3%).

Tabela 11

*Perceção Parental Das Estratégias Usadas Pelos Filhos Em Função Do Sexo Da Criança*⁶

Estratégias	Sexo	
	Masculino n=20 (%)	Feminino n=15 (%)
Procura de Proximidade	2 (10)	5 (33.3)
Procura de apoio instrumental	1 (5)	2 (13.3)
Reatividade emocional	1 (5)	2 (13.3)
Pedidos de Tranquilização	0	1 (6.7)
Tentativa de confronto	0	1 (6.7)
Distração	2 (10)	2 (13.3)

⁶ Optámos por analisar a primeira estratégia identificada pelos pais, para realizar a análise estatística

Evitamento	1 (5)	1 (6.7)
Comportamentos repetitivos	2 (10)	1 (6.7)
Auto-regulação emocional	0	2 (13.3)
Não identificação de estratégias	6 (30)	3 (20)

Procedendo à análise das estratégias usadas pelas crianças para lidar com ansiedade em função do seu diagnóstico (tabela 12), constata-se que a estratégia de *procura de proximidade* é a estratégia mais utilizada tanto em crianças com diagnóstico principal, como em crianças com diagnóstico secundário de ansiedade social. As estratégias mais utilizadas pelas crianças com diagnóstico subclínico de ansiedade social são *procura de apoio instrumental*, *distração* e *comportamentos repetitivos*.

Tabela 12

Percepção Parental Das Estratégias Usadas Pelos Filhos Em Função Do Diagnóstico Da Criança

Estratégias	Diagnóstico		
	Principal n=10 (%)	Secundário n=15 (%)	Subclínico n=10 (%)
Procura de Proximidade	3 (30)	4 (26.7)	0
Procura de apoio instrumental	1 (10)	0	2 (20)
Reatividade emocional	1 (10)	1 (6.7%)	1 (10)
Pedidos de Tranquilização	0	0	1 (10)
Tentativa de confronto	0	1 (6.7)	0
Distração	1 (10)	1 (6.7)	2 (20)
Evitamento	1 (10)	1 (6.7)	0
Comportamentos repetitivos	1 (10)	0	2 (20)
Auto-regulação emocional	0	2 (13.3)	0
Não identificação de estratégias	2 (20)	5 (33.3)	2 (20)

Discussão

Com o intuito de promover uma melhor compreensão dos dados, esta secção encontra-se organizada em função dos objetivos, enunciados no capítulo anterior.

Caracterizar as situações causadoras de medo em crianças com perturbação de ansiedade social

O presente estudo procurou explorar quais as situações causadoras de medo em crianças com perturbação de ansiedade social.

A situação específica de exposição social mais receada pelas crianças no nosso estudo é *fazer testes* (situação de desempenho). Este resultado vai ao encontro da literatura, que refere que 1,5% das crianças em idade escolar apresenta medo de fazer testes. A escola é o contexto frequentemente mais afetado e com maior interferência nas crianças; sendo um local onde a criança passa muito tempo e que contém várias situações de desempenho em que tem de se expor e que podem gerar desconforto (e.g., colocar uma dúvida ao professor, apresentar trabalhos, tocar um instrumento em frente dos outros, ler em voz alta, ir ao quadro). Os testes representam uma fonte de vulnerabilidade para os alunos ansiosos, causando-lhes insegurança, preocupação e dúvida acerca das suas capacidades (Beidel & Turner, 2007; Beidel et al., 2007; Cunha, 2005; Kearney, 2005; Rao et al., 2007).

A situação específica de exposição social mais receada pelas crianças no nosso estudo é *falar com alguém que não conheces bem* (situação social). A maior parte dos estudos não especifica situações sociais concretas. A literatura indica que outros contextos não relacionados com a escola incluem também diversas situações que desencadeiam desconforto e evitamento (Beidel & Turner, 2007; Beidel et al., 2007; Cunha, 2005; Kearney, 2005; Rao et al., 2007). É importante detalhar que contextos concretos podem ser difíceis para cada criança, tendo implicações quer no impacto do problema quer no plano de intervenção.

Explorar os medos subjacentes às principais situações sociais receadas pelas crianças

O estudo procurou explorar os receios subjacentes às principais situações sociais.

