

**UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA**

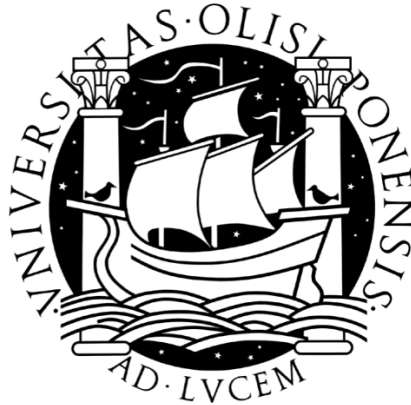


**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS MATERNOS  
GLOBAIS E ESPECÍFICOS E INTERPRETAÇÕES DE AMEAÇA E  
ESTRATÉGIAS DE *COPING*: estudo observacional com crianças não ansiosas e  
crianças com elevados níveis de ansiedade**

**Rosa Margarida Mendanha Machado da Silva**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA  
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da  
Doença)  
2012**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



**ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS MATERNOS  
GLOBAIS E ESPECÍFICOS E INTERPRETAÇÕES DE AMEAÇA E  
ESTRATÉGIAS DE *COPING*: estudo observacional com crianças não ansiosas e  
crianças com elevados níveis de ansiedade**

**Rosa Margarida Mendanha Machado da Silva**  
**Dissertação orientada por Doutora Ana Isabel de Freitas Pereira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da  
Doença)**  
**2012**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia,  
na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde,  
pela Universidade de Lisboa,  
sob orientação da Professora Doutora Ana Isabel Pereira**

## **Agradecimentos**

À Professora Ana Isabel Pereira, orientadora deste trabalho, que no final deste meu trajeto se mostrou compreensiva, motivadora, perseverante e assertiva. Aqui fica um especial agradecimento pela sua disponibilidade, pela ajuda que foi fundamental e pela sua paciência ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Fernando Fradique, ao Professor Luís Joyce-Moniz, à Professora Luísa Barros, à Professora Margarida Santos, à Professora Ana Isabel Pereira e à Professora Ana Filipa Jesus, principais responsáveis por uma formação enriquecedora e científica na área da Psicologia Clínica da Saúde.

Aos meus pais, Domingos e Ana, que apesar da distância física apoiam incondicionalmente as minhas escolhas, mostram-se compreensivos com as minhas longas ausências e são o meu porto de segurança e conforto emocional. Devo-Lhes todas as vitórias conseguidas ao longo do meu percurso académico e tudo aquilo que sou hoje. Pelas lutas que travaram, pelas vitórias alcançadas, por aquilo que são enquanto pessoas e enquanto pais.

Às minhas irmãs, Rafaela e Sara, pela compreensão, pelo apoio incondicional, pelo meu crescimento enquanto exemplo académico.

Ao meu namorado, Mauro, que suportou as minhas ausências, os meus horários sobrelotados, o meu mau humor e a minha ansiedade sempre compreensivo, apoiando-me incondicionalmente. A ele o obrigado especial pelas saídas da rotina.

À Orlanda que sempre se mostrou confiante no meu trabalho, pelo apoio incondicional, pela coragem, pela esperança, pelo incentivo, pelas experiências e pela sabedoria de quem sabe.

À Catarina Pereira que suportou, umas vezes com bom outras com mau humor, os meus desvarios, a minha desmotivação, as minhas birras, os meus fracassos e os meus sucessos sempre como só uma melhor amiga o sabe fazer. A ela devo a minha playlist na realização deste trabalho.

À Patricia Martins, amiga e companheira de dissertação, que esteve sempre ao meu lado e com quem partilhei as desmotivações, as frustrações, os sucessos e insucessos deste trabalho.

À Filipa e à Sílvia, minhas colegas de estágio, pela partilha de diferentes modelos e perspetivas teórico-práticas, pelo apoio incondicional, e pela companhia.

Ao Paulo Vilas Boas a quem não importa o tempo e a distância, o obrigado pelo apoio incondicional, pela amizade também ela incondicional, pela pessoa que és, pelo amigo que és, pela compreensão, pelas piadas e pelo sorriso.

A todos os familiares e amigos que de forma direta ou indireta contribuíram e acompanharam o meu trabalho.

Rosa Margarida Silva

## **Resumo**

As Perturbações de Ansiedade são as mais comuns na Infância e resultam da ativação de esquemas relacionados com a vulnerabilidade pessoal e com o perigo percebido, que levam o indivíduo quando confrontado com estes a dirigir o seu foco de atenção e de processamento de informação para o estímulo ameaçador, podendo ocorrer distorções cognitivas. Neste trabalho dá-se atenção aos enviesamentos de interpretação da criança, às estratégias que utiliza para lidar com a situação do seu quotidiano que lhe é apresentada e ao comportamento materno.

**Metodologia:** A amostra é constituída por 35 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos e respetivas mães. A avaliação da ansiedade nas crianças foi efetuada através da aplicação do Questionário SCARED-R (versão para a criança). A amostra foi dividida em dois grupos: crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas. O método preferencial de recolha de dados foi a observação da interação mãe criança durante uma tarefa de discussão estruturada.

**Resultados:** Existem diferenças significativas entre as interpretações físicas de ameaça realizadas por ambos os grupos e os planos de ação/estratégias de coping referidos por ambos os grupos. Não existem diferenças significativas entre interpretações, estratégias de coping, comportamentos globais, comportamentos maternos de modelagem para mães das crianças de ambos os grupos. Há uma relação estatisticamente significativa, negativa e de amplitude elevada entre comportamentos maternos globais de controlo e interpretação de ameaça.

**Conclusões:** A maioria dos resultados é consistente com os dados encontrados na literatura. Este trabalho contribui para uma maior especificidade nos planos de ação/estratégias de coping.

**Palavras Chave:** Ansiedade na Infância, Distorções Cognitivas, Situações Ambíguas, Interpretações de Ameaça, *Coping*.

## **Abstract**

**Background:** The Anxiety Disorders are the most common in childhood and result from activation schemes related to personal vulnerability and the perceived danger, leading the individual when confronted with these, direct your focus of attention and information processing for stimulus threatening, cognitive distortions may occur. In this paper attention is paid to biases in interpretation of the child, the strategies it uses to deal with the situation of your daily presented to him and maternal behavior.

**Methods:** The sample consisted of 35 children aged between 7 and 12 years and respective mothers. The assessment of anxiety in children was performed by applying the Questionnaire SCARED-R version (for the child). The sample was divided into two groups: children with high levels of anxiety and not anxious children. The preferred method of data collection was the observation of parent child interaction during a task structured discussion

**Results:** Significant differences exist between the physical interpretations of threat made by both groups and action plans / coping strategies reported by both groups. There are no significant differences between interpretations, coping strategies, global behaviors, maternal behavior modeling for mothers of children of both groups. There is statistically significant, negative amplitude and high maternal behaviors between global control and interpretation of threat.

**Conclusions:** The majority of results is consistent with data found in the literature. This work contributes to greater specificity in the action plans / strategies for coping.

**Keywords:** Childhood Anxiety, Cognitive Distortions, Ambiguous Situations, Interpretations of Threat, Coping

## Índice

Introdução .....	1
1. Ansiedade na Infância .....	4
1.1 Introdução .....	4
1.2 Prevalência .....	4
2. Principais Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência.....	5
2.1 Perturbação de Ansiedade Generalizada .....	5
2.2 Perturbação de Ansiedade de Separação .....	6
2.3 Fobia Social.....	7
2.4 Fobia Específica .....	8
2.5 Co-morbilidade .....	9
2.6 Desafios da Avaliação da Ansiedade em Crianças e Adolescentes .....	10
3. Modelos Cognitivo-Comportamentais da Ansiedade.....	11
3.1 Modelo Cognitivo de Ansiedade de A. Beck.....	11
3.2 Contribuição da Abordagem do Processamento de Informação para a compreensão das Perturbações de Ansiedade em Crianças e Adolescentes.....	12
4. Estudos Empíricos que abordam os Enviesamentos durante o Processamento de Informação .....	13
4.1 Enviesamentos de Memória .....	13
4.2 Enviesamentos de Atenção.....	13
4.3 Enviesamentos de Interpretação.....	14
5. O papel dos pais no desenvolvimento e manutenção da ansiedade dos filhos .....	15
1. OBJECTIVOS DO ESTUDO .....	19
1.2 Objectivos Específicos.....	19
2. METODOLOGIA .....	20
3. Observação da Discussão da Situação Ambígua.....	22
3.1 Instrumentos de recolha de dados .....	22
3.2 Grelha de Observação e de Categorização das Interpretações e Estratégias de Coping ...	23
3.2.1 Interpretação das Situações Ambíguas.....	23
3.2.2 Plano de Ação ou Coping face à situação .....	24
3.2.3 Grelha de Classificação dos Comportamentos da mãe e da criança durante a tarefa de discussão .....	26
4. Procedimento de Recolha de Dados.....	30
5. Procedimento de Análise Estatística .....	31
1.1 Análises Preliminares.....	35
1.2 Apresentação e Análise de Resultados.....	38

## **Anexos**

Anexo I – SCARED-R.....	86
Anexo II – Consentimento Informado 1ª Fase do Estudo.....	90
Anexo III – Consentimento Informado 2º Fase do Estudo.....	92

## Índice de Tabelas

Tabela 1 Caraterização das Variáveis Sócio-demográficas da Criança .....	21
Tabela 2 Caraterização das variáveis Sócio-Demográficas das mães e da Família. ....	21
Tabela 3 Descrição das análises estatísticas e testes inferenciais.....	31
Tabela 4 Constituição das diferentes dimensões.....	35
Tabela 5 Constituição das diferentes dimensões (continuação).....	36
Tabela 6 Estudo da Fidelidade das Variáveis e Decisão de Manter/Excluir .....	36
Tabela 7 Estudo da Fidelidade das Variáveis e Decisão de Manter/Excluir (continuação) .....	37
Tabela 8 Discriminação dos planos de ação e decisão de manter/excluir.....	37
Tabela 9 Estudo da Fidelidade das Variáveis e Decisão de Manter/Excluir (continuação).....	38
Tabela 10 Análise das diferenças entre crianças não ansiosas e crianças com elevados níveis de ansiedade na interpretação de situações ambíguas.....	39
Tabela 11 Diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas na estratégia de coping/ plano de ação mencionado.....	40
Tabela 12 Descrições de ameaça realizadas por mães de crianças com níveis elevados de ansiedade e crianças não ansiosas .....	42
Tabela 13 Diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas nas estratégias de coping/planos de ação .....	43
Tabela 14 Diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos globais.....	44
Tabela 15 Correlação entre comportamentos globais maternos.....	47
Tabela 16 Correlação ebtre comportamentos maternos globais, planos de ação/estratégias de coping mencionadas e interpretações de ameaça da mãe.....	48
Tabela 17 Correlação ebtre comportamentos maternos globais, planos de ação/estratégias de coping mencionadas e interpretações de ameaça da mãe (continuação).....	50

## **Introdução**

A ansiedade é referida como uma emoção normal e adaptativa. No entanto, quando persiste e interfere com a vida diária do indivíduo, pode evoluir para uma Perturbação de Ansiedade. Alguns autores referem que as Perturbações de Ansiedade são as mais comuns durante a infância (Rapee, Schniering & Hudson, 2000; Costello, Nustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003; Muris & Field, 2008).

