

LEILA MARGARIDA MARTINS RODRIGUES COSTA

**PERCEÇÃO PARENTAL DAS VULNERABILIDADES
E POTENCIALIDADES DAS CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**

Orientador: Professora Doutora Ana Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

Leila Margarida Martins Rodrigues Costa

**PERCEÇÃO PARENTAL DAS VULNERABILIDADES
E POTENCIALIDADES DAS CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DE ANSIEDADE**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 24 de maio de 2018, perante o Júri nomeado pelo seguinte Despacho Reitoral nº 354/2017, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Bárbara Nazaré

Arguente: Professora Doutora Ana Prioste

Orientadora: Professora Doutora Ana Beato

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

AGRADECIMENTOS

Por toda uma jornada de aprendizagem e enriquecimento pessoal. Agradeço à minha orientadora de dissertação de mestrado, a Professora Doutora Ana Beato pela presença, orientação e incentivo absolutamente incansáveis. Obrigada por todas as palavras nos momentos certos.

Às minhas colegas que foram imprescindíveis durante todo o processo, pelo apoio dentro e fora da sala. Não posso deixar de evidenciar que este trabalho também é um bocadinho teu Margarida, obrigada por teres estado sempre presente nos momentos em que mais precisei e por todos os “nós somos capazes!”.

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

À minha família por todo o esforço que fizeram (e fazem) por mim. Espero algum dia conseguir transmitir-vos o quão grata estou por terem estado sempre desse lado e por me ajudarem a ser quem sou hoje.

A todas as pessoas que se cruzaram e marcaram o meu (longo) caminho académico, o meu muito obrigada.

Resumo

Os estilos e as cognições parentais desempenham um papel importante na forma como a criança se percebe e se relaciona com os outros. Estudos indicam que pais de crianças ansiosas tendem a superproteger os seus filhos e que os consideram menos autónomos e menos capazes de enfrentar situações difíceis do que pais de outras crianças, parecendo revelar que as consideram como crianças vulneráveis ou frágeis. Porém, os motivos pelos quais isso acontece e a percepção dos pais relativamente à vulnerabilidade dos filhos permanecem pouco explorados na literatura. O presente estudo misto, transversal e exploratório pretende explorar as percepções parentais acerca da vulnerabilidade e das potencialidades de crianças com perturbações de ansiedade. A amostra é composta por 40 pais e mães de crianças (23.3% rapazes e 76.6% raparigas, entre 9-12 anos) com perturbação de ansiedade generalizada (PAG) e com fobia específica (FE). As percepções dos pais foram avaliadas através da entrevista semiestruturada Ansioso por Saber. Os resultados revelaram que os pais consideram que os filhos são crianças vulneráveis devido às manifestações cognitivas, emocionais e comportamentais que apresentam regularmente, e destacam a afetividade, as aptidões e a maturidade como principais qualidades. Contudo, a maioria dos pais não considera que os seus filhos sejam mais vulneráveis e/ou que precisem de ser mais protegidos do que outras crianças da mesma idade. O estudo representa uma mais valia para a literatura empírica, dado a escassez de estudos sobre este tema. O reconhecimento das crenças parentais poderá permitir aprofundar a importância do papel parental na origem e manutenção das perturbações de ansiedade infantil.

Palavras-chave: ansiedade infantil, pais, crenças parentais, vulnerabilidade, potencialidades

Abstract

Parenting styles and cognitions play an important role in the way children perceive and relate to others. Studies suggest that parents of anxious children tend to overprotect them and consider their children less autonomous and less able to face difficult situations than other parents, indicating they consider them vulnerable or fragile children. Nonetheless, the reasons why this happens and the parents' perceptions relative to the vulnerability of their children remain relatively unexplored in scientific literature. This qualitative, transversal and exploratory study aims to explore parents' perceptions about the vulnerabilities and potential of children with anxiety disorders. The sample is composed by 40 parents of children (23.3% boys and 76.6% girls, ages 9-12) with general anxiety disorder (GAD) or specific phobia (SP). Parents' perceptions were evaluated using the semi-structured interview "Ansioso por Saber". The results indicate that parents consider their children vulnerable due to their anxiety and how it manifests, namely through recurring cognitive, emotional and behavioral demonstrations. However, most parents do not consider their children significantly more vulnerable and/or in need of more protection than other children of the same age. This study is an added-value to empirical literature, given the scarcity of studies on this subject. The acknowledgement of parental beliefs reinforces the importance of parental roles in the origin and maintenance of childhood anxiety disorders.

Keywords: childhood anxiety; parenthood; parental beliefs; vulnerability; potential

LISTA DE ABREVIATURAS

PA – Perturbação de ansiedade

PAG – Perturbação de ansiedade generalizada

FE – Fobia específica

AS – Ansiedade social

PAS – Perturbação de ansiedade de separação

SPSS – *Statistical package for the social science*

M – Média

DP – Desvio padrão

Min. – Mínimo

Máx. – Máximo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
A ansiedade na infância e na adolescência	12
Modelos etiológicos das perturbações de ansiedade	14
Fatores de risco e de manutenção das perturbações de ansiedade	15
A influência parental na ansiedade	16
Influência das crenças parentais no desenvolvimento da ansiedade	18
Pertinência do estudo	19
Objetivos	20
Objetivo geral	20
Objetivos específicos	20
METODOLOGIA.....	21
Amostra.....	21
Instrumentos de recolha de dados	23
Questionário sociodemográfico.....	23
Entrevista semiestruturada “Ansioso por Saber”	23
Procedimentos.....	23
Procedimentos de recolha de dados	23
Procedimentos de análise de dados	24
Procedimentos de análise qualitativa.....	25
Procedimentos de análise quantitativa.....	26
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	27
Análise dos resultados	27
Processo de categorização das variáveis qualitativas.....	27
Vulnerabilidades da criança	27
Potencialidades da criança	30
Comparação com outras crianças.....	32
Perceções parentais da necessidade de superproteção	34
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	37
Considerações finais	39
Contributos do estudo.....	39

Limitações do estudo.....	40
Implicações do estudo	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	54

ANEXOS

Anexo I – Questionário sociodemográfico	I
Anexo II – Guião da entrevista “Ansioso por Saber”	V
Anexo III – Consentimento informado	XIV
Anexo IV – Descrição dos procedimentos do acordo interjuizes	XVI
Anexo V – Árvore de categorias da variável vulnerabilidade	XX
Anexo VI – Árvore de categorias da variável potencialidades	XXII
Anexo VII – Definição das sub-categorias da categoria-mãe vulnerabilidade	XXIV
Anexo VIII – Definição das sub-categorias da categoria-mãe potencialidades	XXVII

Índice de Quadros

Quadro 1 – Dados sociodemográficos das crianças	21
Quadro 2 – Análise sociodemográfica dos cuidadores	22
Quadro 3 – Frequências das percepções parentais relativas às áreas de vulnerabilidade dos filhos	27
Quadro 4 – Frequências das áreas de vulnerabilidade percebidas pelos pais de acordo com o diagnóstico da criança	30
Quadro 5 - Frequências das percepções parentais das potencialidades dos filhos	30
Quadro 6 – Frequências das potencialidades percebidas pelos pais de acordo com o diagnóstico principal	32
Quadro 7 – Percepção parental de vulnerabilidade em comparação com outras crianças de acordo com o género parental	32
Quadro 8 – Percepção parental de vulnerabilidade dos filhos em função do diagnóstico	33
Quadro 9 – Percepção parental de vulnerabilidade dos filhos em função do género da criança.	33
Quadro 10 – Percepção necessidade de proteção ou tratamento especial dos filhos de acordo com o género parental	34
Quadro 11 – Percepção parental de necessidade de proteção em função do diagnóstico	35
Quadro 12 – Percepção parental de necessidade de proteção em função do género da criança .	35

INTRODUÇÃO

A ansiedade representa um processo adaptativo que permite ao ser humano não só defender-se de situações ameaçadoras ou difíceis, como planificar e adaptar-se a situações novas ou imprevisíveis e tomar decisões em relação ao futuro (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). Porém, a desproporcionalidade da ameaça sentida, ou o impacto negativo em diversos contextos, pode assumir-se como uma perturbação psicológica e ter implicações ao longo do desenvolvimento (Pereira, Barros, Mendonça, & Muris, 2013).

Os pais, enquanto agentes sociais da criança nos primeiros anos de vida, deverão potencializar as interações com o meio, apoiando e incentivando a criança a enfrentar os desafios com que se confronta. Do mesmo modo que podem exercer uma influência positiva, também podem proporcionar momentos de apreensão na criança. Alguns estudos indicam que existem vários fatores parentais e familiares que representam fatores de risco e de manutenção para a ansiedade infantil e juvenil (Barlow, 2000; Rapee, 2012). As crenças parentais, representativas dos valores dos cuidadores, acabam por afetar o relacionamento com os filhos (Barros, 1993). Deste modo, a percepção parental sobre os filhos poderá influenciar a forma como os pais se comportam e pensam sobre o desempenho da criança em algumas tarefas específicas; influenciado a forma como a criança se percebe a si e ao mundo à sua volta (McLeod, Wood, & Weisz, 2007).

Tendo em conta as várias limitações e omissões existentes na literatura desta área, o presente estudo contribui para o aprofundamento do conhecimento nesta área. O mesmo, assume uma abordagem qualitativa, cujo principal objetivo é analisar as percepções dos pais acerca da vulnerabilidade e das potencialidades de crianças com perturbação de ansiedade generalizada (PAG) e com fobia específica (FE), bem como percepção dos pais em relação aos filhos, comparativamente com outras crianças, e a eventual necessidade dos filhos de serem protegidos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A ansiedade na infância e na adolescência

A criança interage de forma recíproca com o meio em que se insere, influenciando-o e sendo influenciada por ele (Chorpita & Barlow, 1998). Por sua vez, o modo como a criança interpreta as situações varia de acordo com a percepção que têm sobre o momento. Assim, ao encontrar-se perante um estímulo considerado ameaçador, reage de forma a garantir a sua segurança. De acordo com a perspetiva evolutiva, o sentimento de medo é universal e crucial para a sobrevivência da espécie humana (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005). Do mesmo modo, a ansiedade surge a partir da interpretação de uma situação como ameaçadora, originando respostas cognitivas e somáticas que potencializam uma ação rápida (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003). Apesar de similares, Baptista e colaboradores (2005) afirmam que se podem distinguir pela presença ou ausência de um estímulo desencadeador mais claro e pela resposta dada (i.e., evitamento). Neste sentido, o medo é originado pelo estímulo desencadeador externo (i.e., presente), enquanto a ansiedade, é considerada um estado emocional, desencadeada por um estímulo interno (Baptista et al., 2005).

A abordagem da psicopatologia do desenvolvimento tem-se revelado importante no estudo do padrão individual do comportamento e desenvolvimento do ser humano (Garber, 1984; Soares, 2000). A distinção entre os comportamentos adaptativos ou desadaptativos permite a delimitação do que é normativo (ou não) em função da faixa etária. Segundo Baptista (2000), o medo tem uma sequência lógica e adaptativa, o que faz com que se dissipe à medida que as dificuldades são superadas. Em situações normativas, a resposta ao medo surge como mecanismo de proteção, quando a criança é exposta a situações que lhe são desconhecidas (Baptista et al., 2005; Craske, 1997; Schiele et al., 2016). Por seu turno, a patologia surge quando a severidade e o sofrimento associados aos estímulos, interferem negativamente no funcionamento normativo da criança ou adolescente (Schniering, Hudson, & Rapee, 2000).

As perturbações de ansiedade caracterizam-se como um processo interno de medo e ansiedade excessivos que provocam alterações comportamentais, emocionais e cognitivas, como a apreensão e preocupação exacerbadas, sobre a possibilidade da ocorrência de resultados negativos (Alfano, Beidel, & Turner, 2002; APA, 2013). O processamento cognitivo enviesado, (e.g., as distorções cognitivas, a interpretação de estímulos ambíguos ou inócuos como ameaçadores e a reduzida percepção de controlo sobre as situações) influencia e aumenta as respostas ansiosas da criança (Barlow, 2000; Gullone, 2000; Ollendick, Yule & Ollier, 1991; Weems, Silverman, Rapee, & Pina, 2003). A percepção de baixa autoeficácia para lidar com os

desafios e a internalização de uma visão de si como frágil ou vulnerável poderá potencializar comportamentos de evitamento e de proximidade da criança com os seus cuidadores, podendo originar comportamentos de dependência (Warren, Huston, Egeland, & Soufre, 1997). A constante necessidade de se sentir apoiada e protegida, tende a influenciar negativamente a rotina familiar (e.g., restringindo ou criando conflitos entre os pais) (Ginsburg, Silverman, & Kurtines, 1995).

As perturbações de ansiedade (PA) são bastante prevalentes na infância e na adolescência (Albano et al., 2003; McLeod et al., 2007). Estas perturbações podem ocorrer em períodos desenvolvimentais específicos (Rapee et al., 2009). Segundo Baptista (2000), em crianças dos 7 aos 11 anos, as perturbações mais comuns são a perturbação de ansiedade de separação (PAS) e a perturbação de ansiedade social (AS). Porém, nem todos os comportamentos podem ser considerados patológicos (Garber, 1984). Segundo Craske (1997) as perturbações de ansiedade mais frequentes na infância e na pré-adolescência são a PAG com prevalência entre os 2,7% e os 12,4%; a PAS, surgindo em cerca de 0,7% e os 12,9% dos casos; a FE apresenta uma prevalência de cerca de 2,4% a 9,2% e a AS de cerca de 0,9% e 1,1%. Num estudo longitudinal com 1420 crianças, dos 9 e os 16 anos de idade, a existência do diagnóstico de PA entre os 9 e os 13 anos poderá predizer problemas de ansiedade aos 16 anos (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003).