Os resultados mostram que as crianças receiam *pensar que as outras pessoas se podem rir dela e preocupar-se com a possibilidade de fazer qualquer coisa que a faça sentir envergonhado (a) ou embaraçado (a)*. Nas situações receadas, as preocupações mais comuns são o medo de ficar confuso, de acontecer alguma coisa embaraçosa e de corar (Essau et al., 1999), o que desencadearia uma avaliação negativa por parte dos outros. Estas preocupações

são traduzidas em pensamentos relacionados com avaliação negativa, evitamentos, fracasso, humilhação, embaraço, aparência e sinais de ansiedade, inadequação e auto-criticismo (Albano et al., 1995). Alguns exemplos de pensamentos incluem “estão todos a olhar para mim”, “e se faço alguma coisa mal?”, “não vou conseguir fazer o teste”, “vão gozar comigo”, “não sei conversar” (Kaminer & Stein, 1999; Stefanek, Ollendick, Baldock, Francis, & Yaeger, 1987).

Identificar as estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando ansiosas, a partir da perspectiva dos pais

Ao questionar os pais acerca das estratégias usadas pelas crianças com perturbação de ansiedade social quando ansiosas, a grande maioria dos pais não conseguiu identificar qualquer estratégia. Este resultado remete-nos para a dificuldade que os pais têm em identificar e reconhecer a existência de estratégias pouco claras pelas crianças como para a dificuldade das crianças em adotar estratégias de regulação emocional em situações de maior ansiedade.

Observa-se também que, alguns pais identificam algumas estratégias utilizadas pelas crianças mais adaptativas para lidar com a ansiedade, como a distração e a procura de proximidade. Na revisão de estudos de Skinner e Zimmer-Gembeck (2007), as autoras indicam que a distração é uma estratégia de *coping* mais utilizadas pelas crianças e adolescentes, o que vai de encontro ao nosso estudo. Os resultados do presente estudo mostraram que a maioria das estratégias é utilizada sobretudo face a crianças do sexo feminino, em comparação com as crianças do sexo masculino, ainda que não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas. No entanto existem estudos (Cleto & Costa, 1996), em que se encontra diferenças entre os géneros em relação às estratégias de *coping* utilizadas. Hipotetizamos que estas estratégias são referidas pelos pais pois tendem a ser utilizadas em casa.

Limitações e estudos futuros

Apesar do presente estudo poder ser um contributo científico para as áreas estudadas, importa referir algumas limitações: Em primeiro lugar, o facto de ser uma população subclínica traz limitações, seria importante recolher informação de uma amostra clínica.

Em segundo lugar, não foi avaliado a presença de diagnóstico de ansiedade nos pais, não permitindo verificar se existem diferenças entre pais ansiosos e não ansiosos.

Em terceiro lugar, apenas se recolheu informação de pais e mães e não da díade. Futuramente seria interessante estudar a díade, para perceber se existem diferenças nas respostas aos instrumentos.

O facto de não se ter perguntado às crianças que estratégias utilizam mas sim aos pais, que podem não conseguir aceder aos pensamentos, motivações e estratégias dos filhos e a exploração limitada de estratégias das crianças para lidar com a ansiedade social, são limitações que poderiam ser colmatadas com a observação das dinâmicas das crianças em contextos sociais.

Implicações para a literatura e para a prática clínica

A consideração de diferentes níveis de análise e diferentes desenhos de investigação, a abordagem multimétodos e multi-informadores (pais, mães e crianças), o enfoque numa perturbação de ansiedade específica e a compreensão das cognições parentais são implicações para a prática e investigação clínica.