Daleiden & Vasey (1997) refere que crianças ansiosas manifestam com alguma regularidade enviesamentos cognitivos que as levam a interpretar como ameaçadoras situações potencialmente ansiógenas. Estes enviesamentos ocorrem ao longo do processamento de informação e podem ser de vários tipos. O enviesamento de atenção ocorre ao nível da atenção dirigida ao estímulo ameaçador. O enviesamento de memória ocorre quando na presença do estímulo a criança recorda situações de perigo e vulnerabilidades anteriores. E, os enviesamentos de interpretação, mais aprofundados neste trabalho devido ao cariz da tarefa utilizada, decorre do facto de a criança interpretar estímulos ambíguos como negativos e/ou ameaçadores (Muris & Field, 2008; Hane & Barrios, 2011).

Segundo Muris e Field (2008) quando estímulos ambíguos são interpretados como ameaçadores, a criança desenvolve comportamentos e pensamentos desadaptativos e conseqüentemente respostas ansiosas não adequadas. A compreensão dos enviesamentos de interpretação é importante para a compreensão do desenvolvimento e manutenção da ansiedade uma vez que crianças ansiosas interpretam situações de natureza ambígua como ameaçadoras como demonstrado em alguns estudos realizados (Barrett et al., 1996; Bögels & Zigterman, 2000).

A forma utilizada por vários autores para uma melhor compreensão dos enviesamentos de interpretação consiste na apresentação de situações ambíguas. Os resultados demonstram que crianças com elevados níveis de ansiedade manifestam mais interpretações de ameaça (Barrett et al., 1996; Bögels, Dongen & Muris, 2003; Hane & Barrios, 2011). Vários estudos têm demonstrado que crianças clinicamente ansiosas têm enviesamentos no que respeita à interpretação de palavras neutras como ameaçadoras (e.g. Taghavi, Moradi, Neshat-Doost, Yule & Dalgleish, 2000). E, que crianças ansiosas quando confrontadas com situações ambíguas interpretam-nas de uma forma disfuncional, fazendo mais interpretações negativas e mais planos de ação de

evitamento (Barrett et al., 1996; Chorpita et al., 1996), mais interpretações negativas (Bögels and Zigterman, 2000), subvalorizam o perigo (Bögels et al., 2001) desvalorizam as suas próprias capacidades para lidar com o perigo (Bögels & Zigterman, 2000) e interpretam situações como perigosas baseadas em pouca informação (Muris et al., 2000).

Alguns estudos realizados com mães de crianças ansiosas demonstram a importância da família no desenvolvimento e manutenção da ansiedade na infância. Barrett et al., (2006) refere que crianças ansiosas e os seus pais interpretam situações ambíguas como ameaçadoras, sendo que após a discussão com os pais, as estratégias de evitamento aumentavam consideravelmente quando comparadas com as estratégias referidas aquando a interpretação.

Este trabalho terá como principal finalidade o estudo das interpretações de situações ambíguas por parte de crianças não ansiosas e de crianças com níveis de ansiedade elevados e respetivas mães bem como as estratégias de coping utilizadas por ambos e os comportamentos maternos globais face às mesmas (intrusividade, dominância, controlo, rejeição e apoio emocional).

A estrutura deste trabalho divide-se em 5 partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico das temáticas abordadas neste trabalho, nomeadamente o conceito de ansiedade e os seus diferentes quadros, os modelos cognitivo-comportamentais da ansiedade, contribuição da abordagem do processamento de informação para a compreensão das perturbações da ansiedade e o paradigma das situações ambíguas para a avaliação das interpretações de ameaça e estratégias de coping. A segunda parte contempla o estudo empírico: objetivos do estudo, hipóteses de estudo e metodologia. Na terceira parte são apresentados os resultados e realizada a sua análise. Na quarta parte encontra-se a discussão de resultados. Na quinta e última parte são apresentadas as conclusões do estudo e as considerações finais.

# Parte I

## Enquadramento Teórico

---

## **1. Ansiedade na Infância**

### **1.1 Introdução**

A ansiedade é vista como parte integrante do desenvolvimento normal, tendo uma função adaptativa de proteção (Muris & Field, 2008) ao alertar o indivíduo para situações novas e permitindo por parte deste a execução de uma ação de adaptação à nova situação ou de evitamento da mesma. A ansiedade é um fenómeno normal que ocorre durante o desenvolvimento infantil, e apesar dos medos poderem ser muito intensos, a maior parte deles irão desaparecer tão rápido quanto apareceram (Albano et al., 2003).

Ao longo do seu desenvolvimento, as crianças vão experimentando diferentes tipos de medos, específicos a cada fase de desenvolvimento que atravessam. Entre os 0 e os 12 meses os medos mais comuns são o medo de ruídos, pessoas estranhas e separação de figuras de vinculação; entre os 1- 2 anos e meio os principais medos são o medo de pequenos animais e tempestades naturais; entre os 2 anos e meio e os 6 anos predomina o medo do escuro, animais em geral, seres imaginários, monstros e fantasmas; entre os 6 e os 11 anos os medos mais presentes estão relacionados com acontecimentos sobrenaturais, feridas, sofrimento físico, saúde e morte; entre os 11 e os 13 anos os principais medos relacionam-se com os relacionamentos interpessoais, avaliação social e auto-imagem (Baptista, 2000).

Há, no entanto, medos que persistem depois de cumprirem a sua função adaptativa, e se tornam de tal modo intensos que interferem com o funcionamento da criança, podendo evoluir para uma Perturbação de Ansiedade. Rapee, Schniering e Hudson (2000) afirmam que os medos e ansiedade normativos diferem das perturbações de ansiedade na severidade, no nível de sofrimento associado e no grau de interferência com o funcionamento adaptativo.

### **1.2 Prevalência**

As perturbações de ansiedade são das mais prevalentes durante a infância e na maioria dos casos são muito perturbadoras do quotidiano das crianças e familiares, tendo um forte impacto na qualidade de vida e na integração social e escolar de crianças e adolescentes (Barros, 2011).

Na infância são inúmeras as perturbações que afetam os contextos de vida das crianças. Uma das razões apontadas para a elevada frequência das Perturbações de Ansiedade na infância é a alteração de contextos com que as crianças têm de lidar. No contexto familiar, a Perturbação de Ansiedade mais notória é a Ansiedade de Separação relacionada com o facto de as crianças deixarem o meio familiar e passaram mais tempo no meio escolar. É também durante a Infância que aparecem os medos direcionados – fobias específicas – e, em alguns casos este medo é direcionado para o próprio contexto social, que vai adquirindo uma maior importância à medida que a criança se aproxima da adolescência – fobia social. No entanto, estes medos nem sempre são direcionados e específicos, como acontece no caso da ansiedade generalizada.

As perturbações de ansiedade afetam cerca de 3-14% das crianças e adolescentes (Cohen et al., 1993). Tendo em conta as perturbações de ansiedade mais prevalentes na infância, Craske (1997) afirma que os valores de prevalência podem variar entre 0,7 e 12,9% para a perturbação de ansiedade de separação; entre 2,7 e 12,4% para a perturbação de ansiedade generalizada e entre 0,9 e 1,1% para a fobia social.

## **2. Principais Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência**

### **2.1 Perturbação de Ansiedade Generalizada**

A principal característica da perturbação da ansiedade generalizada é a preocupação excessiva. Esta perturbação distingue-se da ansiedade normativa, uma vez que se caracteriza por uma ansiedade prolongada no tempo, com uma sintomatologia mais marcada que aquela que caracteriza a ansiedade face, por exemplo, a uma situação nova.

A criança com Perturbação de Ansiedade Generalizada manifesta preocupações constantes sobre saúde, testes/notas, desempenho escolar futuro, desempenho em geral (desportivo, social), catástrofes naturais, ser atacado fisicamente e ser agredido por pares (Pereira & Barros, 2010). A ansiedade generalizada inclui frequentemente sintomas físicos, nomeadamente a dificuldade em relaxar, irritabilidade, elevada tensão muscular, dificuldade em concentrar-se e em adormecer ou em ter um sono que seja satisfatório. Esta sintomatologia faz com que a pessoa se sinta afetada nos vários domínios que a rodeiam, quer no pessoal, quer no social, familiar e profissional.

O início da perturbação de ansiedade generalizada é precoce. As pessoas com esta perturbação afirmam que sempre foram pessoas nervosas e tensas. A evolução desta perturbação pode dar-se no sentido da cronicidade.