Relativamente ao género, as raparigas aparentam ter uma maior prevalência de perturbações de ansiedade (Bandelow & Michaelis, 2015; Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013; Costello et al., 2003; Steel et al., 2014; Maeng & Milad, 2015) e aparentam ter uma maior probabilidade na expressão de fobias, agorafobia, PAS, perturbação de pânico, PAG e perturbação de stress pós trauma, comparativamente com os rapazes (Costello et al., 2003; Maeng & Milad, 2015). A influência do meio (e.g., a cultura), de situações traumáticas (p. ex., abuso sexual na infância) e das características biológicas (e.g., a puberdade) podem influenciar o surgimento destas perturbações (Bandelow & Michaelis, 2015; Last, Perrin, Hersen, & Kazdin, 1996). Na infância e na adolescência, existe uma elevada comorbilidade entre diversas PA, assim como com outros problemas de internalização, como a depressão, e de externalização, como a perturbação de oposição (Rapee et al., 2009).

Em suma, independentemente do género, as implicações negativas dos problemas de ansiedade, se não forem alvo de intervenção, podem agudizar-se e/ou dar origem a outros problemas na idade adulta (Essau, Lewinson, Olaya, & Seeley, 2014; Pereira et al., 2013). O diagnóstico de PA na adolescência parece ser preditor de dificuldades no ajustamento social e

na relação familiar, menor satisfação de vida e de maiores dificuldades no enfrentamento de situações em anos mais tardios (Essau et al., 2014). A compreensão e o aprofundamento do conhecimento acerca da etiologia, desenvolvimento, manutenção e melhoria representam objetivos fundamentais na investigação e na intervenção da PA.

Modelos etiológicos das perturbações de ansiedade

Vários modelos teóricos têm procurado explicar de que forma as perturbações de ansiedade se desenvolvem e se mantêm. O modelo da tripla vulnerabilidade de Barlow (2000) defende que o desenvolvimento da ansiedade é influenciado por fatores internos e externos à criança, tais como fatores biopsicossociais. O autor distingue três tipos de vulnerabilidade que interagem entre si: biológica generalizada (i.e., a contribuição genética e o temperamento da criança); psicológica generalizada (i.e., as experiências de vida precoces e o locus de controlo¹ sobre os acontecimentos); e psicológica específica (i.e., as aprendizagens prévias da criança em relação a uma situação ou experiência que causaram sensações somáticas associadas a uma eventual ameaça ou perigo). A reduzida percepção de controlo acerca de acontecimentos poderá contribuir para o desenvolvimento de crenças distorcidas da criança em relação a si mesma (Barlow, 2000).

A teoria de Rachman (1977, 1991) considera que o medo pode ser apreendido tendo em conta três mecanismos: o condicionamento direto (i.e., a associação de forma repetida entre um estímulo aversivo e uma situação neutra, pode levar a criança a apreender esse medo), a aprendizagem vicariante (i.e., a criança apreende a recear e a lidar com as situações de forma desajustada pela observação comportamental de outras pessoas) e a verbalização enviesada da informação (i.e., a aquisição do medo ocorre pela transmissão verbal de informação sobre o estímulo de forma enviesada, através de histórias, notícias, relatos de acontecimentos, entre outros).

Por último, a teoria de Rapee (2001) salienta o contributo da reciprocidade da relação pais-filhos e o desenvolvimento das PA. Segundo a mesma, o temperamento ansioso da criança influencia a percepção que os pais têm da criança, influenciando o seu comportamento, práticas e estilos parentais (e.g., superproteção, controlo, comportamento restritivo, desencorajamento da autonomia da criança) e predispondo a criança ao surgimento e/ou permanência da ansiedade infantil.

¹ O conceito de *locus de controlo* representa a noção de controlo que um sujeito aparenta ter acerca de uma ou mais situações no seu ambiente, e está associado com a internalização de emoções negativas (Chorpita, & Barlow, 1998).

Fatores de risco e de manutenção das perturbações de ansiedade

A multiplicidade de contextos em que a criança se insere influencia as suas cognições e os seus comportamentos (Chorpita & Barlow, 1998), e têm impacto no funcionamento social e escolar da criança e na dinâmica familiar (Rapee et al., 2009).

Apesar de não ser uma relação linear, o *temperamento* da criança pode ser influenciado por fatores genéticos ou ambientais (Rapee, 2002). No estudo de Muris, Merckelbach e Lluijten (2002) foram encontradas associações significativas entre o desenvolvimento cognitivo e a manifestação de sintomas físicos e emocionais de ansiedade. A antecipação de situações negativas, potencializa a ansiedade e o comportamento evitante nas crianças (Creswell, Schniering, & Rapee, 2005; Field, 2006). O traço de inibição comportamental, caracterizado pela tendência para sentir medo e evidenciar indecisão ou desconforto em ambientes desconhecidos, representa um dos fatores de risco para a ansiedade infantil mais explorados na literatura (Biederman, Rosenbaum, Chaloff, & Kagan, 1993; Muris & Dietvorst, 2006). Estudos indicam que crianças com elevados níveis de inibição comportamental tendem a manifestar mais comportamentos ansiogénicos, intensificando a ocorrência de estratégias de coping desadaptativas (Muris, Merckelbach, Schmidt, Gadet, & Bogie, 2001; Rapee, 2002; Muris, Meesters, & Spinder, 2003; Hurrell, Hudson, & Schniering, 2015).

A transmissão intergeracional da ansiedade é ainda pouco compreendida (Muray et al., 2009). A *transmissão genética* da ansiedade representa meramente um terço do risco de desenvolvimento de perturbação de ansiedade (Hettema, Neale, & Kendler, 2001; Rapee, 2002). Alguns autores consideram que não há um único gene implícito na origem destas perturbações, e que o ambiente pode influenciar a forma como os genes interpretam os comportamentos ou emoções (Gregory & Eley, 2007). Apesar da semelhança da base genética, os *fatores ambientais* poderão também potencializar o surgimento da problemática em questão (Barlow, 2000; Fisak & Grills-Tauchel, 2007). Os medos excessivos, habitualmente condicionados a partir de experiências no ambiente, podem influenciar o surgimento de respostas ansiosas perante os estímulos (Muray et al., 2009). Experiências de vida negativas e precoces potencializam o surgimento de cognições negativas e comportamentos desajustados (Chorpita & Barlow, 1998). As cognições que a criança tem sobre o ambiente podem torna-la mais vulnerável ao contexto. De acordo com Legerstee e colaboradores (2010) crianças com elevada ansiedade são mais negativas e utilizam mais estratégias de coping desadaptativas (e.g.,

distorções cognitivas como a ruminação, a culpabilização ou a catastrofização), comparativamente a crianças sem perturbações de ansiedade.

A influência parental na ansiedade

À medida que a criança se desenvolve, o papel dos pais na ansiedade infantil altera-se consoante as suas necessidades básicas. Ao influenciar o desenvolvimento da criança, podem ser responsáveis pela transmissão enviesada de informação, contribuindo para a origem e manutenção das perturbações de ansiedade (Field & Lawson, 2003; Fisak & Grills-Taquelchel, 2007; Lebowitz, Leckman, Silverman, & Fieldman, 2016). No estudo experimental de Burstein e Ginsburg (2010), depois dos pais de crianças entre os 8 e os 12 anos de idade (sem perturbação de ansiedade), exprimirem comportamentos e cognições ansiosas sobre a tarefa que os filhos estavam a realizar, as crianças apresentaram mais manifestações de ansiedade (i.e., evitamento e distorções cognitivas). Os autores verificaram também que ambos os pais influenciam o comportamento dos filhos. Neste sentido, o feedback dado à prestação dos filhos poderá contribuir para o desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade (Calkins, 1994; Lebowitz et al., 2016). As crenças parentais são representativas das ideias, valores e atitudes dos pais relativamente a um determinado problema (Barros, 1993). A representação mental de um significado específico, com múltiplas funções, depende da codificação mental dos sujeitos (Bogdan, 1986, cit. In Sigel & McGillicuddy-De Lisi, 2002). O significado destas ideias, e de como elas poderão mudar, das suas conexões e dos sentimentos que despertam, podem ser consideradas como um fator mediador entre o ambiente e o comportamento parental, moderando as respostas parentais às situações (Goodnow, 1988; Murphey, 1992). Assim, no exercício de reflexão sobre o comportamento das crianças, os pais tiram conclusões com base nas características dos filhos.

Os pais também podem transmitir a sua ansiedade aos filhos através da comunicação verbal (Fisak & Grills-Taquelchel, 2007). A transmissão de mensagens explícitas de perigo poderá promover o evitamento de situações ou estímulos percecionados como ansiogénicos, aumentando a vulnerabilidade da criança e um processamento cognitivo enviesado (Percy, Creswell, Garner, O'Brien, & Murray, 2016). Num estudo experimental sobre a influência da transmissão de informação na origem de medos específicos, crianças com 7 a 9 anos receberam dois tipos de informação, verbal e ou visual, acerca de um estímulo. Os autores concluíram que as crianças que receberam informação verbal negativa apresentavam mais crenças ansiogénicas do que as outras crianças expostas a estímulos visuais (Field, Arygys, & Knowles, 2001). Num

estudo semelhante as crianças influenciadas negativamente pelas mães demonstraram mais enviesamentos e um aumento do medo em relação ao estímulo (Remmerswaal, Muris, & Huijding, 2016).

Através das suas atitudes ou reações, os pais podem influenciar o comportamento da criança. O papel da ansiedade parental como fator de risco para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade nas crianças tem sido largamente evidenciado na literatura. Crianças de pais com perturbação de ansiedade têm uma maior predisposição para o mesmo tipo de problemas, através da observação do comportamento (Rapee, 2002).

Estudos demonstram que a ansiedade dos pais (p. ex., a expressão de sentimentos negativos) influencia o comportamento parental (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006) que, de forma indireta, poderá representar um fator de risco para a ansiedade infantil. Pais ansiosos de crianças com PA tendem a apresentar mais comportamentos de rejeição do que de afetuosidade na interação com os filhos (Williams, Kertz, Scrock, & Woddruff-Burden, 2012). Noutro estudo, pais com elevados níveis de ansiedade tendem a perceber as crianças como mais vulneráveis, o que pode ter implicações na forma como se relaciona com ela (Mullins et. al., 2004). Porém, esta a percepção de vulnerabilidade não tem sido explorada e caracterizada pelos estudos existentes.

A experiências de vida das crianças também podem influenciar a ansiedade parental (Forsyth, Horwitz, Leventhal, Burger, & Leaf, 1996). Num estudo longitudinal com 25 famílias de crianças que sofreram de problemas de saúde no passado, os pais aparentavam ter mais dificuldade de separação das crianças e mais comportamentos de superproteção e de excesso de permissividade (Green & Solnit; 1964). Sabe-se que a percepção de ameaça na vida da criança, as crenças relativamente ao temperamento das crianças, o estado mental dos pais, a necessidade de os pais proporcionarem qualidade de vida aos filhos ou o estilo educativo podem contribuir para a conduta superprotetora e para a percepção de vulnerabilidade nas crianças (Thomasgard & Metz, 1997; 1999).

A ansiedade na infância está frequentemente associada a estilos parentais mais controladores e menos responsivos (McLeod et al., 2007). Estilos parentais controladores traduzem-se habitualmente na proteção excessiva da criança, assentes na percepção de ameaça física ou psicológica, e comprometem a independência e a autonomia da criança (Chorpita, Brown, & Barlow, 2016; Lebowitz et al., 2016; Thomasgard & Metz, 1993). Chorpita e Barlow (1998) defendem que pais que tenham estilos parentais assentes em menor suporte emocional (i.e. punitivos, minimizadores e diminutivos) e em maior superproteção limitam a autonomia

da criança, diminuindo a sua noção de controlo sobre as situações no meio ambiente. Estilos parentais como a baixa reciprocidade emocional, o nível elevado de criticismo e de controlo estão associados a distorções cognitivas na criança em situações ansiogénicas (Barlow, 2000). A privação de autonomia ou a limitação da prática de atividades e de expressão de sentimentos por parte dos pais poderá aumentar o risco para o surgimento de problemas de internalização (Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996) e reforçar sentimentos de incompetência, de falta de confiança ou de suporte, para lidar com situações novas ou desafiadoras (Mullins et al., 2004).

Influência das crenças parentais no desenvolvimento da ansiedade

A reciprocidade do relacionamento pais-criança influencia as cognições parentais, podendo ser associadas ao estilo parental ou à resposta emocional e comportamental da criança (Bugental & Johnson, 2000; Mullins et al., 2004). A predisposição para a criança desenvolver sintomas de ansiedade aumenta quando os pais apresentam comportamentos e cognições que condicionem o envolvimento da criança no ambiente (Ginsburg & Scholssberg, 2002; Chorpita et al., 2016). Apesar das significações dos pais de crianças com PA ainda terem sido pouco estudadas, sabe-se que as crenças e percepções dos pais acerca dos filhos têm um papel importante no desenvolvimento e na manutenção da ansiedade infantil (Rapee, 2002; Herren, In-Albon, & Schneider, 2013). As atribuições feitas aos comportamentos das crianças dependem da expectativa que os pais têm sobre a maturidade e as competências dos filhos (Murphey, 1992), tendo implicações nas respostas emocionais e comportamentais (Murray, Creswell, & Cooper, 2014). Vários autores e estudos têm evidenciado crenças e expectativas nos pais de crianças ansiosas. Pais com crenças e expectativas negativas sobre a criança (i.e., maior incapacidade em encontrar estratégias de coping e de autorregulação emocional), tendem a recorrer a comportamentos de superproteção para evitar o desconforto emocional das crianças (Creswell, O'Connor, & Brewin, 2008). Ao comparar as reações dos pais à manifestação de emoções negativas de crianças, com e sem perturbações de ansiedade, Hurrell e colaboradores (2015) concluíram que mães e pais de crianças com perturbações de ansiedade consideram que os filhos têm mais dificuldades na autorregulação emocional, considerando-as inflexíveis e com maior labilidade emocional. Pais de crianças ansiosas creem que os seus filhos são menos autónomos e recorrem mais ao evitamento em situações ansiogénicas (Cobham & Dadds, 1999; Wheatcroft & Creswell, 2007). No estudo de Kortlander e colaboradores (1997), mães de crianças com perturbações de ansiedade consideram que os seus filhos ficam mais perturbados e têm menos capacidade de se autorregularem em situações de stress, quando comparadas com

mães de crianças sem perturbações de ansiedade. No estudo experimental de Wheatcroft e Creswell (2007) os pais das crianças ansiosas apresentam um maior locus de controlo externo em relação ao humor e ao comportamento dos filhos. De modo geral, os pais tendem a subestimar as capacidades dos filhos, crendo-os mais vulneráveis às adversidades a que são expostos.