Espera-se poder contribuir não só para a melhoria do conhecimento sobre esta temática, como para intervenções psicológicas que possam prevenir ou moderar o aparecimento de problemas de adaptação na infância, permitindo a adoção de estratégias parentais mais eficazes e adaptadas às características individuais de cada criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano, A., & Silverman, W. (1996). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSMIV. Child version. Clinician Manual*. Oxford: Graywind.
- Albano, A., Chorpita, B., & Barlow, D. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology*, 279-329.
- Albano, A., Marten, P., Holt C., Heimberg, R. & Barlow, D. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social anxiety disorder in adolescents: A preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 183, 649–656.
- Alfano, C., Beidel, C., & Turner, M. (2002). Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22, 1209-1238.
- Allen, J. L., Rapee, R. M., & Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1047-1056.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M., Brilman, E. & Monsma, A. (1983). Psychometric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices; A Dutch form of the EMBU. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 163-177.
- Arrindell, W. A., Perris, C., Van der Ende, J., Gaszner, P., Eisemann, M. & Perris, H. (1989). Cross-national generalizability of dimensions of perceived parental rearing practices: Hungary and The Netherlands; A correction and repetition with healthy adolescents. *Psychological Reports*, 65, 1079-1088.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1-2), 267-277.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.
- Barrett, P., Rape, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the FEAR effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Beato, A. (2016). *Estilos, estratégias e crenças de pais e mães e ansiedade infantil: O pai é importante?* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Beato, A., Pereira, A. & Barros, L. (2016). Parenting strategies to deal with children's anxiety: Do parents do what they say they do? *Child Psychiatry & Human Development*. doi: 10.1007/s10578-016-0670-3
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Beidel, D., & Turner, S. (1998). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 918-924. doi: 10.1097/00004583-199707000-00013
- Bögels, S. M., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37(8), 1583-1596. doi:10.1016/j.paid.2004.02.014
- Borges, A. I., Manso, D., Tomé, G., & Matos, M. (2008). Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, 4(26), 551-561.
- Bornstein, M. H. (2002). Parenting Infants. In M. H. Bornstein (eds.). *Handbook of Parenting - Children and Parenting*. Volume 1. (2ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bornstein, M.H., Hendricks, C., Hahn C. S., Haynes, O. M., Painter, K. M., & Tamis-LeMonda, C. S. (2008). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment, and role balance in maternal parenting: A multivariate ecological analysis. *Parenting*, 3, 285–326. doi: 10.1207/s15327922par0304_2
- Brannan, A. M., Heflinger, C. A., & Foster, E. M. (2003). The role of caregiver strain and other family variables in determining children's use of mental health services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 77–91.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognition in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, 315-344.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817–833. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22(2), 20-23.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21. doi: 10.1037/0033-2909.124.1.3

- Cobham, V., Dadds, M., & Spence, S. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect?. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2). doi: 220–231. 10.1207/s15374424jccp2802_9
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy & parenting quality: Findings & future applications. *Developmental Review*, 18(1), 47-85.doi: 10.1006/drev.1997.0448
- Costello, E. J., Mustillo, S., Keller G., & Angold, A. (2004). Prevalence of psychiatric disorders in childhood and adolescence. In: Levin BL, Petrila J, Hennessy KD (Eds), *Mental Health Services: A Public Health Perspective* (111–128). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Craske, M. G. (1997). Panic and anxiety in children and adolescent. *Supplement to the Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, A4-A36.
- Cunha, M. (2006). Ansiedade e perturbações de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão teórica. *Interações*, 10, 70-97.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(3), 263-279.doi: 10.1016/s0887-6185(99)00039-0
- Francis, S., & Chorpita, B. (2011). Parental beliefs about child anxiety as a mediator of parent and child anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 21-29. doi: 10.1007/s10608-009-9255-9
- Gar, N. S., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2005). Family factors and the development of anxiety disorders. In: Hudson J. L., Rapee R. M., editors. *Psychopathology and the family*. (125–145). Oxford, UK: Elsevier.
- Gar, N., & Hudson, J. (2008). An observational analysis of mother-child interactions in mothers and children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1266-1274.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., Cord, J. J., & Ialongo, N. (2006). Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: Does type of task matter? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 323–328.doi: 10.1207/s15374424jccp3502_16
- Ginsburg, G., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders, *International Review of Psychiatry*, 14, 143-154.doi: 10.1080/09540260220132662
- Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The Role of Emotion Regulation in the treatment of Child Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 275-293.

- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, (2ed) (454-476). New York: Guilford Press
- Hudson, J., & Rapee, R. (2002). Parent-Child Interactions in Clinically Anxious Children and Their Siblings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555. doi: 10.1207/S15374424JCCP3104_13
- Johnston, C., & Freeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 636-645. doi: 10.1037//0022-006X.65.4.636
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363. doi: 10.1016/j.cpr.2004.12.004
- Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123 (2), 218-221. doi: 10.1176/ajp.123.2.218
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2002). Introduction to normal and Abnormal Behavior in Children and Adolescents. Wadsworth: Cengage Learning.
- McLeod, B., Wood, J., & Weisz, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172. doi: 10.1016/j.cpr.2006.09.002
- Merikangas, K., Dierker, L., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among Offspring of Parents with Substance Abuse and/or Anxiety Disorders: A High-risk Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 711-720. doi: 10.1111/1469-7610.00370
- Osório, F. L., Crippa, J. A., & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(2), 73-83.
- Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311 – 341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Rubin, K. H., Nelson, L. J., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The transaction between parents' perceptions of their children shyness and their parenting styles. *International Journal of Behavioral Development*, 23(4), 937-957. doi: 10.1080/016502599383612
- Schniering, A. C., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453–478. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00037-9