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR a perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se por uma (a) ansiedade e preocupação que ocorrem durante mais de metade dos dias durante pelo menos seis meses, acerca de um número de acontecimentos ou atividades; (b) a pessoa tem dificuldade em controlar a preocupação; (c) a ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes sintomas: (1) agitação, nervosismo ou tensão interior; (2) fadiga fácil; (3) dificuldade de concentração ou esquecimentos devido à ansiedade; (4) irritabilidade; (5) tensão muscular; (6) perturbações no sono (dificuldade em adormecer, permanecer a dormir, ou sono agitado); (d) o foco da ansiedade e preocupação não está limitado às características de uma perturbação do Eixo I; (e) a ansiedade, preocupação ou sintomas físicos causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área; (f) a perturbação não é provocada por um efeito fisiológico direto a uma substância ou um estado físico geral e não ocorre exclusivamente durante uma perturbação do Humor Secundária, Perturbação Psicótica ou uma Perturbação Global do Desenvolvimento.

## **2.2 Perturbação de Ansiedade de Separação**

A Perturbação da Ansiedade de Separação é a única perturbação de ansiedade específica à infância. Manifesta-se pelo medo excessivo e desmedido da separação da figura de vinculação. Este medo excessivo da separação acaba por interferir nas tarefas e brincadeiras diárias da criança bem como no seu próprio desenvolvimento.

Esta perturbação caracteriza-se pelo medo da criança de que após a separação não voltará a ver a figura de vinculação, e o medo de que algo aconteça à figura de vinculação ou a ela mesma durante o período de separação. Estas crianças reagem mal à separação e comportam-se como uma “sombra” da figura de vinculação.

Assim, a perturbação da ansiedade de separação caracteriza-se por um medo incontrolável face à separação ou perspectiva de separação que se caracteriza por um sofrimento significativo que prejudica a criança nos vários contextos (social, escolar,

familiar). Em algumas crianças este medo é acompanhado por sintomatologia física como por exemplo vômitos, febre, etc.

Segundo critérios de DSM-IV-TR, a perturbação clínica da ansiedade de separação caracteriza-se por uma ansiedade excessiva e inadequada para o nível de desenvolvimento do sujeito, relativa à separação da casa ou das pessoas a quem está vinculado, que se manifesta pela presença de três ou mais dos seguintes sintomas: (1) mal-estar excessivo e persistente quando ocorre ou é antecipada a separação da casa ou das figuras de maior vinculação; (2) uma preocupação excessiva e persistente pela possível perda das principais figuras de vinculação ou por possíveis males que possam acontecer a essas pessoas; (3) uma preocupação persistente e excessiva pela possibilidade de que um acontecimento adverso possa levar à separação de uma importante figura de vinculação (por exemplo, perder-se ou ser raptado); (4) uma relutância persistente ou recusa em ir à escola ou outro local por medo da separação; (5) uma relutância ou medo persistente e excessivo de estar em casa sozinho sem as principais figuras de vinculação ou noutros locais, sem adultos significativos; (6) uma relutância persistente ou recusa em adormecer sem estar próximo de uma importante figura de vinculação ou em adormecer fora de casa; (7) pesadelos repetidos que envolvem o tema da separação; (8) queixas repetidas de sintomas físicos (como dores de cabeça, dores de estômago, náuseas ou vômitos) quando ocorre ou se antecipa a separação em relação a figura importantes de vinculação.

### **2.3 Fobia Social**

Na infância e adolescência as preocupações mais comuns relacionam-se com auto-esquemas de ineficácia e incompetência para lidar com situações sociais e o desejo intenso de transmitir uma impressão favorável de si mesmo, expectativas negativas e padrões excessivamente elevados para o desempenho social, auto-focus negativo e magnificação das consequências do fracasso (Pereira e Barros, 2010). Assim, crianças e adolescentes com fobia social têm preocupações direcionadas para situações sociais em que seja possível sentirem-se embaraçados, humilhados, avaliados de forma negativa ou rejeitados. Beidel et al. (2004) referem alguns exemplos de situações sociais temidas por crianças com fobia social: ler em voz alta em frente à turma, performances atléticas e musicais, juntar-se a uma conversa, falar com adultos, iniciar uma conversa, etc. Nestas situações a pessoa experiencia sintomas como sudorese, dificuldade de concentração,

sensação de desmaio e enrubescimento. Caracteriza-se pela inibição social e pela timidez generalizada.

Segundo critérios de DSM-IV-TR a fobia social caracteriza-se (a) pelo medo acentuado e persistente de uma ou mais situações nas quais o sujeito está exposto a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras pessoas. O sujeito teme poder vir a comportar-se de modo humilhante ou embaraçador; (b) a exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade, que pode ter a forma de um Ataque de Pânico situacional ou situacionalmente provável; (c) a pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional; (d) o evitamento, antecipação ansiosa ou o mal-estar na(s) situação (ões) sociais ou de desempenho interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional (ou académico), relacionamentos ou actividades sociais ou mal estar acentuado por ter fobia; (e) o medo ou evitamento não são provocados por efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou um estado físico geral e não são melhor explicados por nenhuma outra perturbação mental.

#### **2.4 Fobia Específica**

A fobia específica caracteriza-se pelo medo persistente e recorrente a um determinado objeto ou circunstância que desencadeia uma forte reação de ansiedade, sempre que o indivíduo é colocado perante o estímulo fóbico. As fobias mais frequentes na infância são o medo de alturas, escuro, ruídos (incluindo trovões), injeções, cães, insetos e outros animais pequenos.

Segundo os critérios de diagnóstico de DSM-IV-TR a fobia específica caracteriza-se pelo (a) medo acentuado e persistente que é excessivo ou irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objeto ou situação específica; (b) a exposição ao estímulo fóbico provoca quase sempre invariavelmente uma resposta ansiosa imediata, que pode ter a forma de um ataque de pânico situacional ou situacionalmente provável; (c) a pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional; (d) a(s) situação (ões) é (são) evitada(s) ou enfrentada(s) com intensa ansiedade ou mal estar; (e) o evitamento, a antecipação ansiosa ou mal-estar na(s) situação(ões) temida(s) interfere significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional ou académico, relacionamentos ou atividades sociais ou mal-estar associado por ter a fobia; (f) em sujeitos com idade inferior a 18 anos, a duração é pelo menos de seis meses; (g) a ansiedade, os ataques de pânico ou o evitamento fóbico

associado com a situação ou objecto específico não são melhor explicados por uma outra perturbação mental.

## **2.5 Co-morbilidade**

As Perturbações de Ansiedade na infância e adolescência raramente aparecem isoladas, apresentando elevadas taxas de comorbilidade (Hunt & Andrews, 1995; Borkovec, Abel & Newman, 1995; Goisman et al., 1995; Lewinsohn et al., 1997; Angold, Costello & Erkanli, 1999; Hirschfeld, 2001; Bruce et al., 2005; Burgic-Radmanovic & Burgic, 2010). Podemos falar em dois tipos de comorbilidade: entre perturbações da ansiedade – quando uma criança ou adolescente apresenta mais do que uma perturbação de ansiedade – e, entre outras patologias – nomeadamente, é muito comum observarmos comorbilidade entre perturbações de ansiedade e as perturbações do humor e perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

Alguns estudos referem que 40-60% das crianças tem mais do que uma perturbação de ansiedade (e.g. Last, 1988), assim como existem estudos que demonstram a forte relação que existe entre as perturbações de ansiedade e a depressão 30-75% das crianças (e.g. Angold & Costello, 1993; Burgic-Radmanovic & Burgic, 2010). Orvaschel, Lewinsohn and Seeley (1995) demonstraram que 66% dos adolescentes com um primeiro diagnóstico de ansiedade receberam posteriormente um segundo diagnóstico de depressão, enquanto apenas 6.5% receberam primeiro diagnóstico de depressão e posteriormente diagnóstico de ansiedade. Estes dados sugerem uma forte relação entre as perturbações de ansiedade e a depressão em crianças e adolescentes.

Hudson e Rapee (2002) referem 5% das crianças com perturbação de ansiedade têm também perturbações de humor. Alguns estudos referem que a co-morbilidade entre a perturbação de ansiedade e a depressão está mais presente em adolescentes (Ollendick et al., 2005; Brady & Kendall, 1992; Strauss, Lease, Last & Fancis, 1988; Strauss, Last, Hersen & Kazdin, 1988). Last et al. (1988) afirma que 28% das crianças que tem comorbilidade de ansiedade e depressão, tem sintomatologia ansiosa mais severa que crianças que tem apenas um diagnóstico de ansiedade. Burgic-Radmanovic e Burgic (2010) referem que crianças e adolescentes com perturbação bipolar apresentam elevados níveis de comorbilidade com perturbação de ansiedade.

Observa-se também uma elevada comorbilidade entre ansiedade e perturbações de externalização. Jarrett e Ollendick (2008) referem alguns autores que demonstraram, recorrendo a amostras clínicas, que 25% das crianças com hiperatividade e défice de atenção tinham diagnóstico de ansiedade. Jensen (2001) refere que 1/3 das crianças com diagnóstico de hiperatividade e défice de atenção manifestam também perturbações de ansiedade.

## **2.6 Desafios da Avaliação da Ansiedade em Crianças e Adolescentes**

Quando se pretende avaliar uma perturbação numa criança é importante esclarecer qual o tipo de avaliação que pretendemos utilizar e conhecer o contexto em que essa mesma avaliação ocorre. Durante a infância e adolescência existem medos que são próprios do desenvolvimento e que à partida tem uma finalidade adaptativa. Desta forma, é importante diferenciar os medos próprios dos vários estádios de desenvolvimento infantil dos medos clinicamente significativos.