Pertinência do estudo

Com base na revisão bibliográfica, foram identificadas algumas limitações que o presente estudo procura colmatar. Relativamente à amostra, uma parte considerável dos estudos nesta área inclui um intervalo de idades das crianças alargado, não permitindo compreender se existem aspetos desenvolvimentais específicos nas manifestações de ansiedade (Williams et al., 2012). A maior parte dos estudos inclui crianças com vários diagnósticos de ansiedade, não permitindo compreender a existência especificidades em função do tipo de perturbação (Bayer et al., 2006). As críticas aos estudos experimentais e observacionais revistos surgem pela reduzida validade ecológica. A restrição do tempo de exposição e o ambiente controlado em que se desenvolvem podem atenuar os efeitos do estímulo ansioso, não transparecendo na totalidade as reações ansiosas.

Considerando o papel dos cuidadores, a maioria dos estudos exclui o papel do pai (Bruggen, Van Starns, & Bögels, 2008; McLeod et al., 2007). Sabe-se que a forma como os pais e as mães se relacionam com os filhos difere, podendo influenciar as manifestações de ansiedade (Bögels & Phares, 2008). A análise e comparação do papel do pai poderá permitir uma melhor compreensão sobre os contornos da conduta ansiosa da criança. Apesar da sua reconhecida importância, poucos estudos relacionaram as crenças e percepções parentais com a ansiedade infantil. As representações e percepções dos pais de crianças com PA tem recebido menor ênfase na literatura. São mais frequentes estudos sobre a influência da ansiedade na interação da díade. O presente estudo propõe-se a analisar estas questões outrora pouco exploradas.

O reconhecimento das crenças e percepções parentais sobre as vulnerabilidade e potencialidades dos filhos, são representativas da pertinência do presente estudo. Ajudar os pais a compreender o seu papel na origem e manutenção das perturbações de ansiedade poderá ser benéfico na prática clínica. A forma como os pais realizam as atribuições sobre a ansiedade nas crianças, ou de como percecionam o futuro das mesmas, pode ser condicionada pela visão ou

opinião que têm sobre os filhos. A percepção parental em relação às crianças com PAG e com FE poderá ser o início de um novo conjunto de estudos.

Objetivos

Objetivo geral

O principal deste estudo consiste em explorar as percepções parentais referentes à vulnerabilidade e às potencialidades de crianças com perturbações de ansiedade. Serão analisadas as diferenças entre os pais (i.e., pais e mães). Será possível refletir acerca do eventual efeito dos pais na manutenção das perturbações de ansiedade em estudo. Recorrendo a uma abordagem exploratória e qualitativa, foram caracterizadas as percepções e crenças parentais sobre as áreas de vulnerabilidade ou de fragilidade, assim como as potencialidades das crianças.

Objetivos específicos

- Explorar as percepções de vulnerabilidade de crianças com PA mediante a perspetiva dos pais;
- Explorar as potencialidades das crianças com PA percebidas pelos pais;
- Analisar as diferenças entre pais e mães em relação às percepções de vulnerabilidade às potencialidades das crianças com PA;
- Analisar as percepções parentais relativas à comparação da vulnerabilidade de crianças com PA com outras crianças;
- Analisar as percepções parentais acerca da necessidade de proteger as crianças devido aos problemas de ansiedade.

METODOLOGIA

Amostra

Participaram neste estudo 40 pais² (26 mães e 14 pais) de crianças com diagnóstico de perturbação de ansiedade. As crianças têm entre 9 e os 12 anos ($M = 10$; $DP = 1.06$), sendo que 23 são do sexo feminino (76.6%) e 7 do sexo masculino (23.3%); a recolha nesta faixa etária prende-se com o facto de as crianças já terem autonomia para responderem aos instrumentos de avaliação utilizados. Quanto ao diagnóstico principal, 15 crianças têm o diagnóstico de PAG e 15 crianças têm o diagnóstico de FE (cf. quadro 1). Nas crianças com o diagnóstico principal de FE, os medos mais frequentes estão relacionados com questões de saúde (i.e., injeções, análises, sangue, doenças, vomitar, médicos), com animais (i.e., cães ou insetos) e com o escuro. A maior parte das crianças apresenta comorbilidades com diagnósticos secundários. A amostra foi seleccionada tendo em conta a proporção de pais e de mães inquiridos, promovendo a homogeneidade dos resultados.

A maioria representa famílias nucleares intactas, sendo maioritariamente casado ou vive em união de facto. Relativamente ao nível socioeconómico, a maior parte das famílias pertence ao nível médio. A maioria dos pais apresenta habilitações ao nível do ensino secundário e a maioria das mães ao nível do 3º ciclo e do ensino superior. (cf. quadro 2).

Quadro 1

Dados sociodemográficos das crianças

n = 30 (%)		
	Masculino	Feminino
	7 (23.3%)	23 (76.6%)
Idades das Crianças³		
9 – 10	23 (76.7%)	
11 – 12	7 (23.3%)	
M = 10.03; DP = 0.99; Min. = 9; Máx. = 12		
Diagnóstico Principal		
Perturbação de Ansiedade	3 (20%)	12 (70%)
Generalizada		
Fobia Específica	3 (20%)	12 (70%)

² Foram incluídos um padrasto e uma avó por terem sido sempre os pais das crianças.

³ Os valores não correspondem à totalidade da amostra. Duas crianças não tinham a idade disponível nos dados sociodemográficos.

Quadro 2

Análise sociodemográfica dos cuidadores

	n = 40 (%)	
	Pai	Mãe
	14 (35%)	26 (65%)
Sexo da Criança		
Masculino	3 (7.5%)	5 (12.5%)
Feminino	11 (27.5%)	21 (52.5%)
Diagnóstico Principal da Criança		
Perturbação de Ansiedade	7 (17.5%)	13 (32.5%)
Generalizada		
Fobia Específica	7 (17.5%)	13 (32.5%)
Idade dos Pais⁴		
25 – 35		10 (25%)
36 – 45		16 (40%)
46 – 53		5 (12.5%)
M = 38.94; DP = 6.16; Min. = 28; Máx. = 53		
Habilitações Literárias		
1º ciclo	0	1 (2.5%)
2º ciclo	0	2 (5%)
3º ciclo	2 (5%)	6 (15%)
Secundário	7 (17.5%)	0
Superior Universitário	2 (5%)	6 (15%)
Pós-Secundário não superior	2 (5%)	2 (5%)
Reformado	0	1 (2.5%)
SI	1 (2.5%)	8 (20%)
Estado Civil		
Solteiro	0	1 (2.5%)
Casado ou União de Facto	13 (32.5%)	20 (50%)
Divorciado ou Separado	1 (2.5%)	1 (2.5%)
Viúvo	0	1 (2.5%)
SI	0	3 (7.5%)

⁴ Os dados não correspondem à totalidade da amostra.

Nível Socioeconómico		
Baixo	3 (7.5%)	10 (25%)
Médio	10 (25%)	11 (27.5%)
Médio/Alto	0	1 (2.5%)
SI	1 (2.5%)	4 (10%)

Instrumentos de recolha de dados

Questionário sociodemográfico

Foi fornecida uma ficha para preenchimento sobre os dados sociodemográficos (cf. anexo I). Foram recolhidas informações sobre as crianças (e.g. sexo, data de nascimento, dados escolares e acompanhamentos prévios em psicologia ou pedopsiquiatria); sobre a família (e.g., agregado familiar) e sobre os pais (e.g., idade, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade e ocupação). Relativamente ao nível socioeconómico, estes foram codificados como baixo, médio ou alto.

Entrevista semiestruturada “Ansioso por Saber”

Esta entrevista tem como objetivo geral identificar e avaliar crenças, emoções, comportamentos e estratégias dos pais de crianças com PA. Composta por cerca de 20 questões semiabertas, tem uma aplicação média de cerca de 45 minutos e procura explorar várias dimensões como a percepção de vulnerabilidade da criança; as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais a situações em que os filhos manifestam ansiedade e as atitudes perante as estratégias utilizadas pelo/a parceiro/a.

No total foram analisadas 4 questões da entrevista, nomeadamente: “Quais as áreas de maior fragilidade/dificuldade/vulnerabilidade do(a) seu(sua) filho(a)?”; “Quais as maiores forças?”; “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?” e, por fim, “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?” (cf. anexo II).

Procedimentos

Procedimentos de recolha de dados

A amostra corresponde a um recorte da amostra recolhida a partir da investigação mais abrangente (Beato, 2016), sendo não probabilística de conveniência, selecionada através de um

procedimento de screening multietapas. A amostra foi recolhida em escolas públicas do 1º e 2º ciclo da área de Lisboa. Foram utilizadas medidas de autorrelato, entrevistas estruturadas e semiestruturadas e a observação direta. O diagnóstico das crianças foi feito pela investigadora principal do estudo alargado com base nas respostas da criança e dos pais à Anxiety Disorder Interview Schedule for Children - ADIS-IV (Albano & Silverman, 1996, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010).

No presente estudo foram considerados como critérios de inclusão: fornecimento do consentimento informado para colaboração no estudo, reconhecimento da inferência da ansiedade da criança na dinâmica familiar e/ou no ajustamento dos filhos (avaliado com 4 ou superior no grau de impacto na ADIS-IV), serem pais (ou cuidadores principais⁵) e coabitarem com a criança há mais de 5 anos, e a criança ter como diagnóstico principal PAG ou a FE. Foram excluídos os pais de crianças que não coabitam com as crianças e as crianças com outras perturbações de ansiedade.

Os procedimentos éticos são subjacentes ao estudo mais alargado ao mesmo. Seguindo as normas da Declaração de Helsínquia, a utilização dos instrumentos foi devidamente autorizada pelos autores responsáveis pelas versões validadas para a população portuguesa. O projeto alargado foi submetido e aprovado por várias comissões nacionais e locais de ética e direção, nomeadamente a Comissão Nacional de Proteção de Dados Direção Geral para o Desenvolvimento e Inovação Curricular (DGDIC), Comissão Especializada de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; Direções dos agrupamentos de escolas envolvidos no estudo.

Durante a fase de recolha de dados, foi fornecido aos participantes o consentimento informado com informações relativas ao projeto (cf. anexo III). Deste modo, foram asseguradas a garantia da privacidade das respostas, a confidencialidade dos dados pessoais e a possibilidade de desistirem do estudo em qualquer momento. Foi dada a estas famílias a possibilidade de terem acompanhamento psicológico gratuito na consulta de psicologia pediátrica do Serviço à Comunidade da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Procedimentos de análise de dados

Antes de iniciar à análise dos dados, procedeu-se à transcrição das entrevistas, posteriormente utilizadas na amostra dos estudos elaborados por outros alunos.

⁵ Por cumprirem todos os critérios de inclusão, na amostra estão incluídos uma avó e um padrasto.

Com base nos objetivos do estudo, foi primeiro realizada uma análise qualitativa às entrevistas dos pais. Posteriormente, foram realizadas análises quantitativas a partir das categorias daí derivadas. A utilização de diferentes métodos de análise de dados permite uma complementaridade na interpretação dos dados recolhidos (Duarte, 2009).

Procedimentos de análise qualitativa

Através da análise temática qualitativa das entrevistas realizadas aos pais foi possível recolher informação acerca das crenças e perceções de cada um dos participantes. Apesar de não haver um consenso sobre a definição de análise temática, várias áreas recorrem a esta técnica (Braun & Clarke, 2006). A análise temática é um método interpretativo flexível, utilizado para organizar, identificar, analisar e evidenciar padrões de informação nos dados (Barker, Pistrang, & Elliott, 2016; Braun & Clarke, 2006; Crowe, Inder, & Porter, 2015; Howitt, 2010). A utilização desta metodologia qualitativa permitiu adquirir informação sobre as crenças e perceções parentais, sendo possível organizar e comparar as respostas dos cuidadores.

As entrevistas respondidas pelos participantes foram previamente lidas para uma maior familiarização com o seu conteúdo. Este processo tem como objetivo a identificação, a codificação prévia e categorização das unidades de registo (Bardin, 2004). Para a recolha da informação foram feitas uma pré-análise, a sistematização da informação e a interpretação dos dados. Realizaram-se 6 procedimentos na análise temática (cf. Braun & Clarke, 2006). Após a leitura do conteúdo das entrevistas, a informação foi sintetizada e agrupada em temas globais.

Durante todo o processo dúvidas relativas à categorização foram discutidas com a professora orientadora e com o restante grupo de orientandos. A representatividade, a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência dos componentes das entrevistas foram preservadas durante todo o processo (Bardin, 2004). Para minimizar enviesamentos e aumentar a validade e a fiabilidade do estudo, foi feito também um acordo interjuízes (Fonseca, Silva, & Silva, 2007; Wellens, Milisen, Flamaing, & Moons, 2011). Através do grau de concordância entre dois juízes verificou-se a estabilidade do processo de codificação (i.e., a consistência ou a invariabilidade das atribuições das categorias às unidades de registo), e, caso não hajam desvios relevantes, as codificações poderão ser consideradas fiáveis⁶ (Lima, 2013). Considera-se que a concordância entre os juízes é significativa quando os valores se encontrem entre os 80 e os 100% (Fortin, 2003). No presente estudo, para medir o grau de acordo, foi também utilizado

⁶ Através do cálculo da taxa de fiabilidade global, que representa o número de acordos mediante o número total de unidades de registo foi possível obter a percentagem de acordo interjuízes.

o teste *kappa* (Cohen, 1960), permitindo eliminar a proporção de acordo referente ao acaso (Fonseca et al., 2007). Para situar estes valores, serão considerados os valores de referência de Brennan e Silman (1992), sendo que, valores inferiores a 0.20 são considerados fracos; de 0.21 a 0.40 são considerados razoáveis; de 0.41 a 0.60 são moderados; de 0.61 a 0.80 são classificados como bons e, por fim, de 0.81 a 1.00 são considerados muito bons.