- Shumow L. & Lomax R. (2002). Parental self-efficacy: Predictor of parenting behavior adolescent outcomes. *Parenting: Science and Practice*. 2(2), 127–150.doi: 10.1207/S15327922PAR0202_03
- Southam-Gerow, M. & Chorpita, B. (2007). Anxiety Disorders In E. Mash & R. Barkley (eds.). *Assessment of Childhood Disorders* (347-397). New York: The Guilford Press.
- Southam-Gerow, M. & Kendall, P. C. (2000). A Preliminary Study of the Emotion Understanding of Youths Referred for Treatment of Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 319–327.
- Suveg, C., Zeman, J., Flannery-Schroeder, E., & Cassano, M. (2005). Emotion Socialization in Families of Children With an Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 145–155.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*. 62(5), 918–929.doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01580.x
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 229-235.
- Weissman, M. M., Feder, A., Pilowsky, D. J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., & Shea, S. (2004). Depressed mothers coming to primary care: Maternal reports of problems with their children. *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 93-100.doi: 10.1016/S0165-0327(02)00301-4
- Williams, L. & Pearman, C. (2010). Childhood Anxiety Disorders. Recognition and Diagnosis in the Primary Care Setting. *Clinician Reviews*, 20 (1), 8-11.
- Wood, J. J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 37, 73–87.doi: 10.1007/s10578-006-0021-x
- Zahner, G. E., & Daskalakis, C. (1997). Factors associated with Mental Health, General Health, and School-based Service Use for Child Psychopathology. *American Journal of Public Health*, 87 (9).doi: 10.2105/AJPH.87.9.1440

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de características sociodemográficas da criança e dos pais

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:** __/__/____

Ano de escolaridade: ____ ano

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

☐ Sim ☐ Não

DADOS FAMILIARES

Quem vive com a criança? _____

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

A criança tem irmãos que não vivam com ela?

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

MÃE

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

Idade: _____ **Nacionalidade:** _____

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 atual?

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

PAI

(Caso a cuidadora 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 atual?

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

Obrigado!

Anexo 2 - Entrevista conjunta de diagnóstico Anxiety Disorder Interview Schedule-IV (ADIS-IV; C/P)

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!

Fobia Social (Perturbação de Ansiedade Social)

Ok. Vamos mudar novamente de página. Nesta imagem podemos ver que o João quer brincar com os outros meninos mas fica só a olhar para eles. Algumas crianças (alguns adolescentes) costumam sentir-se muito assustados (as) e desconfortáveis em situações em que tenham de estar com outras crianças ou adultos. Tão assustados e desconfortáveis que podem até querer evitar essas situações. Algumas crianças (alguns adolescentes) podem também chorar, (fazer uma birra) ou ficar zangadas quando têm que estar em situações em que estão outras pessoas. O que acontece é que lhes podem dizer para irem a esses lugares, mas elas preferiam não ir. Têm muito mais medo dessas situações do que a maioria das crianças (adolescentes) da mesma idade.

PERGUNTAS INICIAIS DE TRIAGEM

1a. Quando estás em determinados lugares em que estejam outras pessoas como, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas sentir que as outras pessoas podem pensar que alguma coisa que tu faças é estúpida ou palerma?

1b. Quando estás em determinados lugares em que estejam outras pessoas, como, por exemplo, na escola, em restaurantes ou em festas, costumavas pensar que as outras pessoas se podem rir de ti?

1c. Quando estás nestas situações com outras pessoas, costumavas preocupar-te com a possibilidade de fazeres qualquer coisa que te faça sentir envergonhado(a) ou embaraçado(a)?

2a. Agora vamos mudar de novo de página. Como podem ver, está aí uma lista de várias situações (ver página seguinte). Gostava de saber se o/a (nome da criança) fica mais nervoso(a) ou assustado(a) nessas situações do que as outras crianças da sua idade. Gostava que respondessem “Sim” só aquelas situações que quase sempre fazem sentir o/a (nome da criança) assustado(a) ou nervoso(a); não respondam “Sim” se isso só aconteceu uma ou duas vezes.