Um outro desafio é a elevada comorbilidade entre quadros de perturbação de ansiedade e a elevada comorbilidade entre ansiedade e depressão, como mencionado anteriormente. Alfano, Beidel e Turner (2002) referem como desafios colocados, a necessidade de avaliação do próprio para avaliar a natureza interna e subjetiva da ansiedade. Porém a criança tem dificuldade em identificar e relatar eficazmente cognições e sensações somáticas uma vez que não têm ainda a capacidade de pensar sobre o pensamento (metacognição). Assim é necessário decorrer à descrição realizada por outros informadores o que se torna uma limitação considerando a baixa consistência entre diferentes informadores bem como a existência de um maior enviesamento nas respostas das crianças devido à desejabilidade social. Southam-Gerow e Kendall (2000) referem que crianças clinicamente ansiosas podem apresentar défices em termos de compreensão emocional. Crianças ansiosas têm ainda dificuldades na distinção dos conceitos de cognição e emoção. Um estudo realizado por Alfano, Beidel e Turner (2002) demonstrou que crianças entre os 8 e os 12 anos relatavam emoções quando questionadas acerca de cognições específicas.

Como já referido, a ansiedade infantil é em parte avaliada através do auto-relato de vários informadores. Pereira (2009) refere que a utilização de vários informadores contribui para uma maior riqueza no processo de avaliação. Assim, poderemos

considerar vários tipos de informadores, pertencentes a diferentes contextos, uma vez que o comportamento da criança pode variar em função do contexto em que se encontra.

Normalmente, os primeiros informadores a quem se recorre são os pais/ família. No entanto, vários estudos demonstram que existe um acordo entre o baixo e o moderado no que diz respeito ao acordo entre pais e crianças (Reich, Herjanic, Welner & Gandhi, 1982; Younstrom, Loeber & Stouthamer-Loeber, 2000; Comer & Kendall, 2004; Grills & Ollendick, 2003). Segundo Herjanic e Reich (1982) quando se trata de crianças e mães, o acordo é elevado se o problema da criança for algo concreto, visível, severo e não ambíguo.

### **3. Modelos Cognitivo-Comportamentais da Ansiedade**

Diferentes modelos cognitivo-comportamentais foram propostos de forma a explicar o desenvolvimento e manutenção das Perturbações da Ansiedade não apenas na infância e adolescência mas também como poderiam algumas delas progredir para a vida adulta. Abordarei de seguida, os modelos que mais se enquadram no contexto da realização deste trabalho, nomeadamente, o Modelo Cognitivo da Ansiedade de A. Beck (1997) e o contributo dos modelos do processamento de informação.

#### **3.1 Modelo Cognitivo de Ansiedade de A. Beck**

O Modelo Cognitivo de Ansiedade de A. Beck baseia-se na ideia de que os pensamentos de um indivíduo têm uma influência direta no seu comportamento e nas suas emoções. Este modelo define que as condições psicopatológicas são caracterizadas por pensamentos automáticos e por imagens que são por sua vez construídas a partir de estruturas cognitivas ou esquemas disfuncionais (Clark e Steer, 1996).

Este modelo assenta em quatro pressupostos: o indivíduo constrói ativamente a sua realidade; a cognição medeia o afeto e o comportamento; a cognição é conhecida e acessível e a mudança cognitiva é central para o processo de mudança da pessoa. O primeiro pressuposto baseia-se na ideia de que o sujeito não é passivo aos estímulos que o rodeiam, mas que é construtor da sua própria realidade. O pressuposto de que a cognição funciona como mediador entre o afeto e o comportamento indica que o conteúdo cognitivo bem como a sua estrutura e o seu processo influenciam o comportamento e as emoções.

Para Beck, a cognição é conhecida e acessível embora em diferentes graus. Enquanto os pensamentos automáticos negativos são espontâneos, o acesso ao processamento de informação é algo que tem de ser treinado. O quarto e último pressuposto parte do princípio que se a disfunção cognitiva é importante para que a sintomatologia se mantenha, a alteração da sintomatologia só é possível a partir da mudança da sintomatologia cognitiva.

Segundo este autor, é fácil observar que uma pessoa com perturbação de ansiedade não consegue focar-se em determinado objeto ou assunto sendo que a atenção da mesma desvia-se, involuntariamente, para o perigo ou a ameaça. “O paciente é hipervigilante, observando constantemente o ambiente à procura de sinais de desastre iminente ou dano pessoa”l (Beck, 2005, p.31) sendo que esta hipervigilância limita que o mesmo se foque numa tarefa específica e que consiga refletir sobre a situação.

Beck e Clark (1988) referem que as perturbações de ansiedade se caracterizam por pensamentos automáticos orientados para o futuro sobre potenciais ameaças físicas ou psicológicas. Estes pensamentos exprimem um grau crescente de vulnerabilidade, sendo cada vez mais seletivos e assumindo em alguns casos a forma de questão “e se?” (Clark & Steer, 1996).

### **3.2 Contribuição da Abordagem do Processamento de Informação para a compreensão das Perturbações de Ansiedade em Crianças e Adolescentes**

A importância do Processamento de Informação para a compreensão das perturbações de ansiedade em crianças e adolescentes tem sido crescente ao longo dos tempos dada a sua importância para a compreensão e tratamento das mesmas (Daleiden & Vasey, 1997). Vasey e MacLeod (2001) afirmam que as distorções no processamento de informação desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da ansiedade em crianças.

Os estudos empíricos sugerem a existência de diferentes tipos de enviesamentos (Muris e Field, 2008). Os enviesamentos mais abordados na literatura são os enviesamentos de memória, de atenção e de interpretação, sendo estes últimos o que serão mais alvo de atenção no presente estudo.

O desenvolvimento destes enviesamentos é explicado com base numa interação baseada numa vulnerabilidade genética, em fatores ambientais e em interações entre os

genes e o ambiente (Muris & Field, 2008). Estes enviesamentos são apontados como contribuindo para o desenvolvimento e manutenção de elevados níveis de ansiedade (Hadwin, Garner & Perez-Olivas, 2006).

#### **4. Estudos Empíricos que abordam os Enviesamentos durante o Processamento de Informação**

##### **4.1 Enviesamentos de Memória**

Os enviesamentos de memória referem-se à tendência para seleccionar memórias que sejam congruentes com o estado emocional (Muris & Field, 2008). No que respeita à ansiedade, segundo estes autores, os enviesamentos de memória estão relacionados com a seleção de memórias que sejam congruentes com a situação causadora da ansiedade e que depois irão resultar em enviesamentos de interpretação.

Existem, porém, poucos estudos que se tenham debruçado sobre os enviesamentos de memória em crianças e adolescentes com perturbações de ansiedade. Taghavi, Moradi, Neshat-Doost, Yule e Dalglish (2000) realizaram um estudo em que pediam a dois grupos de crianças, com perturbação de ansiedade e grupo controlo, que memorizassem grupos de palavras negativas, positivas e neutras. Após uma tarefa de distração as crianças teriam de recordar palavras da lista de 120 que tinham visto. Os resultados mostraram que crianças com perturbações de ansiedade tendem a recordar um maior número de palavras negativas do que palavras neutras e positivas quando comparadas com o grupo de controlo.

##### **4.2 Enviesamentos de Atenção**

Os enviesamentos de atenção caracterizam-se essencialmente pela tendência de a pessoa ansiosa direcionar a sua atenção para situações potencialmente ameaçadoras (Muris & Field, 2008). Uma tarefa que facilmente demonstra como pode ocorrer um enviesamento de atenção é a tarefa do Efeito de Stroop. O Efeito de Stroop caracteriza-se pela atenção seletiva a estímulos visuais. Este paradigma consiste em apresentar nomes de cores escritos em cores contraditórias (exemplo: a palavra “Vermelho” pode estar escrita a amarelo). Assim, quando pedimos ao sujeito para nomear a cor das letras que compõem a palavra o sujeito demora mais tempo a responder, o mesmo não acontece quando se pede ao sujeito para ler a palavra.

Muris e Fields (2008) referem algumas conclusões de estudos em que o Efeito de Stroop foi utilizado com crianças com perturbações da ansiedade. Verificou-se que crianças com perturbações de ansiedade tendem a demorar mais tempo a identificar a cor de uma palavra relativa aos seus medos do que a identificar a cor de uma palavra neutra. Assim, as crianças fóbicas dirigem automaticamente a sua atenção para palavras com conteúdo ameaçador o que interfere com a tarefa de nomear a cor da palavra (Muris & Fields, 2008).

### **4.3 Enviesamentos de Interpretação**

Os enviesamentos de interpretação referem-se à tendência para interpretar situações ambíguas como ameaçadoras e ocorrem principalmente durante a primeira etapa do processamento de informação (Muris & Field, 2008; Muris et al., 2005).

Vários estudos têm demonstrado que os enviesamentos de interpretação ocorrem em crianças que apresentam elevados níveis de ansiedade ou que têm diagnóstico de perturbação da ansiedade. Bögels e Zigterman (2000) recorreram a uma amostra clínica constituída por 15 crianças em que tinham pelo menos um de três diagnósticos de perturbações de ansiedade – perturbação de ansiedade de separação, perturbação de ansiedade generalizada e fobia social. Os autores desenvolveram 9 histórias – três consistiam em situações de separação, três incidiam sobre situações sociais e três situações que envolviam ansiedade generalizada. Para cada história as crianças teriam de responder às seguintes perguntas “O que poderias pensar se estivesses nesta situação?”, “Como te sentirias se tu estivesses nesta situação?”, “O que pensas sobre esta situação?” e “Como lidarias com esta situação?”. Os resultados deste estudo demonstram que crianças ansiosas interpretam as situações ambíguas que lhes foram apresentadas mais negativamente e apresentam também mais cognições disfuncionais relacionadas com a perturbação de ansiedade de separação, fobia social e perturbação de ansiedade generalizada, considerando as situações como mais perigosas do que o grupo de controlo.

Dineen e Hadwin (2004) realizaram um estudo com crianças com sintomatologia depressiva e ansiosa, cujo objetivo principal era perceber se os enviesamentos de interpretação negativa emergem de formas diferente em crianças com sintomatologia ansiosa e com sintomatologia depressiva e qual a sua relação com a forma como a criança julga a situação e como pensa que os outros a julgariam. Para isso

utilizaram oito imagens a preto e branco em que cada uma representava duas crianças a interagir numa situação social. Cada imagem correspondia a uma de três versões de histórias que poderiam ser interpretadas de forma positiva ou negativa (histórias de controlo - 4) ou ambígua (história teste - 4). Os resultados demonstraram que, crianças com sintomatologia ansiosa tem mais enviesamentos de interpretação quando lhes é pedido para fazerem julgamentos acerca dos outros.