Devido às inconsistências entre os juízes, no total foram realizados três momentos de avaliação. Durante este processo as categorias sofreram alterações (cf. Lima, 2013). Foram reconsideradas somente as unidades de registo cujo as percentagens de concordância eram inferiores ao esperado, ou que suscitavam questões nos juízes (cf. anexo IV).

Procedimentos de análise quantitativa

Após estes procedimentos, foram comparados os resultados implícitos em cada uma das categorias. Para complementar a análise dos resultados obtidos, com recurso à metodologia quantitativa, foram realizados alguns testes estatísticos.

A necessidade de realizar uma análise quantitativa surge a fim de explorar e aprofundar alguns dos dados obtidos. Estes permitiram proceder à avaliação da fidedignidade e da validade da análise qualitativa do estudo; e a comparação da informação proveniente das questões mais pormenorizadas das entrevistas semiestruturadas em análise. Recorrendo ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20 (SPSS, Chicago, IL, USA), foram executadas operações estatísticas simples (i.e., percentagens e frequências) e testes não paraméricos (i.e., teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher). O teste exato de Fisher é utilizado quando as amostras são pequenas, sendo nestes casos mais adequado do que o qui-quadrado (Siegel & Castellan, 2006). O nível de significância considerado foi de $p < 0.05$.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Análise dos resultados

Processo de categorização das variáveis qualitativas

Foram elaboradas duas categorias-mãe que dizem respeito às áreas de vulnerabilidade (cf. anexo V) e às potencialidades (cf. anexo VI), enumeradas pelos pais, sendo as mesmas descritas com base na literatura empírica recolhida sobre as cognições parentais sobre as PA. Os códigos existentes em cada uma das categorias-mãe são exclusivos (i.e., dizem respeito a uma só temática) e atribuídos a afirmações específicas feitas pelos pais (cf. anexo VII e VIII). Na categoria-mãe vulnerabilidade, uma das subcategorias é dividida em duas partes devido à diversidade das situações mencionadas.

Vulnerabilidades da criança

Quadro 3

Frequências das percepções parentais relativas às áreas de vulnerabilidade dos filhos

Vulnerabilidade	Pais		Total n =40 (%)
	Pai	Mãe	
	n =14 (%)	n =26 (%)	
Manifestações Cognitivas e Emocionais	14 (100)	24 (92.3)	38 (95)
Manifestações Comportamentais	12 (85.7)	26 (100)	39 (97.5)
Características das Crianças	12 (85.7)	25 (96.1)	37 (92.5)
Desempenho	6 (42.8)	14 (53.8)	20 (50)
Socialização	6 (42.8)	8 (30)	14 (35)
Sem Vulnerabilidade	0 (0)	4 (15.3)	4 (8.5)

A maioria dos pais (i.e., 97.5%) considera que as manifestações comportamentais de ansiedade (i.e., os comportamentos de evitamento, de dependência, pedidos de tranquilização, dificuldade em verbalizar sentimentos ou questionamentos excessivos), as manifestações cognitivas e emocionais de ansiedade (i.e., os medos ou preocupações, a antecipação de ameaça ou as distorções cognitivas) e as características da criança (i.e., os traços de personalidade, o temperamento ou a autoestima) constituem os maiores sinais de fragilidade das crianças.

De forma específica, na descrição das **manifestações comportamentais**, os pais afirmam que a criança evita expor-se a situações temidas, exprimindo comportamentos de

dependência [e.g., *“ao entrar dentro de água, só vai se eu tiver lá ao pé”* (mãe, menino de 10 anos), *“para ir à casa de banho tem que acender as luzes. às vezes pede para ir com ela”* (pai, menina de 12 anos)]; de procura de contacto físico ou de conforto emocional [e.g., *“ela procura logo apoio em algum de nós, se eu estiver, seguramente que vem logo para mim, para a mãe, os avós”* (pai, menina de 9 anos)]. Alguns pais evidenciam as dificuldades em verbalizar ou exprimir os sentimentos em situações ansiogénicas [e.g., *“umas vezes consigo, outras vezes não consigo, que ela diz assim “Não quero falar.”* (mãe, menina de 10 anos); e os questionamentos excessivos sobre o que as deixa desconfortáveis, *“tenta fazer perguntas que é para a gente a informar e para ela ficar mais calma...”* (pai, menina de 10 anos); *“nós sabemos por exemplo que ela está ansiosa quando começa a fazer perguntas e essas coisas todas”* (pai, menina de 10 anos)]. Segundo os cuidadores, existem também alguns comportamentos que indicam que a criança está ansiosa [e.g., *“a voz dela começa a tremer, começa-se a encolher”* (mãe, menina de 10 anos)].

No que diz respeito às **manifestações cognitivas e emocionais**, alguns pais consideram que as preocupações excessivas e a antecipação das situações, são representativas da vulnerabilidade dos filhos [e.g., *“ela foi eleita delegada de turma, isso deixou-a muito assustada, o que era ser delegada de turma”* (mãe, menina de 11 anos); *“ela tem sempre muito receio (...eh...) do que possa acontecer”* (pai, menina de 10 anos)]. São evidenciadas algumas distorções cognitivas, como por exemplo a maximização, a catastrofização e a ruminação sobre os problemas [e.g., *“eu sei que está na cabecinha dele e que o vai atormentando, possivelmente por isso às vezes o comportamento dele”* (mãe, menino de 9 anos); *“ela depois começou a dizer isso muito insistentemente durante uns tempos...”* (mãe, menina de 12 anos)]. Os pais evidenciam que as crianças aparentam ter dificuldades na autorregulação emocional e no planeamento de estratégias de tomada de decisão e de resolução de problemas [e.g., *“ela não se lembrava se tinha posto tudo ou não. E depois, entretanto continuei, só que ela estava... não parava...”* (mãe, menina de 11 anos); *“ela ficou logo aflita porque nos iam levar, percebe?”* (mãe, menina de 12 anos)].

Também mencionadas as **características individuais** das crianças, os pais consideram que a vulnerabilidade provém do temperamento, da baixa autoestima e do autoconceito, pela dificuldade da criança em confrontar os problemas [e.g., *“ela não tem os instrumentos pessoais para se defender”* (pai, menina de 9 anos); *“ela às vezes não se consegue avaliar bem como ela é”* (mãe, menina de 10 anos); *“eu acho que é mesmo do temperamento dela”* (mãe, menina de 11 anos)]. Alguns pais creem que as características intrínsecas dos filhos causam momentos de

insegurança e de inibição comportamental [e.g., “*eu acho que é dela mesmo, ela é que tem de entender que não pode exigir tanto dela própria, que tem de ter... que tem de se satisfazer como ela é*” (mãe, menina de 12 anos); “*falta de autoestima a incapacidade de confronto, “hã”, com as outras pessoas*” (pai, menina de 9 anos)].

Com menor frequência que as categorias anteriores, o **desempenho académico** foi mencionado por 50% dos pais como uma área de fragilidade. Os pais consideram que, as crianças aparentam revelar ansiedade de desempenho nos momentos de avaliação (i.e., testes ou provas) e nos momentos em que partilham com os pais os resultados das avaliações [e.g., “*no momento de saber que tem as notas muito boas tem sempre receio de correr muito mal*” (mãe, menina de 12 anos); “*antes de me entregar estava muito nervosa porque ela sabia que tinha negativa*” (mãe, menina de 10 anos)]. A constante preocupação com o rendimento académico ou a elevada expectativa da criança em relação às notas ou com o receio de falhar [e.g., “*estudos, desempenho... o ficar um bocadinho preocupada em ser boa*” (mãe, menina de 10 anos); “*a situação da nota... porque ela queria atingir um outro patamar*” (mãe, menina de 11 anos,)] também são indutoras de ansiedade nos filhos.

Os **problemas de socialização** são mencionados por 35% dos pais, que evidenciam o receio do confronto com os colegas, o medo da rejeição social, a sensibilidade à crítica por parte dos outros e a exacerbação dos conflitos com os colegas [e.g., “*ela é muito sensível se alguma amiga... acha que a amizade acabou*” (pai, menina de 10 anos)]. A vulnerabilidade das crianças é também percecionada na inadaptação ao grupo de pares [e.g., “*ele é uma criança que se quer impor, ele quer-se impor a todos e ele tanto se quer impor que os outros acabam por se chatear*” (pai, menino de 9 anos)], e nas dificuldades no relacionamento interpessoal [e.g., “*isola-se muito, fala com um ou dois, mas tenta-se isolar. Ele foi para um retiro da catequese, ele não falou com o colega do quarto, ele isolou-se*” (mãe, menino, 12 anos)].

As unidades de registo na subcategoria **sem vulnerabilidade** dizem respeito à desconsideração dos comportamentos da criança como vulnerabilidade, ou que os pais não soubessem identificar [e.g., “*Se quer que eu lhe diga...eu não sei! Ela é minha filha, mas eu... utilmente eu não a tenho conhecido, ela mudou muito*” (mãe, menina de 10 anos); “*Mais frágil... “Hã”, mais frágil?... Não estou a...*” (avó, menino de 10 anos)].

Quadro 4

Frequências das áreas de vulnerabilidade percebidas pelos pais de acordo com o diagnóstico da criança

Vulnerabilidade	Diagnóstico Principal	
	PAG <i>n</i> = 20 (%)	FE <i>n</i> = 20 (%)
Manifestações comportamentais	19 (95)	20 (100)
Manifestações cognitivas e emocionais	19 (95)	19 (95)
Características das crianças	17 (85)	20 (100)
Desempenho	11 (55)	9 (45)
Socialização	9 (45)	5 (25)
Sem vulnerabilidade	1 (5)	3 (15)

De modo geral, os pais de crianças com PAG e com FE consideram que as principais áreas de vulnerabilidade dos filhos estão relacionadas com a forma como **manifestam a ansiedade** perante a situação ou o estímulo ansiogénico (i.e., através do comportamento, da cognição e da expressão emocional) e pelas **características intrínsecas** da mesma (i.e. a baixa autoestima e autoconceito).

Potencialidades da criança

Quadro 5

Frequências das percepções parentais das potencialidades dos filhos

Potencialidades	Pais		Total <i>n</i> = 40 (%)
	Pai <i>n</i> =14 (%)	Mãe <i>n</i> =26 (%)	
Maturidade	8 (57.1)	14 (53.8)	22 (55)
Aptidões	7 (50)	14 (53.8)	21 (52.5)
Não identifica	6 (42.8)	13 (50)	19 (47.5)
Afetividade	3 (21.4)	15 (57.6)	18 (45)
Competências sociais	3 (21.4)	5 (19)	8 (20)
Maturidade	8 (57.1)	14 (53.8)	22 (55)

As subcategorias **aptidões** e **maturidade** foram mencionadas pelos pais com maior frequência. Vários pais valorizam as **aptidões** dos filhos (i.e., as capacidades cognitivas e a criatividade), o esforço e a dedicação na realização de tarefas [e.g., “*ela quando gosta de uma coisa, de um assunto, ela empenha-se de tal maneira*” (pai, menina, 10 anos)]; e a forma como a criança apreende a informação que está ao seu redor [e.g., “*aprende facilmente, é muito observadora, fixa bem as coisas*” (mãe, menina de 12 anos)].

Os pais tendem a considerar que a **maturidade** dos filhos provém da responsabilidade, da independência e da consciência sobre os problemas e empatia com o outro [e.g., “*É muito autónoma, tem muito poder de decisão*” (pai, menina de 12 anos); “*muito organizada com as coisas dela independentemente de ser na escola ou em casa, pontualidade para ela é fundamental*” (mãe, menina, 9 anos), “*preocupada com as outras pessoas*” (pai, menina, 9 anos)].

Cerca de 47% dos pais não reconheceram as potencialidades dos filhos ou apenas identificaram características negativas [e.g., “*ainda não consegui perceber assim qualquer competência que ela tenha que seja superior o que destaque. Mas acho que ela é um bocadinho preguiçosa*” (mãe, menina de 9 anos); “*Ai que pergunta tão difícil... É que eu vejo o B. com tanto medo de tudo que sinceramente não sei qual é... não sei*” (mãe, menino de 12 anos)].

Na subcategoria **afetividade** (i.e., as manifestações de carinho, de ternura ou de sensibilidade e preocupação para com os outros), os pais evidenciam a sensibilidade e a sinceridade para com os outros [e.g., “*muito meiga, muito transparente, muito sincera*” (mãe, menina de 10 anos)]. Características como a alegria, a extroversão e o dinamismo são também referidas [e.g., “*ela é muito desinibida, muito muito extrovertida*” (mãe, menina de 10 anos); “*é uma criança muito alegre*” (mãe, menina de 10 anos)].

Apesar da baixa frequência da subcategoria **competências sociais**, os pais creem que os filhos mantêm bons relacionamentos interpessoais [e.g., “*ela tem facilidade em se juntar às outras crianças*” (mãe, menino de 9 anos); “*ela tem um grande à-vontade, ela dá-se bem com bebés, com da idade dela, com adultos, idosos, ela tem assim aquela à-vontade*” (mãe, menina de 9 anos)].

Quadro 6

Frequências das potencialidades percebidas pelos pais de acordo com o diagnóstico principal

Potencialidades	Diagnóstico Principal	
	PAG	FE
	<i>n</i> = 20 (%)	<i>n</i> = 20 (%)
Afetividade	9 (45)	9 (45)
Aptidões	9 (45)	12 (60)
Maturidade	7 (35)	15 (75)
Não identifica	9 (45)	10 (50)
Competências sociais	4 (20)	4 (20)

Em ambos os diagnósticos os pais consideram que as qualidades da criança se revelam a nível da **afetividade** e das **aptidões**. É também perceptível a discrepância na subcategoria **maturidade**, sendo esta mais valorizada nas crianças com FE. Em ambos os diagnósticos, as competências sociais foram pouco valorizadas pelos pais.