À mãe vou pedir que sublinhe as situações que acha que fazem o seu filho/a ficar mais nervoso/a ou assustado/a do que as crianças da mesma idade. Sempre que sublinhe uma situação, peço-lhe que indique o quanto acha que o(a) (nome da criança) tem medo dessas situações de 0 (nenhum medo) a 8 (muitíssimo medo). Como pode verificar, tem ainda uma terceira coluna que deverá preencher se classificou alguma situação com um grau de medo igual ou superior a 4. Nesse caso, deverá indicar se o(a) seu(sua) filho(a) tenta evitar ou afastar-se sempre que pode dessas situações. Entende o que lhe estou a pedir? Tem alguma dúvida?

Ao mesmo tempo o/a (nome da criança) eu vou fazendo o mesmo com o(a) (nome da criança).

LISTA NA PÁGINA SEGUINTE →

1. Responder a questões na sala de aula	Medo (Sim ou Não) Se “Sim” -> obter classificação do medo	 Classificação do Medo (0-8) 2b. Quando dizes que ficas assustado(a) ou nervoso(a) (e.g., quando tens que apresentar um trabalho oralmente), quanto medo é que tens? Usa o termómetro para mostrar quanto assustado(a) ou nervoso(a) ficas. Todos os classificados com ≥ 4 -> Perguntar acerca do evitamento ou desconforto	Evitamento/ Desconforto (Sim ou Não) 2c. Para aquelas coisas que classificaste com algum ou mais (4 ou mais), queria agora saber se alguma vez tentaste evitar ou afastares-te dessas situações (e.g., trabalhar em grupo)?
2. Apresentar um trabalho oralmente ou ler em voz alta em frente aos colegas			
3. Fazer uma pergunta ao professor ou pedir-lhe ajuda			
4. Fazer testes			
5. Escrever no quadro			
6. Trabalhar ou brincar com um grupo de crianças/jovens			
7. Aula de Educação Física			
8. Andar pelo átrio, corredores ou bar da escola			
9. Iniciar ou juntar-se a uma conversa			
10. Utilizar a casa de banho da escola ou outras casas de banho públicas			
11. Comer em frente a outras pessoas (por ex., em casa, na cantina ou bar da escola, restaurantes)			
12. Encontros como reuniões dos escuteiros ou reuniões de equipa desportiva			
13. Atender ou falar ao telefone			
14. Tocar um instrumento ou praticar um desporto em público			
15. Convidar um amigo (a) para um encontro			
16. Falar com adultos (por ex., empregados de lojas, empregados de café, diretor da escola)			
17. Falar com alguém que não conheces bem			
18. Ir a festas, bailes ou atividades noturnas na escola			
19. Ser fotografado (a)			
20. (Se adolescente) Ter encontros amorosos			
21. Pedirem-te para fazer qualquer coisa que tu, na realidade, não queres fazer, mas não consegues dizer que não. Ex., se alguém te pede o trabalho de casa ou o brinquedo favorito, é difícil dizer que não?			
22. Estar alguém a fazer-te uma coisa que tu não gostas mas não seres capaz de lhe dizer para parar. Ex., se alguém te está a aborrecer é difícil para ti dizeres-lhe para te deixar em paz?			

Existem mais algumas ocasiões em que estar perto de outras pessoas te faz sentir nervoso(a) ou assustado(a)? ☐ Sim ☐ Não Podes contar-me mais acerca disso?



**“Não” a todas as questões de 1a a 1ce
não relatou medo e evitamento em qualquer situação 2a a 2c
→PASSAR para a “Fobia Específica” (p.13).**

Agora gostava de saber mais pormenores acerca das coisas que te incomodam. Quando me dizes que (inserir aspetos específicos dos medos da criança, e.g., “não gostas de iniciar uma conversa?”).

3. Faz alguma diferença serem amigos ou pessoas estranhas?

☒ **Qual é mais fácil?** *Amigos ou Estranhos*

4. Faz alguma diferença se o grupo é de rapazes, de raparigas ou de rapazes e de raparigas?

☒ **Qual é mais fácil?** *Rapazes; Raparigas ou Rapazes e raparigas juntos*

5. A idade das pessoas tem alguma importância?

☒ **Qual é mais fácil – mais velhos que tu, mais novos que tu ou da mesma idade que tu?** *Mais velhos que tu; Mais novos que tu ou Da tua idade*

6. O tamanho do grupo faz alguma diferença?

☒ **Qual é mais fácil - grupos grandes, grupos pequenos, grupos médios?** *Grandes; Pequenos ou Médios*

7. O que achas que pode acontecer quando estás (dar exemplos específicos de situações sociais receadas)?



INTERFERÊNCIA (0-8)