Muris, Rapee, Meesters, Schouten & Geers (2003) afirmam que crianças com perturbação de ansiedade fazem enviesamentos de interpretação e rapidamente interpretam uma situação ambígua como ameaçadora. Estes autores recorreram a uma metodologia denominada de RED (*Reduced Evidence for Danger*) que consiste em apresentar histórias a crianças com perturbações de ansiedade e a um grupo de controlo. Neste estudo, os autores recorreram a 6 histórias ambíguas (2 – fobia social; 2 – ansiedade de separação; 2 – ansiedade generalizada) e davam uma instrução à criança. Esta instrução explicava que todas aquelas histórias podiam ter um final feliz ou um final triste, tendo a criança de escolher o mais rapidamente possível qual o final da história. Os resultados de estudos que utilizaram a RED para estudar os enviesamentos de interpretação demonstraram que crianças com perturbações de ansiedade precisam de muito pouca informação sobre a situação para que caracterizem uma situação ambígua como ameaçadora (ex. Muris, Merckelbach & Damsma, 2000; Muris, Luermans, Merckelbach & Mayer, 2000; Muris, Kindt, Bögels, Merckelbach, Gadet & Moulaert, 2000).

Um outro estudo sobre enviesamentos de interpretação foi realizado por Bögels, Snieder e Kindt (2003) com crianças que apresentavam sintomas de fobia social, perturbação da ansiedade de separação e perturbação da ansiedade generalizada. Os resultados demonstraram que crianças com perturbação de ansiedade de separação, quando comparadas com as crianças com fobia social e ansiedade generalizada, demonstravam fortes enviesamentos de interpretação face a cenários de separação.

## **5. O papel dos pais no desenvolvimento e manutenção da ansiedade dos filhos**

Diferentes modelos teóricos e empíricos têm seguido a importância dos pais para o desenvolvimento e manutenção das perturbações de ansiedade nos filhos. Algumas investigações demonstraram que filhos de pais ansiosos tem uma maior predisposição

para desenvolverem também eles uma perturbação de ansiedade. Um dos processos de referência proposto está relacionado com o papel dos pais no desenvolvimento de vulnerabilidades cognitivas para as perturbações de ansiedade nos filhos.

Vários estudos demonstraram que adultos ansiosos demonstram ter enviesamentos cognitivos no processamento de um estímulo (MacLeod, Mathews & Tata, 1986 cit Barret, Rapee, Dadds & Ryan, 1996) assim como interpretam situações ambíguas como ameaçadoras e pensam que eventos ameaçadores acontecem mais com eles próprios do que com os outros (Buttler & Mathews, 1983 cit Barret, Rapee, Dadds & Ryan, 1996).

Uma investigação levada a cabo por Barrett, Rapee, Dadds e Ryan (1996) incidiu sobre o papel da família no desenvolvimento da ansiedade infantil. Os autores recorreram a uma amostra de 152 crianças entre os 7-14 anos e a instrumentos para avaliação da ansiedade em crianças e nos pais. Depois de responderem à entrevista as crianças e os seus pais eram separados separadamente para darem as suas interpretações e os seus planos de ação sobre situações ambíguas. As situações ambíguas consistiam em 12 histórias que podem ser interpretadas como ameaçadoras ou não ameaçadoras, e retratam situações referentes a ameaça física e ameaça social. As situações ambíguas eram lidas e eram depois colocadas 3 perguntas “O que pensas que aconteceria?”; “Qual das seguintes explicações achas que é a mais adequada” (é dada ao sujeito uma interpretação forçada, duas interpretações ameaçadoras e duas interpretações neutras) e “O que poderias fazer acerca disto?” (“O que poderia o seu filho fazer acerca disto?”). Depois de analisadas as 12 situações, eram seleccionadas duas situações (uma física e uma social) para serem alvo da discussão familiar. Esta discussão tinha presentes os pais e a criança que eram instruídos a chegarem a uma conclusão sobre o que é que a criança faria naquela situação.

Chorpita e Barlow (1996) observaram que crianças com elevados níveis de ansiedade interpretam mais frequentemente estímulos ambíguos como ameaçadores e expressam mais planos de ação de evitamento quando colocados perante um estímulo ambíguo. Os autores defendem os enviesamentos de interpretação de crianças ansiosas poderão ser influenciados pelas verbalizações dos pais da criança durante a discussão da situação ambígua.

Bögels, van Dogen e Muris (2003) observaram que os pais influenciam negativamente os enviesamentos de interpretação das suas crianças, e isto é visível quando durante a discussão das situações ambíguas com a criança os pais têm respostas tipicamente ansiosas. Os autores afirmam ainda que esta influência pode ser provocada pelo facto de os pais destas crianças, em função da sua própria ansiedade, verem mundo da criança da mesma forma que vêem o deles. Neste estudo, os autores pretendiam entender se as interpretações das situações ambíguas realizadas pelas crianças eram influenciadas pela discussão com os seus pais, bem como perceber qual o papel da ansiedade parental e das interpretações negativas dos pais. Para isso recorreram a uma amostra de crianças com diagnóstico de perturbação de ansiedade bem como a um grupo de controlo. Crianças e pais eram confrontados com 9 histórias potencialmente ameaçadoras para crianças ansiosas. Perante estas histórias, era pedido à criança que se imaginasse nessa situação e que elaborasse uma interpretação da mesma “o que pensarias se estivesses nesta situação?” e um plano de ação “o que farias se estivesses nesta situação?”. Os resultados demonstraram que as interpretações negativas da criança acerca da situação ambígua diminuía após a discussão da mesma com os seu pais. Contudo não foram encontradas evidências de que pais ansiosos influenciam negativamente os enviesamentos de interpretação dos seus filhos.

Existem, ainda, poucos estudos que abordam o papel dos pais no desenvolvimento cognitivo dos filhos e os resultados destes estudos são inconsistentes. Outra linha de investigação tem-se focado nos comportamentos e estilos parentais.

Rapee (1997) afirma que existem dois tipos de parentalidade associados a às perturbações de ansiedade infantil: superprotecção parental e parentalidade negativa ou crítica. Existem vários estudos que suportam a relação entre os dois tipos de parentalidade e as perturbações de ansiedade em crianças (e.g. Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Rapee, 1997).

Barrett et al. (1996) observaram que os enviesamentos de interpretação são mediados pela discussão familiar da situação apresentada. Assim, crianças ansiosas fazem mais interpretações negativas e tem mais planos de ação de evitamento depois de discutirem as situações com os seus pais. Ao contrário do grupo de controlo que após discussão interpretava as situações como menos ameaçadoras diminuindo também os planos de acção de evitamento.

## Parte II

# Estudo Empírico

---

## **1. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

### **1.1 Objetivos Gerais**

Analisar as diferenças na interação mãe-criança entre o grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade e o grupo de crianças não ansiosas numa tarefa de discussão estruturada;

Analisar as diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e suas mães e crianças não ansiosas e suas mães relativamente interpretações de ameaça e planos de ação face a situações ambíguas;

Analisar as diferenças entre mãe de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas quanto aos comportamentos maternos de modelagem e de reforço das interpretações de ameaça e aos comportamentos maternos globais.

### **1.2 Objetivos Específicos**

1. Análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas na interpretação das situações ambíguas;
2. Análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas nos planos de acção/estratégias de coping ;
3. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas na interpretação das situações ambíguas;
4. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas nas estratégias de coping mencionadas;
5. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas relativamente a comportamentos maternos globais (intrusividade, dominância, apoio emocional, controlo e crítica);
6. Análises das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos específicos (modelagem e de reforço da interpretação de ameaça);

7. Estudo da relação entre comportamentos maternos globais e específicos e interpretações de ameaça e estratégias de coping da mãe

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Desenho da Investigação**

Este estudo assume um carácter exploratório, observacional e transversal, recorrendo a uma abordagem qualitativa e quantitativa. Assume uma abordagem qualitativa uma vez que a observação foi utilizado como método primordial para a recolha de dados no que respeita à interação entre crianças e respetivas mães na interpretação de uma situação ambígua. Por sua vez, a abordagem quantitativa está associada ao tratamento estatístico dos dados obtidos.

### **2.2 Amostra**

O presente estudo recorre a uma amostra não probabilística de conveniência, tendo as escolas sido selecionadas devido à sua proximidade geográfica a Lisboa (Lisboa, Miramar e Moscavide), bem como o tempo de resposta ao pedido de colaboração previamente realizado a vários agrupamentos escolares. Foi critério de exclusão de participação no estudo a presença de um défice cognitivo e/ou de perturbação de desenvolvimento que impedisse a compreensão dos instrumentos de avaliação.

A amostra para este estudo foi retirada de um projeto de investigação mais alargado “*Parentalidade e vulnerabilidade cognitiva global e específica para as perturbações de ansiedade na infância*” (N = 905). Participaram neste estudo 35 crianças (20 do sexo feminino e 15 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, e suas respetivas mães. A amostra foi dividida em dois grupos, o grupo de crianças não ansiosas (N = 20) e o grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade (N = 15) (Quadro1 e 2).