Comparação com outras crianças

Quadro 7

Percepção parental de vulnerabilidade em comparação com outras crianças de acordo com o género parental

Comparação	Cuidadores	
	Pai	Mãe
	<i>n</i> = 14 (%)	<i>n</i> = 26 (%)
Menos	1 (7.1)	2 (7.6)
Igual	10 (71)	12 (46.1)
Mais	3 (21.4)	12 (46.1)

Não existem diferenças entre pais e mães em relação à comparação da vulnerabilidade com outras crianças ($\chi^2 (2) = 2.54; p = 0.28$). A maioria dos pais considera que os filhos são **igualmente** vulneráveis quando comparados com outras crianças da mesma faixa etária. Os medos, a sensibilidade emocional, o excesso de responsabilidade são referidos como o que distingue os filhos das outras crianças [e.g., “*eu acho que a minha C. é muito mais frágil porque também tem muito mais aquela... aquele sentimento de, de... familiar*” (mãe, menina de 12

anos), “*ela às vezes parece, pronto, parece-me que é um bocado mais frágil do que as outras*” (pai, menina de 9 anos)].

Quadro 8

Percepção parental de vulnerabilidade dos filhos em função do diagnóstico

Comparação	Diagnóstico Principal	
	PAG	FE
	<i>n</i> = 20 (%)	<i>n</i> = 20 (%)
Menos	1 (5)	2 (10)
Igual	11 (55)	11 (55)
Mais	8 (40)	7 (35)

Quadro 9

Percepção parental de vulnerabilidade dos filhos em função do género da criança

Comparação	Género da Criança	
	Masculino	Feminino
	<i>n</i> = 8 (%)	<i>n</i> = 32 (%)
Menos	1 (12.5)	2 (6.2)
Igual	4 (50)	18 (56.2)
Mais	3 (37.5)	12 (37.5)

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao diagnóstico da criança (χ^2 (2) = 0.40; p = 0.81) e do género da criança (χ^2 (2) = 0.39; p = 0.82) na comparação dos filhos com outras crianças da mesma faixa etária.

Os pais que consideram que as crianças são **iguais** às outras crianças referem que os comportamentos dos filhos são normais para a faixa etária [e.g., “*eu acho que é tão frágil como os outros meninos*” (mãe, menina de 11 anos)], e que há crianças mais vulneráveis que outras [e.g., “*uns têm mais fragilidade numa coisa outros noutra, mas acho que é igual*” (mãe, menina de 9 anos)]. Porém a resposta à questão é baseada em dois fatores: com quem comparam os filhos [e.g., “*eu penso que possa ser em relação a algumas, claro, isto depois depende tudo das crianças*” (pai, menina de 9 anos)], e as situações vivenciadas [e.g., “*se calhar é conforme as situações*” (mãe, menino de 9 anos)].

A consideração de uma **maior** vulnerabilidade centra-se nas características intrínsecas da criança [e.g., “*é capaz de melindrar muito mais que outras crianças da idade dele*” (mãe,

menino de 12 anos), nos medos “*é mais mariquinhas, tem medo de mais coisas (...) não é muito de tomar iniciativa própria*” (mãe, menina de 10 anos)], e nas dificuldades de resolução de problemas [e.g., “*fazem aquelas complicações na escola: eu tenho isto, tu não tens. Acho que é essa parte que ela é um bocado mais frágil*” (pai, menina de 11 anos)].

Apenas um pai e duas mães consideram que as crianças são **menos** vulneráveis. O pai apresenta uma crença positiva em relação ao confronto com as situações [e.g., “*com a idade dele também passei por uma experiência também assim um pouco traumática; talvez isso nos torne um pouco mais fortes*” (pai, menino de 9 anos)]. Por outro lado, as mães consideram que a criança tem capacidade para lidar com os problemas [e.g., “*ela sabe-se defender*” (mãe, menina de 12 anos); “*ela é responsável*” (mãe, menina de 11 anos)].

Percepções parentais da necessidade de superproteção

Nesta variável utilizou-se o nível de significância derivado do teste exato de Fisher⁷ para a interpretação mais fiável da associação entre as variáveis.

Quadro 10

Percepção necessidade de proteção ou tratamento especial dos filhos de acordo com o género parental

Necessidade de Proteção	Cuidadores	
	Pai <i>n</i> = 14 (%)	Mãe <i>n</i> = 26 (%)
Não	12 (85.7)	24 (92.3)
Sim	2 (14.2)	2 (7.6)

No que diz respeito às crenças parentais relativas à superproteção dos filhos, verifica-se o género dos pais não parece relacionar-se com a percepção de necessidade superproteção ($\chi^2(1) = 0.60$; $p = 0.50$). A maioria (90%) considera que os filhos **não necessitam de proteção** ou cuidado especial por parte de terceiros.

⁷ A utilização deste teste deve-se às baixas frequências das variáveis, o que faz com que o qui-quadrado se revele um teste pouco robusto para este efeito.

Quadro 11

Percepção parental de necessidade de proteção em função do diagnóstico

Necessidade de Proteção	Diagnóstico Principal	
	PAG <i>n</i> = 20 (%)	FE <i>n</i> = 20 (%)
Não	17 (85)	19 (95)
Sim	3 (15)	1 (5)

Quadro 12

Percepção parental de necessidade de proteção em função do género da criança

Necessidade de Proteção	Género da Criança	
	Masculino <i>n</i> = 8 (%)	Feminino <i>n</i> = 32 (%)
Não	8 (100)	28 (87.5)
Sim	0 (0)	4 (12.5)

Tendo em conta os resultados verifica-se que o diagnóstico principal (χ^2 (2) = 0.60; p = 0.29) e o género da criança (χ^2 (2) = 0.56; p = 0.29) parecem não influenciar a necessidade de proteger a criança.

Os pais referem que o confronto com as situações ansiogénicas, deve ser feito [e.g., “*não, tendo que ele aprenda a lidar com os medos*” (mãe, menino de 10 anos)], crendo que os receios serão ultrapassados, com ou sem ajuda [e.g., “*eu penso que não, que ela sabe que quando precisa de alguma coisa tem o meu apoio e não necessita de terceiros*” (mãe, menina de 10 anos)]. Ambos os pais referem que os medos são normais para as faixas etárias das crianças, e que, quando mais importância for dada mais o problema agrava [e.g., “*acho que não faz sentido, até porque só está a empolar o problema*” (pai, menina de 9 anos), “*acho que deve ser exposta e ela por ela mesma vai ter de entender que as pessoas são mesmo assim*” (mãe, menina de 12 anos)].

No que diz respeito ao género da criança, os pais só referem as filhas, evidenciando as dificuldades em lidar com os medos [e.g., “*se tiver apoio ajudava, ajudava melhor, muito rápido (...) tentar incentivá-la nalgumas coisas do medo que ela tem*” (pai, menina de 10 anos) e pelas características pessoais “*agente tem que ter aquele tipo de cuidado ao falar... o que diz, o que fazemos, por que ela porque responde ou porque se revolta*” (mãe, menina de 10 anos)]. Os pais consideram que as crianças devem ser compreendidas para serem ajudadas [e.g., “*com*”

um bocadinho, um pouco mais de... com calma, no fundo. Que alguém a compreenda” (pai, menina de 10 anos)].

Ao longo da entrevista, constatou-se que muitos pais recorrem a comportamentos de superproteção e a práticas reforçadoras da ansiedade dos filhos, como o reforço ao evitamento [e.g., *“protegida de um modo especial acho que não, mas por exemplo como ela tem receio de ficar sozinha em casa, eu não a deixo sozinha em casa, pronto”* (mãe, menina de 11 anos), *“acabei por ceder e fazer as coisas que ela quis; acender a luz, ir com ela à casa de banho, esperar por ela à porta, que ela saísse, levá-la ao quarto...”* (pai, menina de 12 anos)]. Alguns pais procuram minimizar os problemas de ansiedade e desvalorizar as manifestações de ansiedade dos filhos [e.g., *“fiquei admirada ele querer mostrar uma coisa que não é, que era aplicado e preocupado com os estudos e ele não é nada disso, ele não é nada disso”* (mãe, menino de 9 anos), *“acho que é mais uma tentativa de chamar à atenção e de estarmos mais com ela”* (mãe, menina de 9 anos)].

Alguns pais consideram que não só a criança não deve ser protegida como é importante recorrer a estratégias de gestão da ansiedade e exposição às situações receadas. Como tal procuram que a criança confronte as situações ou estímulos ansiogénicos [e.g., *“o pai vai ali com a mãe, depois logo vimos. Dormes com a prima, não há aqui problema, tu conheces”* (pai, menina de 9 anos), *“eu depois também fui um bocadinho teimosa: “Ai oh avó...” e começou assim a choramingar: “Zé, vais pôr a camisola no cesto e não acendes a luz””* (avó, menino de 10 anos)], crendo que será uma estratégia adequada para que a criança supere os medos ou preocupações.

Alguns pais manifestam ainda sentimentos negativos quando percecionam o desconforto na criança, causado pelos medos [e.g., *“fico preocupada e triste por não conseguir ter resolvido antes de ela sentir isto”* (mãe, menina de 12 anos), *“sinto-me impotente, sem sem, sem poder fazer nada, não é? Porque me apetecia chegar ao pé dos miúdos e toma lá”* (mãe, menina de 10 anos)], e optam por criar estratégias de conforto e de tranquilização nos momentos em que os filhos se sentem ansiosos [e.g., *“eu tenho sempre uma coisinha lá ligada e tenho sempre a luz do exaustor da cozinha ligada para ela ir à casa de banho”* (mãe, menina de 9 anos)].

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

O presente estudo procurou explorar de que forma pais de crianças com problemas específicos de ansiedade percebem os seus filhos, no que diz respeito às principais vulnerabilidades e potencialidades das crianças, se estas diferem de outras crianças e se necessitam de proteção ou tratamento especial, devido ao diagnóstico de PAG ou FE.

Os resultados mostram que, as principais áreas de fragilidade e **vulnerabilidade** dos filhos estão associadas com os problemas de regulação da ansiedade (i.e., as manifestações comportamentais, cognitivas e emocionais). Este resultado é consistente com estudos anteriores que demonstram que pais de crianças ansiosas esperam e acreditam que os filhos tenham dificuldade em regular as suas emoções, reagindo com ansiedade e mal-estar quando confrontados com situações novas ou difíceis (Hurrell et al., 2015; McLeod et al., 2007; Morris et al., 2002; Suveg & Zeman, 2004). Apesar de alguns estudos salientarem existir algumas diferenças em função do género parental (Francis & Chorpita, 2010) e do género infantil (Boldt et al., 2016) os nossos resultados mostraram-se consistentes com a maioria dos estudos onde estas diferenças não foram encontradas (Burstein & Ginsburg, 2010; Creswell et al., 2011; Legerstee et al., 2010), assim como no diagnóstico da criança. Todavia, consideramos que as diferentes metodologias utilizadas e as variáveis analisadas não permitem comparar estes resultados de forma rigorosa com os estudos prévios, devido ao seu carácter exploratório. Futuros estudos poderiam complementar estes resultados recorrendo a outros desenhos e medidas de avaliação.

Por outro lado, a identificação da ansiedade patológica, e consequente consideração de vulnerabilidade, depende do grau sensibilidade e da capacidade dos pais para reconhecer sinais e sintomas da ansiedade e estarem atentos ao impacto dos mesmos no quotidiano da criança. Muitos pais atribuíram as dificuldades e vulnerabilidades da criança ao seu temperamento (i.e., a características da criança). Esta percepção poderá estar associada à continuidade de sintomas e manifestações de ansiedade ao longo do desenvolvimento e do eventual início precoce das mesmas. Neste caso a natureza estável e duradoura dos comportamentos dos filhos, levou à eventual necessidade dos pais se ajustarem aos mesmos. Sabe-se que pais de crianças ansiosas aparentam ter mais dificuldade em identificar sentimentos relacionados com situações de medo, bem como mais dificuldades na gestão emocional dos filhos (Hurrell, Houwing, & Hudson, 2016). Assim, hipotetizamos que este tipo de conduta parental possa estar associado a comportamentos parentais de superproteção, controlo

excessivo ou mesmo de negatividade (Barlow, 2002; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Francis & Chorpita, 2010), o que seria importante explorar melhor em estudos futuros.

No que diz respeito às **potencialidades** dos filhos, os pais consideram as aptidões e a maturidade como representativas das qualidades das crianças. Apesar de haver crianças em que estes traços e competências em nada se relacionam com eventuais problemas de ansiedade, ou possam existir independentemente da presença deste tipo de patologia, muitas vezes eles são um reflexo da própria ansiedade da criança (e.g., preocupação excessiva em cumprir as regras impostas e não falhar) como um sinal de responsabilidade (Warren, et al., 1997; Barlow, 2000; Gullone, 2000; Ollendick et al., 1991; Weems, et al., 2003). Nos casos em que os pais não reconheceram nenhuma potencialidade, consideramos que esta dificuldade possa ter sido explicada pela forma como a questão foi colocada, ou pelo confronto com alguma pergunta em relação à qual pouco refletiram. Apesar disso, ao longo da entrevista acabavam por mencionar naturalmente algumas dessas potencialidades e qualidades.