Ok, agora gostava de saber quanto é que este problema tem atrapalhado a tua vida. Quer dizer, quanto é que te tem atrapalhado na escola, em casa ou com os amigos? Quanto é que te impede de fazer coisas que tu gostarias de fazer? Diz-me quanto, utilizando o Termómetro de Sentimentos que utilizámos 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 3 - Guião “Ansioso por Saber” - Entrevista semi-estruturada de avaliação das cognições e estratégias parentais para lidar com a ansiedade das crianças”

Instruções:

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

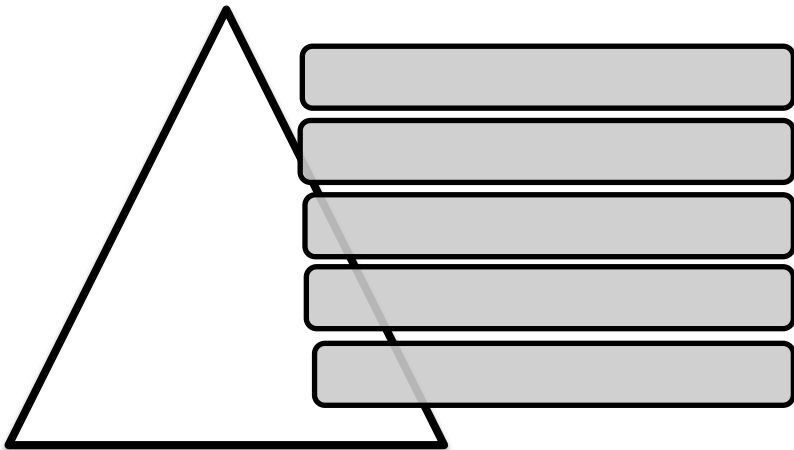
Chegámos à fase final da nossa entrevista. Vou-lhe agora fazer algumas perguntas mais abertas. Pretendo saber a sua opinião acerca dos problemas associados à ansiedade do(a) seu(sua) filho(a) e identificar consigo algumas situações que lhe provocam mal-estar.

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? 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?	➤ Em que medida o progenitor concorda com o discurso da criança. ➤ Analisar a percepção que o progenitor tem do problema.	Grau de concordância entre pai/mãe e criança	2 mn
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>	➤ Em que medida o progenitor considera que o seu filho necessita de mais cuidados porque é frágil.	Percepção de vulnerabilidade da criança	2 mn

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? <i>(Se a resposta for mais ou 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? <i>(Fazer uma hierarquia das 3 preocupações de maior relevância)</i>	➤ Analisar a percepção dos perigos que afectam a criança.		2 mn 2 mn 2 mn
--	--	--	-------------------------------------

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) 			4 mn
8. O que já foi feito para solucionar os problemas 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. (Se o progenitor identificou alguma/s) Quais foram eficazes? Porquê?	➤ Avaliar o reconhecimento do problema por parte do progenitor.	<i>Estratégias para solucionar o(s) problema(s)</i>	5mn

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?	➤ Identificar os pedidos de ajuda e/ou tratamentos a que a criança foi submetida. ➤ Analisar estratégias e soluções levadas a cabo até ao momento		
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 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)	➤ <i>Analisar as causas que conduzem a reacções de 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, pensamentos, etc.</i>	<i>Atribuições causais</i> <i>Reacções emocionais do progenitor</i> <i>Estratégias parentais</i>	

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) 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 (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)?	➤ Avaliar a reacção emocional e estratégias utilizadas pelo outro progenitor ➤ Analisar o grau de concordância interparental relativamente às	Atitude do outro progenitor perante a ansiedade da criança	3 mn

13.1. O que pensou? 13.2. O que sentiu? 13.3. O que fez? Como reagiu? Se pudesse fazia de forma diferente? (Se não concorda com o marido/com a esposa) Costuma fazer alguma coisa para tentar remediar a situação?	estratégias e reacções emocionais		
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? 16. Imaginemos outra situação: O(A) se(sua) filho(a) convidou alguns amigos para lanche. 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>Em que medida os pais interpretam estímulos ambíguos (físicos e sociais) como sinais de perigo</i> ➤ <i>Avaliar em que medida os pais incentivam o evitamento de situações geradoras de mal-estar</i>	Interpretar estímulos ambíguos como ameaça	3 mn

17. Como acha que a ansiedade/preocupação/medos/nervosismo do seu filho irá evoluir? 17.1. (Se a resposta é que irão desaparecer, aprofundar:) 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? (Sentir-se ansioso, com medo ou assustado pode ser prejudicial ou perigoso para o seu filho?) Se sim, o que acha que pode acontecer? (consequências)	➤ Analisar a percepção que os pais têm acerca da evolução da ansiedade ➤ Identificar crenças relacionadas com a perigosidade da ansiedade	<i>Expectativas parentais acerca das consequências da ansiedade para a criança</i> <i>Percepção de controlo</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 4 - Consentimento informado dos pais para a participação das crianças no estudo



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.