**Tabela 1 Caracterização das Variáveis Sócio-demográficas da Criança**

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>7-9</b>	10	28,6
<b>10-12</b>	25	71,5
<b>Total</b>	35 <sup>1</sup>	100,0
	<b>M</b>	<b>10,03</b>
	<b>DP</b>	<b>1,29</b>
<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	20	57,1
<b>Masculino</b>	15	42,9
<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Grupo de Controlo</b>	20	57,1
<b>Grupo de Intervenção</b>	15	42,9

**Tabela 2 Caracterização das variáveis Sócio-Demográficas das mães e da Família.**

<b>Coabitação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mãe e Pai	26	74,3
Só com a mãe	6	17,1
Só com o pai	1	2,9
Outros	2	5,7
<b>Estado Civil</b>		
Casados ou União de Facto	27	77,1
Separados ou Divorciados	8	22,9
<b>Número de Elementos do Agregado Familiar</b>		
2	3	8,6
3	9	25,7
4	19	54,3
5	3	8,6

<sup>1</sup> Sempre que o resultado não totaliza 35 existem dados omissos

6	1	2,9
Estatuto Socioeconómico		
Baixo	13	37,1
Médio	13	37,1
Elevado	9	25,7

### 3. Observação da Discussão da Situação Ambígua

As situações ambíguas consistiam em seis situações que eram relatadas à criança e nas quais a criança pensava como se acontecessem consigo mesma, refletindo sobre elas, interpretando-as como neutras, positivas ou ameaçadoras. Estas situações refletiam diferentes quadros de ansiedade: ansiedade generalizada e fobias específicas, fobia social e ansiedade de separação. Eram apresentadas à criança de forma aleatória.

#### 3.1 Instrumentos de recolha de dados

*SCARED-R – versão para crianças (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)*

O SCARED-R é um instrumento constituído por 69 itens, segundo critérios de DSM-IV e que tem como principal objectivo a avaliação de perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade em crianças. Este instrumento avalia assim as seguintes dimensões: ansiedade de separação, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia social e escolar, fobia específica, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de *stress* pós-traumático.

Este é um instrumento que permite uma avaliação multidimensional da ansiedade e que possibilita obter sobre o mesmo sujeito avaliações diferentes (criança e pais) que se podem validar e/ou complementar.

Este instrumento tem duas versões, uma para ser respondida pelos pais e outra para ser respondida pela criança. Na versão para crianças, estas têm de classificar a frequência com que experimentam cada um dos sintomas de ansiedade nos últimos 3

meses da seguinte forma: 0 (nunca ou quase nunca), 1 (às vezes), 2 (frequentemente). São obtidas classificações para cada uma das dimensões de ansiedade e uma pontuação global.

A versão portuguesa do questionário (Pereira & Barros, 2010) revela valores de consistência interna da escala ( $\alpha=0,93$  para a versão respondida pelas crianças,  $\alpha=0,93$  para a versão respondida pela mãe e  $\alpha=0,89$  para a versão respondida pelo pai).

### **3.2 Grelha de Observação e de Categorização das Interpretações e Estratégias de Coping<sup>2</sup>**

#### **3.2.1 Interpretação das Situações Ambíguas**

As observações da discussão das situações ambíguas foram codificadas com base numa grelha de observação constituída pelas seguintes dimensões:

- **Interpretação Neutral** – Descreve a situação de forma neutral sem conotação positiva ou negativa, sem perceção de ameaça.
- **Interpretação Positiva** – Descreve a situação de forma positiva
- **Interpretação de Ameaça** –
  - **Social** – Interpreta a situação como ameaçadora contemplando dimensões como incompetência, fracasso, desempenho, rejeição, humilhação, abuso ou desconfiança
  - **Física** – Interpreta a situação como fisicamente ameaçadora catarerizando-se pelo medo de dano pessoal imediato (e.g. Pode morder-me) ou pelo medo de doença (e.g. Posso estar muito doente)
  - **Separação** - Interpreta a situação como ameaçadora devido ao medo de perda ou de dano relativamente aos progenitores (e.g. Podia ter tido um acidente); Vulnerabilidade Pessoal (e.g. podia ficar preso na escola, podiam roubar-me); Dependência (e.g. eu não conseguia viver sem a minha mãe); Abandono (e.g. esqueceu-se de mim)

---

<sup>2</sup> Grelha em Anexo (Anexo II)

- **Persistência na Interpretação** – Persistência da criança na interpretação que fez da situação que lhe fora apresentada, durante a discussão com a mãe. Esta variável é avaliada numa escala de três pontos (0) muda completamente o tipo de interpretação da situação; (1) Mantém parcialmente o tipo de interpretação da situação (ainda tem interpretação de ameaça, mas consegue imaginar outras interpretações); (2) mantém totalmente ou agrava o tipo de interpretação da situação.

### 3.2.2 Plano de Ação ou Coping face à situação

Os planos de ação para cada situação foram categorizados segundo as categorias definidas por Skinner, Edge, Altman e Sherwood (2003) (Tabela 3).

Planos de Ação	Definição
<b>Planeamento e Desenvolvimento de Estratégias</b>	<p>Categorias focadas na resolução de problemas, como ações instrumentais, desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas. Outras formas de coping semelhantes são consideradas como fazendo parte deste sistema, como planeamento, análise lógica, esforço, persistência e determinação.</p> <p><b>Planeamento e desenvolvimento de estratégia</b> – gerar soluções para resolver um problema ou desenvolver sequências de ações em função de diferentes condições.</p> <p><b>Ação Instrumental</b> – ajustar ações para ser eficaz na resolução de um problema.</p> <p><b>Esperar</b> – espera mais um tempo, mantém o curso da ação.</p>
<b>Procura de Informação</b>	<p>Tentativas para saber mais acerca da situação stressante ou condição, incluindo as suas causas, curso, consequências e</p>

---

	significados, bem como procurar saber estratégias para intervenção e remediação. Pode incluir ações como perguntar, ler, observar.
<b>Desamparo</b>	Ações organizadas à volta da perda de control, que incluem passividade, confusão, interferência cognitiva ou exaustão, dejeção ou pessimismo.
<b>Fuga/ Evitamento</b>	Inclui esforços para se desembaraçar ou manter-se afastado da transação stressante. Inclui evitamento cognitivo, negação e pensamento mágico.  <b>Evitamento Comportamental</b> – prevenir o acontecimento ansiógeno ou afastamento físico da situação ou estímulo ansiógeno.  <b>Evitamento Cognitivo</b> – Procurar não pensar no pensamento ansiógeno, tentativa de anular pensamento;
<b>Regulação Emocional</b>	Procura ativa para influenciar o stress emocional e para expressar emoções construtivamente no local e tempo adequados. Pode incluir auto-encorajamento e conforto, controlo emocional, relaxamento e expressão emocional.
<b>Procura de Apoio</b>	Inclui diferentes alvos de apoio e uma variedade de objetos e tipos de apoio (instrumental, aconselhamento, conforto, contato)
<b>Delegação</b>	Inclui comportamentos como dependência, procura de apoio inadequada, queixar-se, choramingar, sentimentos de pena de si próprio.  <b>Tranquilização</b> – Ação de procura persistente de informação ou de apoio com o objetivo de diminuir/eliminar uma ansiedade ou a preocupação intensas da criança ou de garantir que o pensamento catastrófico/negativo não vai acontecer.  <b>Procura de Apoio Inadequada</b> – procura de apoio que é excessiva relativamente à situação.

---

<b>Isolamento Social</b>	Ações que têm por objetivo manter-se afastado de outras pessoas ou prevenir que outras pessoas tenham conhecimento de uma situação stressante ou dos seus efeitos emocionais. Inclui isolamento e evitamento social, estoicismo e evitamento emocional.
<b>Acomodação</b>	<p><b>Distração</b> – tentativas ativas para lidar com uma situação stressante através do envolvimento do indivíduo (comportamento ou cognitivo) em atividades agradáveis (passatempos, ler, exercício)</p> <p><b>Reestruturação Cognitiva</b> – tentativas ativas para modificar a visão/interpretação de uma situação stressante de forma a perspetivá-la mais positivamente. Por exemplo, foco no pensamento positivo, minimização do stress e das suas consequências negativas, criar significações pessoais positivas.</p> <p><b>Aceitação</b> – aceitar o que aconteceu e resignar-se à situação;</p>
<b>Submissão</b>	<b>Ruminação</b> – foco passivo e repetitivo nas características negativas e perigosas de uma transação stressante; inclui pensamentos e emoções negativas, pensamentos negativos, catastrofização;
<b>Oposição</b>	<p>Projeção, agressividade, descarregar, culpabilização dos outros.</p> <p><b>Agressão</b> – comportamentos que implicam um ataque físico ou psicológico a terceiros.</p>
<b>Não Reação</b>	A situação não provoca stress ou ansiedade à criança.

### 3.2.3 Grelha de Classificação dos Comportamentos da mãe e da criança durante a tarefa de discussão

- **Persistência nas estratégias e coping** – A persistência na estratégia de coping para lidar com a situação perante a qual é colocado. Esta dimensão é avaliada

numa escala de três pontos (0) muda completamente as estratégias de coping; (1) Mantem parcialmente as estratégias de coping (ainda tem as estratégias de evitamento, tranquilização, desamparo, agressão, isolamento social, mas consegue imaginar outro tipo de estratégias); (2) mantém totalmente as estratégias de coping.

- **Ansiedade infantil** – Ansiedade da criança durante a resolução da tarefa e composta por seis itens – verbaliza ansiedade: estou ansioso, nervoso ou quando verbaliza dificuldade; Agitação motora; Expressão facial que revela tensão muscular, sobrancelhas franzidas, postura de tensão, tremor; Reações Extremas, choro, bloqueia; Dificuldade em decidir-se por uma resposta, hesitação – avaliados numa escala de três pontos (0) Nada, (1) Algum e (2) Muito.
  
- **Comportamento de dependência em relação à mãe** – Esta dimensão é composta por três itens: Comportamento dirigido à mãe de tranquilização; Pede opinião/ conselho; Comportamentos de auto-suficiência (impedir a mãe oralmente ou verbalmente de prestar ajuda) avaliados numa escala de três pontos (0) Nada, (1) Algum e (2) Muito.
  
- **Comportamento dirigido à mãe de criticismo/ agressividade** – dirige à mãe uma crítica ou verbalização negativa. Este item é avaliado numa escala de três pontos (0) Nada; (1) Algum, (2) Muito.
  
- **Ansiedade Materna** – Esta dimensão é avaliada através de quatro itens: Expressão verbal: estou ansiosa, nervosa ou quando verbaliza dificuldade; Agitação motora, riso nervoso; expressão facial que revela tensão muscular, sobrancelhas franzidas ou postura de tensão; e, dificuldade em decidir-se por uma resposta, hesitação. Os itens referidos são avaliados recorrendo a uma escala de três pontos (0) Nada, (1) Algum e (2) Muito.
  