Quando questionados sobre a **vulnerabilidade dos filhos em comparação com outras crianças**, a grande maioria dos pais considerou que seriam **semelhantes** a outras crianças da mesma faixa etária. Este resultado parece contradizer as descrições feitas na pergunta anterior (i.e., áreas de vulnerabilidade). Estudos preliminares que indicam que os pais de crianças ansiosas tendem a considerar os filhos mais frágeis (Burstein & Ginsburg, 2010; Hurrell et al., 2015; McLeod et al., 2007), o que não é congruente com as respostas apuradas nesta questão. Conforme já foi referido, apesar de conseguirem identificar os sinais de ansiedade, os pais podem não reconhecer a sua interferência na dinâmica familiar. Ainda assim, pressupõe-se que as suas crenças e expectativas em relação aos filhos possam predizer eventuais problemas de ansiedade nas crianças (Duffett, 2010). O facto de o estudo ser composto por uma amostra não-clínica pode levar a que os comportamentos possam assumir intensidades moderadas e repercussões menos evidentes do que em amostras clínicas. Estudos futuros poderão ajudar a esclarecer esta hipótese, dado a escassez de referências bibliográficas. Outra hipótese prende-se com o desconhecimento em relação às características normativas do desenvolvimento esperado para aquela idade, devido à falta de um termo de comparação direto (e.g., os irmãos ou outros familiares da mesma faixa etária), podendo influenciar as respostas dadas a esta questão ou a desvalorização da ansiedade como área de vulnerabilidade (Thomasgard & Metz, 1997).

Apesar de alguma literatura empírica sugerir que a superproteção está muitas vezes associada à perceção de vulnerabilidade e a dificuldades de regulação da ansiedade nas crianças,

a maioria dos pais considera que os filhos **não necessitam de ser protegidos ou ser alvo de cuidados especiais** para superar os seus problemas. Novamente, quando diretamente questionados, os pais aparentaram ter dificuldades na formulação de uma resposta concisa. A forma direta e específica como as questões foram colocadas, ou a dificuldade em reconhecer os seus comportamentos como superprotetores, podem ajudar a explicar este resultado, uma vez que no restante discurso surgiram frequentemente comportamentos controladores dos pais (i.e., a crença de que os filhos necessitam de ajuda para enfrentar as suas dificuldades e o incentivo da procura de apoio de terceiros em função das suas dificuldades). Influenciados emocionalmente pelas manifestações de ansiedade dos filhos, os pais tendem a apresentar crenças enviesadas sobre a criança (Cruz, 2005). Neste sentido, presume-se que a percepção de vulnerabilidade poderá levar os pais a controlar mais os filhos (i.e., a envolver-se excessivamente ou a superprotegerem-nos) ainda que não se apercebam. Este facto é semelhante em outro estudo, em apesar das evidências em contrário, os pais não reconheceram ser superprotetores com os seus filhos (Hudson & Rapee, 2001). Sabe-se que comportamentos de superproteção estão relacionados com o surgimento de PA, sendo que as mães exercem uma maior influência na origem de FE, por exemplo (Overbeek, Have, Vollebergh, & Graaf, 2007). O cansaço dos pais devido ao comportamento exaustivo dos filhos e/ou a percepção de ameaça do bem-estar da criança também pode originar estes comportamentos. As manifestações comportamentais de ansiedade das crianças podem ser potencializadas por este estilo parental (Hudson & Rapee, 2001; Thomasgard & Metz, 1999) fazendo com que a criança se torne mais dependente, insegura e elabore mais distorções cognitivas (Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996; Chorpita et al., 2016; Siqueland et al., 1996; Warren et al., 1997).

Concluindo o papel do presente estudo permite uma melhor compreensão do papel parental na etiologia das PA. Uma maior aprendizagem sobre o envolvimento familiar na problemática poderá ser uma mais valia para futuros programas de intervenção que envolvam a família, em crianças com ou sem diagnóstico. É de salientar que a alteração no padrão de pensamento poderá influenciar a forma como a criança sente e lida com as suas experiências.

Considerações finais

Contributos do estudo

De acordo com os objetivos supracitados, o presente estudo proporciona uma melhor compreensão das crenças e percepção dos pais de crianças com PA, de modo a entender muitos dos comportamentos e estilos parentais descritos na literatura como desadequados e

reforçadores da ansiedade infantil. A identificação e o esclarecimento dos fatores de risco e de manutenção, que potencializam a origem e evolução de problemas de ansiedade, contribuem para o processo de avaliação destes problemas e para a intervenção clínica dirigida às famílias e às crianças.

O facto de o estudo ser composto por crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos, representa uma mais valia na consideração dos resultados na prática clínica, uma vez que este é considerado um período de risco para o surgimento de PA (Costello et al., 2003; Craske, 1997). Por sua vez, a inclusão de crianças com dois diagnósticos diferentes (i.e., PAG e FE), permitiu-nos compreender melhor eventuais especificidades entre diagnósticos. Apesar de não se terem encontrado diferenças de acordo com essa variável, consideramos que futuros estudos devem incluir e explorar a comparação entre PA.

A inclusão de pais e mães, descritas em muitos estudos como uma limitação, permite-nos ter uma visão mais concisa sobre as crenças parentais. A aquisição de informação sobre a influência paterna nas PA, faz com que seja possível adquirir informação relevante sobre o papel do pai na origem e manutenção das PA, bem como na percepção sobre os filhos.

A investigação e compreensão de aspetos encontrados na prática clínica ainda não incluídos na investigação, através de uma metodologia qualitativa e exploratória, permitiram uma visão mais ampla sobre assuntos relacionados com as crenças dos pais. A exploração de percepções parentais positivas acerca dos filhos, pouco estudadas pela comunidade científica, a amostra, apesar de reduzida, permite acrescentar informação relativamente às percepções parentais das crianças. Seria pertinente em estudos futuros considerar outras PA para uma melhor consideração e comparação dos factos.

Limitações do estudo

O presente estudo possui um conjunto de limitações que merecem ser destacadas. Em primeiro lugar, os dados sociodemográficos fornecidos pelos pais estão em vários casos incompletos e comprometem a descrição detalhada e rigorosa da caracterização da amostra.

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

Em terceiro lugar, muitos pais revelaram dificuldade em responder de forma concreta e clara às questões colocadas. Se por um lado esse padrão pode dar-nos pistas importantes que

merecem ser refletidas, também dificultou a interpretação e análise dos resultados. Neste sentido, é provável que não tenha sido possível identificar crenças e significações parentais importantes devido à forma como as questões foram colocadas ou ao grau de reconhecimento da ansiedade como um problema importante para a criança. A utilização de instrumentos de medição das perceções parentais, como por exemplo o *Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire* (Francis & Chorpita, 2010), poderia ser benéfico para a obtenção de novos resultados. Deste modo, seria possível realizar outro tipo de análises, como por exemplo a comparação de crenças parentais em contexto clínico e comunitário, para tentar compreender se existem diferenças na forma como os pais são expectantes e reagem às manifestações de ansiedade dos filhos. A falta de um elemento de comparação revelou-se um obstáculo para alguns pais quando questionados sobre a comparação dos filhos com outras crianças, assim poderia ser pertinente analisar as crenças parentais de crianças com e sem irmãos, para verificar a existência de eventuais diferenças na fratria. A análise da relação entre irmãos, com e sem PA, permitiria explorar as crenças parentais de forma mais específica, uma vez que têm possibilidade de comparar o filho com um parente direto.

O facto de dos diagnósticos principais terem comorbilidades com outras PA, pode ser representativo de uma limitação, uma vez que não possibilitam a obtenção de resultados absolutos. Neste sentido, futuramente a amostra poderia ser recolhida num contexto clínico, com critérios de inclusão mais específicos.

Por fim, outra limitação prende-se com a não avaliação da ansiedade dos pais. Vários estudos comprovam que a ansiedade dos pais influencia as perceções que têm dos filhos e das suas práticas parentais de superproteção (Hudson & Rapee, 2001). Futuramente esta limitação poderia ser colmatada com a recolha desta informação no questionário sociodemográfico.

Implicações do estudo

Considerando os resultados obtidos é possível inferir que as manifestações de ansiedade por parte das crianças poderão comprometer e influenciar as crenças e expectativas parentais. Devido aos comportamentos das crianças, e à dificuldade dos pais em identificar os sinais ansiogénicos, as perturbações de ansiedade poderão ser mantidas. Estudos futuros devem procurar compreender de que forma estas cognições, crenças e representações influenciam a criança e a predisõem a sentir mais ansiedade.

A consideração de padrões de interação pais-filhos específicos poderá permitir uma maior compreensão do desenvolvimento e de manutenção da ansiedade infantil, bem como do

funcionamento da díade. Realizar sessões de psicoeducação sobre o impacto e as consequências da conduta parental na infância e na PA (i.e., o reconhecimento dos sinais e sintomas da ansiedade, a avaliação da intensidade e do impacto dos mesmos no quotidiano da criança) pode ser útil na prevenção e promoção da saúde mental infantil. O recurso a estratégias que reforcem negativamente a conduta evitante e dependente dos filhos potencializa as dificuldades da criança para enfrentar os medos.

Por outro lado, o reconhecimento das potencialidades e competências dos filhos, pode representar um fator de proteção, uma vez que permitem enfatizar as qualidades das crianças, reforçando-a através das suas atitudes adequadas à situação. Porém é igualmente importante compreender se os mesmos são fatores de manutenção e reflexo da ansiedade da criança no contexto da intervenção com a família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albano, A., & Silverman, W. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. 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*. New York: The Guilford Press. 2nd edition. pp. 279-329.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2002). Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review*, 22(8), 1209-1238. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00205-2)
- American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2005). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neuroscience*, 17(3), 327–335.
- Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental, In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da Vida* (pp. 91-141). Lisboa: Quarteto.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19(1/2), 266-277. doi: <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.407>
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Barlow, D. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotions theory. *American Psychology*, 55 (11), 1245-1263. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barrett, P. M., Rapee, R. M., Dadds, M. M., & Ryan, S. M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of abnormal child psychology*, 24(2), 187-203. doi: <https://doi.org/10.1007/BF01441484>
- Barros, L. (1993). Crenças parentais: modelos explicativos e de intervenção clínica. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 9, 46-66.

- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43(05), 897-910. doi: <https://doi.org/10.1017/S003329171200147X>
- Bayer, J. K., Sanson, A. V., & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 542-559. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.08.002>
- Beato, A. (2016) Estilos, estratégias e crenças de pais e mães e ansiedade infantil: o pai é importante? (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R., & Kagan, J. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 814-821. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-199307000-00016>
- Bögels, S., & Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26 (7), 834-856. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*. 28(4), 539-558. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.011>
- Boldt, L. J., Kochanska, G., Grekin, R., & Brock, R. L. (2016). Attachment in middle childhood: predictors, correlates, and implications for adaptation. *Attachment & human development*, 18(2), 115-140. doi: <https://doi.org/10.1080/14616734.2015.1120334>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 6-11. doi: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brennan, P., & Silman, A. (1992). Statistical methods for assessing observer variability in clinical measures. *British Medical Journal*, 304, 1491-1494. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6840.1491>
- Bruggen, C., van Starns, G., & Bögels, S. (2008). Parental control and parent and child anxiety: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 49, 1257-1269. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01898.x>

- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual review of psychology*, 51(1), 315-344. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.315>
- Burstein, M., & Ginsburg, G. S. (2010). The effect of parental modeling of anxious behaviors and cognitions in school-aged children: An experimental pilot study. *Behaviour research and therapy*, 48(6), 506-515. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.006>
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 53-72. doi:<https://doi.org/10.2307/1166138>
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.3>
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2016). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety–Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(5), 622-632. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.08.008>
- Cobham, V. E., & Dadds, M. R. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect?. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2), 220-231. Doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2802_9
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46. Doi: <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (2), 4-36.
- Creswell, C., O'Connor, T. G., & Brewin, C. R. (2008). The impact of parents' expectations on parenting behaviour: an experimental investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 483-490. doi:<https://doi.org/10.1017/S1352465808004414>

- Creswell, C., Schniering, C. A., & Rapee, R. M. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: comparison with nonclinical children and the effects of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1375-1381. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.009>
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616-623. doi: <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>
- Cruz, O. (2005). Processos cognitivos parentais. In O. Cruz, Parentalidade (pp. 125-203). Coimbra: Eduções Quarteto.
- Duarte, T. (2009). A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). CIES E-Working Papers, 60.
- Duffett, M. (2010). The relation between parental beliefs about negative emotions, coping socialization, and child anxiety in a nonclinical sample. (Tese de mestrado não publicada). University of Windsor, Canadá. Disponível em: <https://scholar.uwindsor.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1027&context=etd>
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., & Seeley, J. R. (2014). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of affective disorders*, 163, 125-132. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.033>
- Field, A. P. (2006). The behavioral inhibition system and the verbal information pathway to children's fears. *Journal of abnormal psychology*, 115(4), 742. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.742>
- Field, A. P., & Lawson, J. (2003). Fear information and the development of fears during childhood: Effects on implicit fear responses and behavioural avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1277-1293. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00034-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00034-2)
- Field, A. P., Argyris, N. G., & Knowles, K. A. (2001). Who's afraid of the big bad wolf: a prospective paradigm to test Rachman's indirect pathways in children. *Behaviour research and therapy*, 39(11), 1259-1276. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00080-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00080-2)

- Fisak Jr, B., & Grills-Taquechel, A. E. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: risk factors in the development of child anxiety?. *Clinical child and family psychology review*, 10(3), 213-231. doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0020-x>
- Fonseca, R., Silva, P. & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente de kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 81-90. doi: <https://doi.org/10.14417/lp.759>
- Forsyth, B. W., Horwitz, S. M., Leventhal, J. M., Brugger, J., & Leaf, P. J. (1996). The child vulnerability scale: an instrument to measure parental perceptions of child vulnerability. *Journal of pediatric psychology*, 21(1), 89-101. doi: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.1.89>
- Fortin, M. (2003). O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures: Lusociência.
- Francis, S., & Chorpita, B. (2010). Development and Evaluation of the Parental Beliefs about Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 32 (1), 138-149. doi: <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9133-5>
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child development*, 30-48. doi: <https://doi.org/10.2307/1129833>
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09540260220132662>
- Ginsburg, G. S., Silverman, W. K., & Kurtines, W. K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 457-473. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00026-L](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00026-L)
- Goodnow, J.J. (1988). Parents' ideas, actions, and feelings: models and methods from developmental and social psychology. *Child Development*, 59, 286-320. doi: <https://doi.org/10.2307/1130312>
- Green, M., & Solnit, A. J. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: A vulnerable child syndrome. *Pediatrics*, 34(1), 58-66.

- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 199-212. doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0022-8>
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical psychology review*, 20(4), 429-451. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00034-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00034-3)
- Herren, C., In-Albon, T., & Schneider, S. (2013). Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44(1), 53-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.07.005>
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour research and therapy*, 39(12), 1411-1427. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00107-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00107-8)
- Hurrell, K. E., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2015). Parental reactions to children's negative emotions: Relationships with emotion regulation in children with an anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 29, 72-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.10.008>
- Hurrell, K. E., Houwing, F. L., & Hudson, J. L. (2017). Parental Meta-Emotion Philosophy and Emotion Coaching in Families of Children and Adolescents with an Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 569-582. <http://doi.org/10.1007/s10802-016-0180-6>
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. M. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 297-315. doi: [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00012-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00012-1)
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*

- Psychiatry*, 35(11), 1502-1510. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00019>
- Lebowitz, E. R., Leckman, J. F., Silverman, W. K., & Feldman, R. (2016). Cross-generational influences on childhood anxiety disorders: pathways and mechanisms. *Journal of Neural Transmission*, 123(9), 1053-1067. doi: <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1565-y>
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 19(2), 143-150. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0051-6>
- Lima, J. Á. D. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7-29.
- Maeng, L. Y., & Milad, M. R. (2015). Sex differences in anxiety disorders: interactions between fear, stress, and gonadal hormones. *Hormones and behavior*, 76, 106-117. doi: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.04.002>
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 27(2), 155-172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., & Essex, M. J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 461-471. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x>
- Mullins, L. L., Fuemmeler, B. F., Hoff, A., Chaney, J. M., Van Pelt, J., & Ewing, C. A. (2004). The relationship of parental overprotection and perceived child vulnerability to depressive symptomatology in children with type 1 diabetes mellitus: The moderating influence of parenting stress. *Children's Health Care*, 33(1), 21-34. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15326888chc3301_2
- Muris, P., & Dietvorst, R. (2006). Underlying personality characteristics of behavioral inhibition in children. *Child psychiatry and human development*, 36(4), 437-445. doi: <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0014-9>

- Muris, P., Meesters, C., van der Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12 (2), 171-183. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1022858715598>
- Muris, P., Merckelbach, H., & Luijten, M. (2002). The connection between cognitive development and specific fears and worries in normal children and children with below-average intellectual abilities: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(1), 37-56. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00115-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00115-7)
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., Gadet, B. & Bogie, N. (2001). Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal children. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1051-1061. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00081-4)
- Murphey, D. A. (1992). Constructing the child: relations between parents' beliefs and child outcomes. *Developmental review*, 12(2), 199-232. doi: [https://doi.org/10.1016/0273-2297\(92\)90009-Q](https://doi.org/10.1016/0273-2297(92)90009-Q)
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological medicine*, 39(09), 1413-1423. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Ollendick, T. H., Yule, W., & Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 321-331. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00310.x>
- Overbeek, G., Have, M., Vollebergh, W., & Graaf, R. (2007). Parental lack of care and overprotection - longitudinal associations with DSM-III-R disorders. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 42 (2), 87-93. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0115-6>
- Percy, R., Creswell, C., Garner, M., O'Brien, D., & Murray, L. (2016). Parents' verbal communication and childhood anxiety: a systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 19(1), 55-75. doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0198-2>

- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 375-387. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- Rachman, S. J. (1991). Neoconditioning and the classical theory of fear acquisition. *Clinical Psychology Review*, 11, 155-173. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90093-A](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90093-A)
- Rapee, R., M. (2001). The development of generalized anxiety. In Vasey, M., & Dadds, M. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 481-503). New York: Oxford University Press. doi: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195123630.003.0021>
- Rapee, R., M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety?. *Biological psychiatry*, 52(10), 947-957. doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01572-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01572-X)
- Rapee, R., M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 69–80. doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0106-3>
- Rapee, R., M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review Clinical Psychology*, 5, 311-341. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Remmerswaal, D., Muris, P., & Huijding, J. (2016). Transmission of cognitive bias and fear from parents to children: an experimental study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 642-654. Doi: <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.987378>
- Siegel, S. & Castellan, H., J. (2006) *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Sigel, I., & McGillicuddy-De Lisi, A. (2002). Parent beliefs are cognitions: The dynamic belief systems models. In M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting*. Volume 3: Being and becoming a parent (2nd ed., pp. 485-508). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 225-237. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2502_12

- Soares, I (2000). Introdução à psicopatologia do desesenvolvimento: questões teóricas e de investigação, In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in) Adaptativas ao longo da Vida* (pp. 14-42). Lisboa: Quarteto.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-93. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Sutton, J., & Austin, Z. (2015). Qualitative research: data collection, analysis, and management. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 68(3), 226. doi: <http://dx.doi.org/10.4212/cjhp.v68i3.1456>
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 750-759. doi: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_10
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1993). Parental overprotection revisited. *Child Psychiatry & Human Development*, 24(2), 67-80. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02367260>
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1997). Parental overprotection and its relation to perceived child vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 330-335. doi: <https://doi.org/10.1037/h0080237>
- Thomasgard, M., & Metz, W. P. (1999). Parent-child relationship disorders: what do the child vulnerability scale and the parent protection scale measure?. *Clinical Pediatrics*, 38(6), 347-356. doi: <https://doi.org/10.1177/000992289903800605>
- Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). An introduction to the developmental psychopathology of anxiety. *The developmental psychopathology of anxiety*, 3-26.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637-644. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00014>

- Weems, C. F., Silverman, W. K., Rapee, R. M., & Pina, A. A. (2003). The role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27(5), 557-568. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1026307121386>
- Wellens, N., I., H, Milisen, K., Flamaing, J., & Moons, P. (2011). Methods to assess the validity of the interRAI Acute Care: a framework to guide clinimetric testing. Part II. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 822–827. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01571.x>
- Wheatcroft, R., & Creswell, C. (2007). Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: The contribution of parental anxiety and child anxiety. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(3), 435-441. doi: <https://doi.org/10.1348/026151006X173288>
- Williams, S. R., Kertz, S. J., Schrock, M. D., & Woodruff-Borden, J. (2012). A sequential analysis of parent–child interactions in anxious and nonanxious families. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 64-74. doi: <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.632347>

ANEXOS

Anexo I

Questionário sociodemográfico

Código: _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Pedimos a sua colaboração na resposta a algumas perguntas de caracterização sóciodemográfica. 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

Quem vive com a criança?

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

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

A criança tem irmãos que não vivam com ela?

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

MÃE

(Caso 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 actual?

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

PAI

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

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Qual é o seu estado civil?

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

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

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

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

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

Anexo II

Guião da entrevista Ansioso por Saber

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.

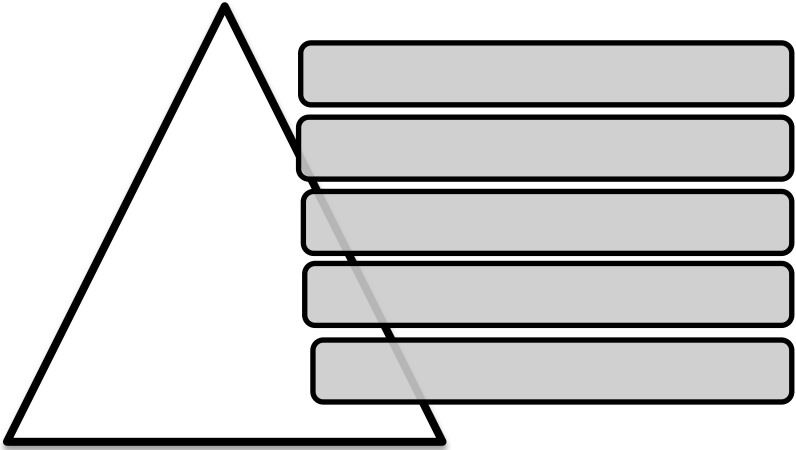
Antes de avançarmos, gostaria de confirmar alguns dados:

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. <i>(Se o progenitor refere desconhecer alguns problemas)</i> 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> 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>	➤ Em que medida o progenitor considera que o seu filho necessita de mais cuidados porque é frágil.	Percepção de vulnerabilidade da criança	2 mn 2 mn

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? (Fazer uma hierarquia das 3 preocupações de maior relevância) Das preocupações que identificou (...), peço que as ordene da mais importante/grave para a menos importante/grave. (Avaliar porque é que a primeira é a mais relevante para a mãe/pai)	➤ Analisar a percepção dos perigos que afectam a criança.		2 mn 2 mn 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. <i>(Se o progenitor identificou alguma/s) Quais foram eficazes? Porquê?</i> 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?	➤ Avaliar o reconhecimento do problema por parte do progenitor. ➤ Identificar os pedidos de ajuda e/ou tratamentos a que a criança foi submetida. ➤ Analisar estratégias e soluções levadas a cabo até ao	<i>Estratégias para solucionar o(s) problema(s)</i>	5mn

	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) 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?	➤ <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>	

10.6. 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)? 13.1. O que pensou? 13.2. O que sentiu? 13.3. O que fez? Como reagiu? Se pudesse fazia de forma diferente?	➤ Avaliar a reacção emocional e estratégias utilizadas pelo outro progenitor ➤ Analisar o grau de concordância interparental relativamente às estratégias e reacções emocionais	Atitude do outro progenitor perante a ansiedade da criança	3 mn

(Se não concorda com o marido/com a esposa) Costuma fazer alguma coisa para tentar remediar a situação?			
14. O seu/sua filho/a costuma fazer alguma coisa para se sentir menos ansioso(a), nervoso(a), assustado(a) em situações como... (dar exemplos a partir da entrevista ADIS)? 14.1. (Se o progenitor identificou alguma estratégia) Acha que o que ele faz é eficaz para se acalmar? E acha que é eficaz para aprender a lidar e ultrapassar os seus problemas de ansiedade?	➤ <i>Identificar as estratégias para lidar com a ansiedade por parte da criança</i>	Estratégias da criança	1 mn
15. Vamos imaginar um cenário: Se o(a) seu(sua) filho(a) se queixasse de dor de barriga, dizendo que não conseguia ir para a escola... (descrever pormenorizadamente) 15.1. O que acha que pensaria? 15.2. O que acha que sentiria? 15.3. O que acha que faria? 16. Imaginemos outra situação: O(A) se(sua) filho(a) convidou alguns amigos para lanchar. Já passaram 30mn e nenhum apareceu. 16.1. O que acha que pensaria? 16.2. O que acha que sentiria? 16.3. O que acha que faria?	➤ <i>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	Expectativas parentais acerca das consequências da ansiedade para a criança Percepção de controlo	
19. Porque é que acha que o(a) seu(sua) filho(a) tem esses medos e preocupações? (Explorar) 19.1. Como é que começaram?	➤ Em que medida os pais consideram que a sua ansiedade influencia os seus filhos ➤ Perceber se é aprendido por modelagem ou se é hereditário	Transmissão intergeracional da ansiedade Contexto Processos de modelagem	
20. Tem ou já teve acompanhamento psicológico devido a problemas de ansiedade e/ou depressão? Toma ou já tomou medicação para este efeito? 20.1. (Caso se aplique) E o/a pai/mãe?	➤ Identificar eventuais problemas de ansiedade nos progenitores	Psicopatologia parental	
Chegámos ao fim desta entrevista. Agradeço a sua preciosa colaboração. Diga-me, o que achou da entrevista?			

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

Anexo III

Consentimento informado

Caros Pais,

Estamos a desenvolver o estudo **"Ansiedade infantil: a importância dos pais"** em várias escolas do país, nomeadamente no agrupamento do seu educando. É importante que TODAS as crianças do 3º ao 6º anos possam participar. Para isso, só terão de entregar o consentimento que se encontra adiante ao Director de Turma.

Por favor, leiam atentamente as seguintes informações, antes de assinarem o consentimento. Muito obrigada pela vossa colaboração!

O QUE É ESTE ESTUDO?

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

QUEM É A EQUIPA RESPONSÁVEL?

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

O QUE ME É PEDIDO E AO MEU FILHO?

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

QUEM TEM ACESSO AOS DADOS?

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

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 IV

Descrição dos procedimentos do acordo interjuizes

Inicialmente foram analisadas sete entrevistas (20%), com cerca de 105 unidades de registo por dois codificadores, de forma independente e com as mesmas instruções de codificação.

Tabela - *Taxa de fiabilidade global: primeiro acordo*

Número de acordos	Número de desacordos	Unidades de registo	Percentagem de concordância
81	24	105	77.1

O valor da concordância foi de 77.1%, estando abaixo do considerado como válido na literatura revista.

Tabela – *Taxa de fiabilidade das categorias: primeiro acordo*

	Subcategorias	Percentagem
Vulnerabilidade	Desempenho	80
	Socialização	92.6
	Manifestações comportamentais	87.6
	Manifestações emocionais	33.3
	Manifestações cognitivas	13
	Características da criança	66.6
	Sem vulnerabilidade	100
Potencialidades	Competências	92.3
	Desenvolvimento	0
	Emocional	96.7
	Social	100
	Negativo	76.9
	Não Sabe/Não Identifica	66.6

Para obter resultados mais precisos, cada subcategoria foi submetida ao cálculo de uma outra taxa de fiabilidade. Na categoria vulnerabilidade, as subcategorias manifestações emocionais e manifestações cognitivas e a subcategoria características da criança, apresentaram valores baixos de acordo. Na categoria potencialidades, as subcategorias desenvolvimento,

negativo e não sabe/não identifica, obtiveram também percentagens baixo do acordo. As codificações dos juízes encontram-se no grau de concordância bom ($k = 0.77$).