SOU OBRIGADO A PARTICIPAR?

A participação neste estudo é completamente voluntária e pode desistir a qualquer momento. Salientamos que quanto maior a adesão, melhor a qualidade do estudo e a possibilidade de identificar problemas de ansiedade.

QUEM DEVO CONTACTAR SE TIVER QUESTÕES OU PROBLEMAS RELACIONADOS COM O ESTUDO:

Ana Filipa Beato Correio eletrónico: ana.beato.07@hotmail.com

(Separe esta parte folha pelo picotado e entregue-a ao Director de Turma do seu filho)

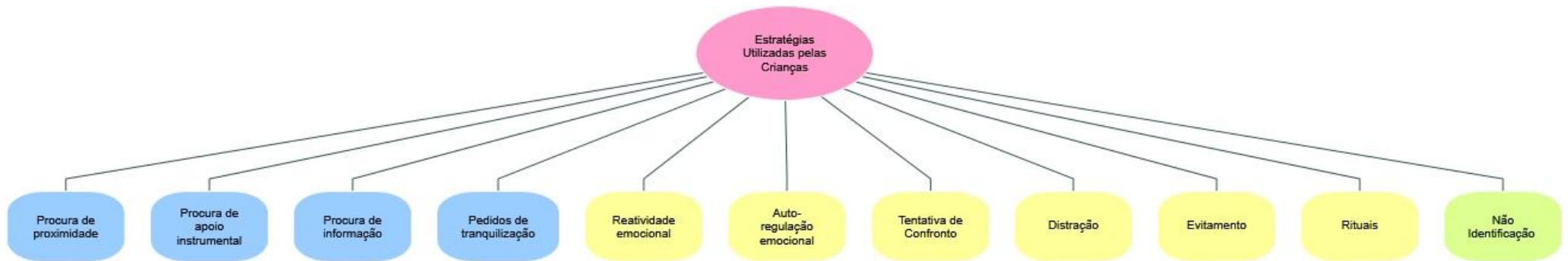
Eu, _____, encarregado(a) de educação do(a) aluno(a) _____ do _____ ano, turma _____, li a informação e: Autorizo a participação do meu filho no estudo sobre problemas de ansiedade na infância, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: _____ (casa) / _____ (Telemóvel) Autorizo a participação do meu filho mas não me disponibilizo para fornecer os meus contactos, mesmo tendo sido identificados níveis elevados de ansiedade. Não autorizo a participação do meu filho.

Anexo 5 - Árvore de categorias obtida pelo NVivo ®

MEDOS SUBJACENTES ÀS SITUAÇÕES SOCIAIS DAS CRIANÇAS



ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELAS CRIANÇAS PARA LIDAR COM A ANSIEDADE SOCIAL, SEGUNDO OS PAIS



Anexo 6 - Acordo Interjuízes**- Taxa de fiabilidade geral**

Taxa de fiabilidade = nº de acordos / total de unidades de registo

Estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com a ansiedade social (Entrevista Ansioso por Saber)					
Válido		Ausente		Total	
n	%	n	%	n	%
28	90,3	3	9,7	31	100

	Valor	Erro padrão assintótico	T aprox	Sig. Aprox.
Medida do acordo Kappa Nº caso válidos	0,838 28	0,075	12,502	0,000

Medos subjacentes associados às situações sociais das crianças (ADIS-IV)					
Válido		Ausente		Total	
n	%	n	%	n	%
1	35,5	20	64,5	31	100

	Valor	Erro padrão assintótico	T aprox	Sig. Aprox.
Medida do acordo Kappa Nº caso válidos	0,838 28	0,075 26	12,502 22	0,000

- Taxa de fiabilidade por categoria

taxa de fiabilidade = 2 (nº acordos) / total codificações 1º juiz + total codificações 2º juiz