- **Descrição da Situação** – Para esta dimensão mantém-se os mesmos itens que para a criança;

- **Descrição da reação ou coping face à situação** - Para esta dimensão mantêm-se os mesmos itens que para a criança;
- **Intrusividade/ Superenvolvimento** – Esta dimensão é avaliada através de três itens - Interrompe a criança não permitindo que ele expresse as suas ideias; Responde ao entrevistador não esperando que a criança responda; e, fala pela criança. A avaliação é feita a partir de uma escala de três pontos (0) Nada, (1) Algum, (2) Muito.
- **Dominância** – Nesta dimensão a mãe lidera a interação determinando o que é dito e o que é feito. A avaliação desta dimensão pode ser feita com base no tempo que fala relativamente à criança, mas também na forma como estrutura, dirige e influencia o que a criança diz e faz durante a atividade. Mais uma vez recorreu-se a uma escala de três itens (0) Nada, (1) Algum, (2) Muito.
- **Incentivo à Autonomia e Expressão de Ideias do Filho** – Esta dimensão é avaliada através de cinco itens: Ouve e observa a criança com atenção, mesmo quando a criança tem uma perspetiva diferente da sua; Mãe dá tempo à criança para pensar e para responder durante a interação; Incentivo verbal (Vá lá tu consegues!) ou não verbal (e.g. acenar com a cabeça) à criança a pensar de forma independente; Incentiva a criança a falar; Pressiona a criança para concordar com ela e mudar a sua opinião recorrendo não a estratégias mais indutivas e de debate, mas à sua autoridade e experiência. Esta dimensão é avaliada numa escala de três itens (0) Nada, (1) Algum e (2) Muito.
- **Apoio Emocional/ Expressão de Afeto** – Esta dimensão é avaliada através de sete itens: Elogio; Sorri; Expressão física de afeto; Expressão verbal de afeto e tom de voz afetuoso; Expressão mútua de reconhecimento de emoções; Expressão de encorajamento e Orientação física para a criança. Esta dimensão foi avaliada numa escala de três itens (0) Nada, (1) Algum, (2) Muito.
- **Orientação/ Estimulação** – esta dimensão foi avaliada através de seis itens: Questões de orientação/exploração de emoções; Questões de orientação/exploração da interpretação da situação; Questões de orientação/

exploração das alternativas de ação/ consequências; Mãe fornece alternativas de expressão emocional; Mãe fornece alternativas de pensamento; Mãe fornece alternativas de ação. Esta dimensão foi avaliada numa escala de três itens (0) Nada, (1) Algum e (2) Muito.

- **Controlo/Restrição Física** – Esta dimensão consiste no comportamento da mãe de tentar ou restringir fisicamente ou oralmente o comportamento da criança. É avaliada numa escala de três itens (0) Nada, (1) Algum, (2) Muito.
- **Rejeição/Crítica** – Esta dimensão era constituída por cinco itens: Critica as ideias da criança; Critica a criança; Verbaliza desvalorização ou invalidação dos sentimentos da criança; Não mostra interesse pela opinião da criança, não a ouve, desvia o olhar quando a criança fala; Manifesta irritação, frustração, sarcasmo ou agressividade.
- **Aceita ou Reforça verbal ou não verbalmente interpretações de ameaça da criança** – Este item era avaliado numa escala de três pontos (0) Nada, (1) Aceita a opinião da criança, embora não reforce e explora algumas alternativas; (2) Aceita e reforça a opinião da criança.
- **Aceita ou Reforça verbal ou não verbalmente interpretação de não ameaça/positivas da criança** – Este item é avaliado numa escala de três pontos (0) Nada; (1) Aceita a opinião da criança, embora não reforce e explora algumas alternativas; (2) Aceita e reforça a opinião da criança.
- **Aceita ou Reforça estratégias e planos de evitamento/ pedidos de tranquilizações, desamparo, agressão, isolamento social** – Este item é avaliado numa escala de três pontos (0) Nada, (1) Aceita a opinião da criança, embora não reforce e explora algumas alternativas; (2) Aceita e reforça a opinião da criança.
- **Aceita ou Reforça estratégias e planos orientados para a resolução de problemas, procura de informação, de apoio, auto-regulação e acomodação** – Este item é avaliado numa escala de três pontos (0) Nada; (1) Aceita a opinião

da criança, embora não reforce e explore algumas alternativas; (2) Aceita e reforça a opinião da criança.

#### **4. Procedimento de Recolha de Dados**

Este estudo encontra-se enquadrado num projeto mais alargado “*Parentalidade e vulnerabilidade cognitiva global e específica para as perturbações de ansiedade na infância*” .

Para a realização deste projeto foram previamente solicitados vários pedidos de autorização e colaboração no estudo. Primeiramente foi pedida autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados e à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Após a aprovação do projeto e da autorização para a elaboração do mesmo, foi solicitada a colaboração das escolas selecionadas através de um pedido dirigido à direção das mesmas bem como a diretores de turma. Posteriormente foi enviado um formulário de consentimento expresso para os pais onde consentiam a participação da criança no estudo. Neste formulário estavam descritos os objetivos da investigação, a metodologia e a garantia de confidencialidade dos resultados.

Da amostra selecionada, cerca de 83% dos pais autorizou a participação dos seus filhos na primeira fase da investigação. Esta fase consistia num processo de triagem onde se pretendia avaliar a sintomatologia de ansiedade das crianças através da aplicação de um questionário, SCARED-R. Esta avaliação ocorria em dois momentos temporais diferentes: no início da investigação e 1 mês após a primeira aplicação. Com estes dois momentos de avaliação pretendia-se avaliar a estabilidade da sintomatologia. O questionário era aplicado em grupo, na sala de aula, com a presença da professora e de pelo menos um elemento da equipa de investigação. Após a avaliação foram selecionados dois grupos de crianças: crianças que obtiveram pontuações acima do percentil 50 e crianças que obtiveram pontuações acima do percentil 80, em ambas as aplicações.

Para a segunda fase do estudo, os pais das crianças acima referidas foram novamente contactados e questionados acerca do seu interesse em continuar na investigação. Da amostra selecionada, 87% dos pais aceitou e autorizou a participação dos seus filhos na segunda fase da investigação. Nesta fase, a investigação contou com a

participação das crianças e das mães e com a situação de observação descrita neste estudo. Durante a tarefa era pedido às crianças que imaginassem que as histórias apresentadas (uma de cada vez) aconteciam com ela mesma e questionadas sobre o que faziam nessa situação. Inicialmente, um elemento da equipa de investigação explicava à criança e à mãe que iria apresentar uma história e que a criança deveria pensar que a situação acontecia consigo e sobre como lidaria com a situação.

Cada observação tinha uma duração de entre 30-40 min. Estas observações foram posteriormente codificadas por duas estudantes finalistas de Psicologia e com o apoio de uma grelha de codificação. A codificação foi inicialmente realizada pelas duas estudantes em simultâneo e com a presença da professora responsável pelo projeto. Posteriormente, foram selecionados alguns vídeos e codificados pelas estudantes em separado e comparados posteriormente. Quando atingido um acordo inter-juízes significativo, as estudantes realizaram as codificações separadamente. Ambas as estudantes desconheciam o estatuto (criança ansiosa/não ansiosa) das crianças selecionadas.

## 5. Procedimento de Análise Estatística

Para a análise quantitativa dos dados deste estudo foi utilizado o programa de análise estatística PASW Statistics, versão 18. Com base neste programa foram efetuadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, apoiadas na utilização de diferentes testes estatísticos.

**Tabela 3 Descrição das análises estatísticas e testes inferenciais**

Objetivos de Estudo	Tipo de Análise Estatística
1. Análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas na interpretação de situações ambíguas.	Qui-Quadrado
2. Análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas	Qui-Quadrado

nos planos de ação utilizados.	
3. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas na interpretação de situações ambíguas.	Qui-Quadrado
4. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas nos planos de ação utilizados.	Qui-Quadrado
5. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos globais (intrusividade, dominância, apoio emocional, controlo e crítica).	Teste Mann-Whitney U
6. Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas relativamente à modelagem e ao reforço de interpretações de ameaça.	Teste Mann-Whitney U
7. Estudo da relação entre comportamentos maternos globais e interpretações de ameaça e estratégias de coping da mãe.	Coeficiente de Correlação de Pearson Coeficiente de Correlação de Spearman

A decisão dos testes teve em conta os objetivos, as características das variáveis e a verificação dos pressupostos para a sua utilização. Assim numa primeira fase foram verificados os pressupostos necessários para a utilização de testes paramétricos através da normalidade das distribuições, relações lineares para efeitos de correlações, e, estudo

de homogeneidade de variâncias. Para tal, e atendendo à dimensão da amostra ( $N > 30$ ) para a análise da normalidade das distribuições recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* (K-S) para a amostra total e ao Teste *Shapiro-Wilk* para as sub-amostras (grupo de crianças não ansiosas, grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade) para a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de *Levene*. Quando as variáveis não cumpriam os pressupostos de normalidade foi utilizada a estatística não paramétrica.

Posteriormente, foi efetuado o cálculo da média, mediana, desvio-padrão, assimetria e curtose para as dimensões em estudo em ambos os grupos.

## Parte III

# Apresentação e Análise de Resultados

## 1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Nesta parte encontra-se a apresentação e análise dos resultados do presente estudo. A informação encontra-se organizada em função dos objetivos definidos para este estudo.

### 1.1 Análises Preliminares

Inicialmente foi efetuado o estudo de cada variável em termos da sua fidelidade e frequência, tendo depois sido excluídas as variáveis com  $\alpha$  reduzido e baixa frequência.

No caso de algumas dimensões, constituídas por vários itens, foi necessária uma análise mais aprofundada de forma a garantir que a fidelidade de todas as variáveis não era afetada por itens com baixa representatividade para aquela dimensão. Na tabela seguinte encontramos a constituição inicial de cada dimensão bem como a indicação dos itens que foram excluídos para cada dimensão (Tabela 4).