O **segundo momento de acordo interjuizes** foram dados ao juiz somente as unidades de registo em que não houve acordo na avaliação anterior, juntamente com as reestruturações nas categorias. Neste foram analisadas 27 unidades de registo.

Tabela - *Taxa de fiabilidade global: segundo acordo*

Número de Acordos	Número de Desacordos	Unidades de Registo	Percentagem de concordância
21	6	27	84

A percentagem de concordância entre juízes obtida (84%) é considerada válida. Porém para aumentar a validade do estudo, realizou-se novamente a categorização das unidades de registo em que não houve concordância. A taxa de fiabilidade por categoria foi novamente calculada.

Tabela – *Taxa de fiabilidade por categoria: segundo acordo*

	Sub-categorias	Percentagem
Vulnerabilidade	Desempenho	66.6
	Socialização	66.6
	Manifestações comportamentais	85.7
	Manifestações cognitivas e emocionais	80
	Características da criança	66.6
	Sem vulnerabilidade	0
Potencialidades	Aptidões	100
	Maturidade	0
	Afetividade	100
	Competências sociais	100
	Não identifica	80

Na categoria vulnerabilidade, as subcategorias desempenho, socialização, características da criança e sem vulnerabilidade, apresentam valores de acordo baixos. Na categoria potencialidades, a subcategoria maturidade obteve também percentagem baixo do acordo. As codificações dos juízes encontram-se no grau de concordância bom ($k = 0.84$).

Seguiu-se uma **terceira avaliação da categorização**. As unidades de registo em que houve desacordo e as referentes à categoria manifestações cognitivas e emocionais, juntamente com as categorias reestruturadas, foram transmitidas a um terceiro juiz. Foram analisadas 17 unidades de registo.

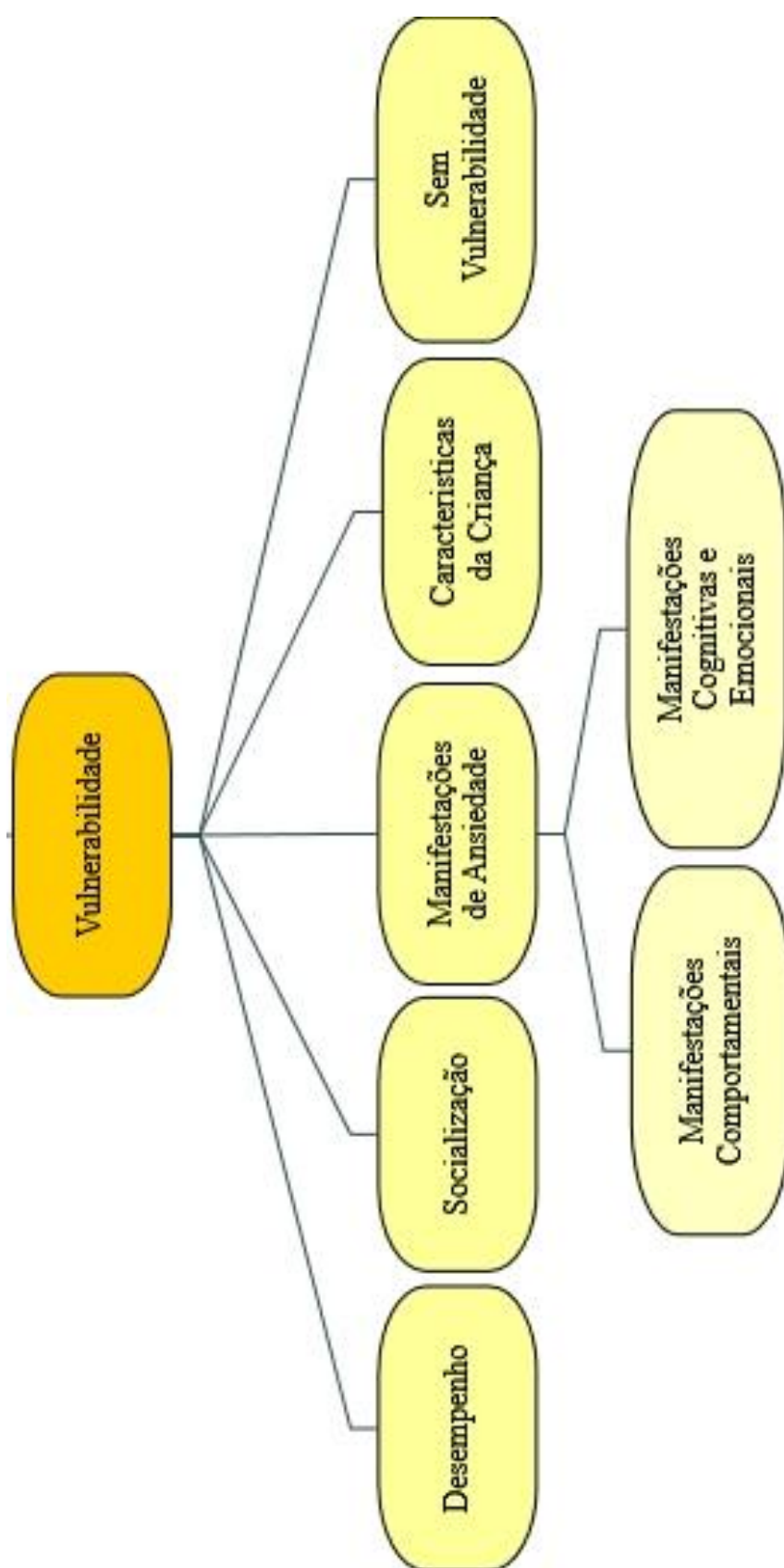
Tabela - *Taxa de fiabilidade global: terceiro acordo*

Número de Acordos	Número de Desacordos	Unidades de Registo	Percentagem de concordância
17	0	17	100

Depois da codificação, foram discutidas e reestruturadas algumas das codificações das unidades de registo, havendo um grau de concordância absoluto em todas as categorias. As codificações dos juízes encontram-se no grau de concordância muito bom ($k = 1$).

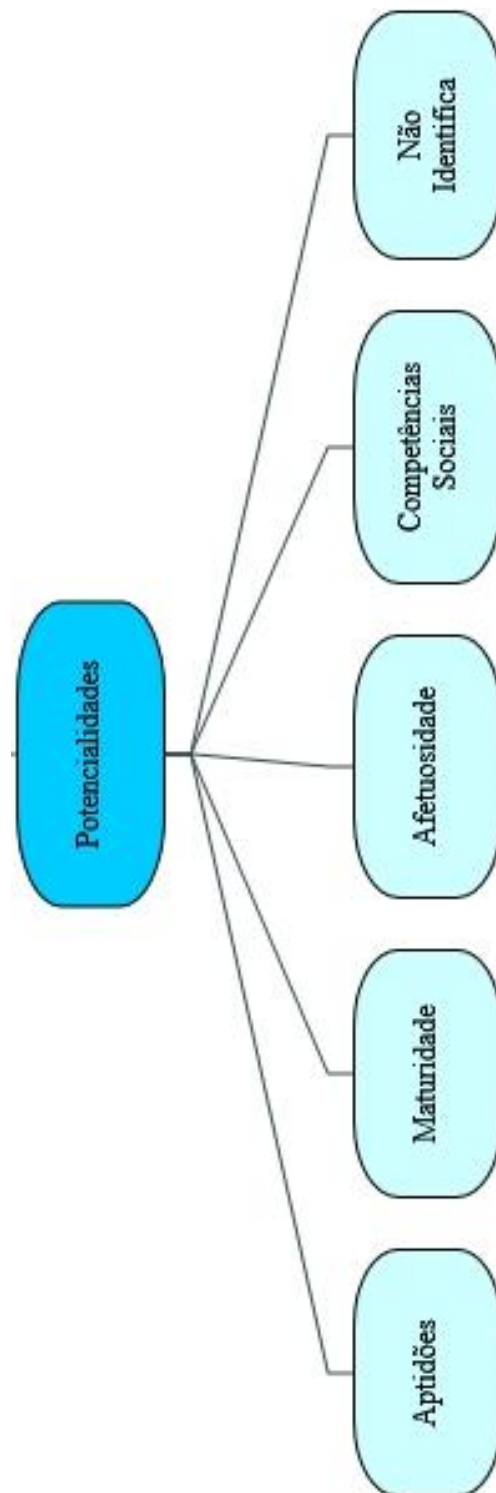
Anexo V

Árvore de categorias da variável vulnerabilidade



Anexo VI

Árvore de categorias da variável potencialidades



Anexo VII

Definição das sub-categorias da categoria-mãe vulnerabilidade

Sub-categorias	Definição	Exemplos de unidade de registo
Desempenho	Os pais consideram que a dificuldade e/ou vulnerabilidade das crianças está relacionada com o desempenho, focando a prestação da criança nas tarefas escolares, a ansiedade de desempenho e/ou o desinvestimento nas tarefas.	<i>“ela estava preocupada com o que iam achar das respostas dela, o tempo todo, se achavam bem se achavam mal”</i> (mãe, menina de 11 anos) <i>“a preocupação maior dela é os testes”</i> (pai, menina de 10 anos)
Socialização	Os pais referem que as crianças apresentam dificuldades nas relações interpessoais e na adaptação ao grupo de pares, nomeadamente pela preocupação com a rejeição, pela falta de competências sociais (i.e., a falta de empatia, a inabilidade no relacionamento interpessoal) e pelos problemas de integração nos grupos (i.e., rigidez no relacionamento interpessoal).	<i>“se os amigos a põem de parte ela é capaz de se sentir mais frágil nesse aspeto”</i> (mãe, menina de 9 anos) <i>“ele é uma criança que se quer impor, ele quer-se impor a todos e ele tanto se quer impor que os outros acabam por se chatear”</i> (pai, menino de 9 anos)
Manifestações Comportamentais	Os pais descrevem respostas comportamentais associadas à ansiedade das crianças, tais como: evitamento (i.e., as crianças evitam confrontar-se com situações geradoras de stress); dependência (i.e., as crianças dependem, ou procuram, excessivamente o apoio ou a presença de pessoas significativas em situações que provoquem ansiedade ou desconforto); dificuldade em verbalizar ou em transparecer as preocupações e os sentimentos; utilização de questionamentos excessivos; e	<i>“gosta muito de ir comigo para a cama, quer maminhos e quer dar maminhos”</i> (mãe, menino de 10 anos) <i>“vem nervosa e está sempre com medo de dizer”</i> (mãe, menina de 10 anos) <i>“tem de fazer qualquer coisa e tentar arranjar uma desculpa para não ter de ir”</i> (mãe, menina de 12 anos)

	manifestações comportamentais de emoção (i.e., choro, birras).	
Manifestações Cognitivas e Emocionais	Os pais referem que a criança apresenta vulnerabilidades devido à forma como processa a informação relativamente à situação provocadora de ansiedade. Estas manifestações poderão ocorrer mediante: a antecipação de dificuldades ou das situações ansiogénicas, as interpretações antecipadas de ameaça, as distorções cognitivas das situações ou dos estímulos, a ruminação dos factos, entre outros.	<i>“ela não queria, porque ela era pequenina e “o que é que me vão fazer” e não sei quê e não sei que mais”</i> (mãe, menina de 12 anos) <i>“ela tem sempre muito receio (...eh...) do que possa acontecer”</i> (pai, menina de 10 anos)
Características das crianças	Os pais consideram que a criança é vulnerável/frágil devido às suas características pessoais, como por exemplo, ao seu temperamento, os traços de personalidade, o autoconceito e/ou autoestima.	<i>“Acho que são medos (pausa) gerados por ela, na cabeça dela”</i> (pai, menina de 12 anos) <i>“ela não se esforça para ter melhores notas, mas quanto tem, a nota não vem famosa, ela fica preocupada”</i> (pai, menina de 10 anos)
Sem vulnerabilidade	Os pais não sabem ou não identificam fragilidades ou vulnerabilidades na criança.	<i>“Não sei. Não tenho aqui... não tenho assim uma... mais quê? Mas vai abaixo, assim de...”</i> (mãe, menina de 11 anos)

Anexo VIII

Definição das sub-categorias da categoria-mãe potencialidades

Sub-categorias	Definição	Exemplos de unidade de registo
Aptidões	Os pais identificam como potencialidades as capacidades cognitivas das crianças.	<i>“muito inteligente”</i> (mãe, menino de 9 anos) <i>“ela é boa, penso eu, a fazer desenhos”</i> (mãe, menina de 9 anos)
Maturidade	Os pais descrevem como potencialidades o desenvolvimento, a conscienciosidade e o sentido de responsabilidade das crianças.	<i>“preocupada com as outras pessoas, tem um sentido social importante”</i> (pai, menina de 10 anos) <i>“É uma criança muito desenrascada, pronto. É autónoma”</i> (mãe, menina de 10 anos)
Afetividade	Os pais consideram que as características emocionais são o que melhor define a criança.	<i>“Ela é muito amiga de quem é amiga dela. Ela faz tudo, por exemplo, se eu estou a ralhar com a irmã, ela tenta mediar a situação”</i> (mãe, menina de 10 anos) <i>“Quando quer é muito meiguinha, é muito carinhosa.”</i> (mãe, menina de 10 anos)
Competências sociais	Os pais consideram que as aptidões sociais e a capacidade de se relacionar com os outros são representativas das suas potencialidades.	<i>“A nível de amizades, não há qualquer tipo de problema. É uma rapariga que tem um leque de amizades enorme, mais até que a irmã.”</i> (pai, menina de 12 anos)

		<i>“gosta de se divertir com as outras crianças” (mãe, menina de 9 anos)</i>
Não identifica	Os pais reportam características negativas ou não identificam as potencialidades dos filhos.	<i>“eu nem sei explicar quais são as capacidades. Porque ela não me consegue mostrar onde é que estão as capacidades dela, pronto. Ela não consegue demonstrar” (mãe, menina de 10 anos)</i> <i>“ela tem muita, muita coisa para dar porque acho só que ela não se interessa é muito” (pai, menina de 11 anos)</i>