<i>Estratégias utilizadas pelas crianças para lidar com a ansiedade social</i> <i>(Entrevista Ansioso por Saber)</i>		
Categoria	n acordo	% de acordo
Procura de Proximidade	1	100%
Procura de apoio instrumental	2	100%
Reatividade emocional	4	72,7%
Pedidos de tranquilização	3	85,7%
Procura de informação	1	66,66%
Tentativa de confronto	2	100%
Distração	2	100%
Evitamento	2	100%
Comportamentos repetitivos	1	100%
Auto-regulação emocional	2	66,6%
Não identificação	5	100%

<i>Medos subjacentes associados às situações sociais das crianças</i> <i>(ADIS-IV)</i>		
Categoria	n acordo	% de acordo
Preocupação com o desempenho	4	88,8%
Preocupação com a desaprovação dos outros	3	85,7%
Sentimento de culpabilização	1	100%
Demonstração de sintomas	2	100%

Anexo 7 - Análise de Conteúdo

Lista de Verificação dos Procedimentos Metodológicos segundo Lima (2013)

Análise de conteúdo	Sim	Não
1. Explicitar o modo como construí o sistema de categorias, identificando as categorias pré-determinadas e as emergentes	X	
2. No meu sistema de categorias, não existem unidades de registo enquadráveis em mais do que uma categoria ou subcategoria	X	
3. As categorias e subcategorias do meu sistema de categorias são exaustivas, isto é, exprimem todos os aspetos relevantes existentes nos dados	X	
4. O meu sistema de categorias é produtivo: todas as categorias/subcategorias têm pelo menos três unidades de registo		X
5. Usei um sistema decimal de atribuição de códigos às categorias/subcategorias	X	
6. No sistema de categorias, incluí em cada categoria e subcategoria uma descrição por extenso da sua natureza	X	
7. No sistema de categorias, incluí em cada categoria e subcategoria um ou dois exemplos típicos de unidades de registo enquadráveis na mesma	X	
8. Escolhi codificadores com nível de instrução e capacidade de compreensão linguística e técnica adequados	X	
9. Realizei um treino adequado dos codificadores, explicando-lhes detalhadamente o sistema de categorias	X	
10. Utilizei pelo menos dois codificadores	X	
11. Não intervim no papel de codificador	X	
12. Os codificadores agiram de forma independente	X	
13. No cálculo da taxa de fiabilidade, utilizei uma técnica que tem em conta a possibilidade de o acordo poder ocorrer por acaso	X	
14. Para o cálculo da fiabilidade, usei uma amostra aleatória de pelo menos 10% das unidades de registo, com um mínimo de 50 unidades*		X
15. Apresentei o nível de significância estatística da taxa de fiabilidade apurada ⁷	X	
16. Alterei o sistema de categorias e procedi a novo cálculo da fiabilidade, quando o cálculo anterior produziu uma taxa baixa ⁸	X	

⁷ critério aplicável unicamente quando a fiabilidade é calculada com base numa amostra de unidades de registo ou de segmentos de texto

⁸ critério aplicável apenas nas situações em que a taxa calculada anteriormente se revela insatisfatória

Critérios de qualidade segundo Braun & Clark (2006)

Análise de conteúdo	Sim	Não
1. Os dados foram transcritos detalhadamente e devidamente contrastados com as versões áudio para detetar erros	X	
2. No processo de codificação, foi dada igual atenção a cada fonte de dados (i.e. cada entrevista)	X	
3. Os temas foram gerados através de um processo de codificação completo, inclusivo e aprofundado, não através de alguns recortes anedóticos do texto	X	
4. Todos os excertos relevantes foram agrupados em temas	X	
5. Os vários temas foram comparados entre si e contrastados com o texto original	X	
6. Cada tema é internamente coerente, consistente e distinto de outros temas	X	
7. Os dados foram analisados de forma interpretativa, não são apenas descrições ou paráfrases do texto	X	
8. A análise e os dados são compatíveis: os excertos ilustram claramente os temas sugeridos	X	
9. Os resultados da análise contam uma história organizada e convincente sobre o tópico	X	
10. Há um bom equilíbrio entre a narrativa de análise e a ilustração dos temas através de excertos	X	
11. A análise demorou algum tempo, não foi apenas uma passagem superficial pelos dados à procura de tópicos gerais	X	
12. No relatório final da análise os pressupostos teóricos e todas as fases do processo de análise são descritos detalhadamente na secção Método	X	
13. A descrição dos procedimentos de análise é coerente com a forma como os dados estão descritos nos resultados	X	
14. A linguagem e os conceitos usados são consistentes com as posições epistemológicas assumidas pelo investigador	X	
15. O investigador posiciona-se de uma forma ativa na análise – os temas não emergem <i>por si só</i>	X	