**Tabela 4** Constituição das diferentes dimensões

Dimensão	Itens que a constituíam	Itens excluídos
Ansiedade – Criança	Verbaliza Ansiedade	Verbaliza Ansiedade
	Agitação Motora	Expressão Facial
	Expressão Facial	Reações Extremas
	Reações Extremas	Hesitação
	Hesitação	
Dependência	Tranquilização	Tranquilização
	Pede Opinião/Conselho	Comportamento de Auto-suficiência
	Comportamento de Auto-suficiência	
Ansiedade – Mãe	Verbaliza Ansiedade	Expressão Facial
	Agitação Motora	Hesitação
	Expressão Facial	
	Hesitação	

**Tabela 5** Constituição das diferentes dimensões (continuação)

Orientação/Estimulação	Orientação/Exploração de Emoções	Orientação/Exploração de Emoções
	Orientação/Exploração da interpretação da Situação	Orientação/Exploração da interpretação da Situação
	Orientação/Exploração das alternativas de ação	Orientação/Exploração das alternativas de ação
	Fornece Alternativas de Expressão Emocional	
	Fornece Alternativas de Pensamento	
	Fornece Alternativas de Ação	

Na tabela que se segue consta a informação relativa ao estudo da fidelidade de todas as variáveis, bem como a indicação da decisão de manter/excluir do estudo (Tabela 6 e 7).

**Tabela 6** Estudo da Fidelidade das Variáveis e Decisão de Manter/Excluir

<b>Dimensão</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Decisão Manter/Excluir</b>
Persistência na Interpretação	0,515	11,29	1,03	Manter
Persistência na Estratégia de Coping	0,190	10,79	1,39	Excluir
Ansiedade - Criança	0,891	9,50	2,37	Manter
Dependência	0,619	0,41	0,89	Manter
Ansiedade - Mãe	0,721	7,76	2,0	Manter
Intrusividade	0,779	1,53	2,29	Manter
Dominância	0,854	1,03	2,15	Manter

**Tabela 7** Estudo da Fidelidade das Variáveis e Decisão de Manter/Excluir (continuação)

Apoio Emocional	0,883			Manter
Orientação/Estimulação	0,745	7,58	4,36	Manter
Controlo/Restrição Física	0,610	0,74	1,14	Manter
Crítica	0,827	4,9	4,84	Manter
Aceita/Reforça	0,593	15,59	4,84	Manter

Ao nível dos Planos de Ação das crianças e com base nas respetivas frequências, devido à baixa representatividade de alguns deles, estes não foram considerados. Na tabela seguinte (Tabela 8 e 9) encontra-se a discriminação de cada plano de ação bem como a decisão de manter/excluir.

**Tabela 8** Discriminação dos planos de ação e decisão de manter/excluir

Plano de Ação	Frequência Absoluta	N	Decisão Manter/ Excluir
Planeamento e desenvolvimento de estratégias	95%	19	Excluir
Ação Instrumental	95%	19	Excluir
Esperar	95%	19	Excluir
Procura de Informação	55%	12	Manter
Desamparo	40%	8	Manter
Evitamento Comportamental	85%	17	Manter
Evitamento Cognitivo	20%	4	Manter
Regulação Emocional	35%	7	Manter

**Tabela 9** Estudo da Fidelidade das Variáveis e Decisão de Manter/Excluir (continuação)

Tranquilização	25%	5	Manter
Isolamento Social	0	0	Excluir
Reestruturação Cognitiva	20%	4	Manter
Aceitação	55%	11	Manter
Ruminação	5%	1	Manter
Agressão	5%	1	Manter
Não Reação	50%	10	Manter

Em suma, no que respeita às dimensões da criança, para a dimensão da Ansiedade Infantil foi considerado o item correspondente à agitação motora da criança e, para a dimensão Dependência, foi considerado o item que aborda o facto de a criança pedir opinião da mãe sobre a sua interpretação e plano de ação. Em relação às dimensões que abordam o comportamento materno, para a dimensão de Ansiedade Materna foram considerados os itens que abordam a agitação motora e a verbalização de ansiedade, para a dimensão Orientação/Estimulação foram tidos em conta os itens que abordam o facto de a mãe fornecer à criança alternativas de Expressão Emocional, Pensamento e Ação. As restantes dimensões, referidas anteriormente, não sofreram qualquer alteração ao nível dos itens que as constituem.

## **1.2 Apresentação e Análise de Resultados**

Os resultados deste estudo serão apresentados seguindo a ordem dos objetivos deste estudo.

### **Objetivo 1: Análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas na interpretação de situações ambíguas.**

Na tabela seguinte são apresentados os resultados das diferenças entre o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas no que respeita à interpretação das situações ambíguas (Tabela 10).

**Tabela 10** Análise das diferenças entre crianças não ansiosas e crianças com elevados níveis de ansiedade na interpretação de situações ambíguas

Dimensões	Grupo de Crianças com Elevados Níveis de Ansiedade		Grupo de crianças não ansiosas		X <sup>2</sup>	p
	N	Freq.relative	N	Freq.Relativa		
Ameaça Física	13	86,7	10	52,6	4,44	0,04
Ameaça Social	12	80,0	14	73,7	0,17	0,50
Ameaça Separação	8	53,3	5	25,0	2,95	0,09

Os resultados revelam diferenças significativas entre as interpretações físicas de ameaça realizadas pelo grupo de crianças não ansiosas e o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade ( $p < 0,05$ ) relativamente à interpretação de ameaça física. Embora não se tenham verificados diferenças estatisticamente significativas relativamente às outras dimensões, os resultados mostram uma tendência para as crianças com níveis elevados de ansiedade apresentarem mais interpretações de ameaça social e de separação.

**Objetivo 2: Análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas na estratégia de coping referida/plano de ação.**

Na tabela em baixo (Tabela 11) encontram-se a frequência de estratégias de coping utilizadas por cada grupo de crianças (crianças com níveis elevados de ansiedade e crianças não ansiosas) bem como a análise das diferenças entre grupos.

**Tabela 11** Diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas na estratégia de coping/ plano de ação mencionado.

Estratégia de Coping	Grupo de Crianças com Elevados Níveis de Ansiedade		Grupo de Crianças Não Ansiosas		X <sup>2</sup>	p
	Freq.Absol	Freq.Rel	Freq Absol	Freq.Rel		
<b>Esperar</b>	40,0		46,7		3,69	0,09
<b>Procura de Informação</b>	45,0		26,7		2,78	0,09
<b>Desamparo</b>	40,0		46,7		0,43	0,39
<b>Evitamento Comportamental</b>	75,0		53,3		0,80	0,03
<b>Evitamento Cognitivo</b>	20,0		0,0		3,58	0,08
<b>Regulação Emocional</b>	35,0		46,7		3,33	0,41
<b>Procura de Apoio</b>	55,0		53,3		2,43	0,21
<b>Tranquilização</b>	25,0		26,7		0,07	0,55
<b>Reestruturação Cognitiva</b>	20,0		66,7		7,20	0,01
<b>Aceitação</b>	55,0		53,3		0,07	0,53
<b>Ruminação</b>	5,0		13,3		0,61	0,41
<b>Agressão</b>	5,0		40,0		6,19	0,02
<b>Não Reação</b>	35,0		0,0		7,50	0,01

Os resultados demonstram existir uma diferença significativa entre o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade e o grupo de crianças não ansiosas relativamente aos planos de ação de Reestruturação Cognitiva, Evitamento Comportamental, Agressão e Não Reação ( $p < 0,05$ ) mais mencionados pelo grupo com elevados níveis de ansiedade. Na tabela apresentada (Tabela 8) é possível verificar que crianças não ansiosas recorrem com mais frequência a planos de ação adaptativos como a Reestruturação Cognitiva ( $p < 0,05$ ) enquanto crianças com níveis elevados de ansiedade recorrem a estratégias não adaptativas como o Evitamento ( $p < 0,05$ ).

É no entanto de referir que tanto o grupo de crianças sem ansiedade como o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade recorrem a estratégias de coping/ planos de não ação adaptativos e adaptativos, respetivamente. Por exemplo, grupo de crianças não ansiosas recorre a estratégias não adaptativas como o Espera e o grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade recorrem a estratégias adaptativas como a Procura de Informação.

### **Objetivo 3: Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães crianças não ansiosas na interpretação de situações ambíguas.**

Na tabela seguinte (Tabela 12) encontram-se as descrições de ameaça realizadas por mães de crianças com níveis elevados de ansiedade e de crianças não ansiosas.

**Tabela 12** Descrições de ameaça realizadas por mães de crianças com níveis elevados de ansiedade e crianças não ansiosas

Dimensões	Grupo de Crianças com Elevados Níveis de Ansiedade		Grupo de Crianças não Ansiosas		X <sup>2</sup>	p
	N	Freq. Relativa	N	Freq. relativa		
<b>Ameaça Física</b>	10	13,3	8	10,0	0,09	0,58
<b>Ameaça Social</b>	6	40,0	11	55,0	0,19	0,48
<b>Ameaça Separação</b>	2	66,7	2	40,0	2,03	0,14

Os resultados demonstram ausência de diferenças significativas entre as interpretações de ameaça realizadas por mães do grupo de crianças não ansiosas e por mães de crianças do grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade. No entanto, os resultados para as Interpretações de Ameaça nas Situações Física e de Separação evoluem no sentido esperado, mães de crianças com níveis mais elevados de ansiedade fazem mais interpretações de ameaça que mães de crianças não ansiosas.

**Objetivo 4: Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas na estratégia de coping/planos de ação referidos.**

Na tabela seguinte encontra-se a análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas nas estratégias de coping/planos de ação referidos (Tabela 13).

**Tabela 13 Diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas nas estratégias de coping/planos de ação**

Estratégia de Coping	Grupo de Crianças com Elevados Níveis de Ansiedade		Grupo de Crianças Não Ansiosas		X <sup>2</sup>	p
	N	Freq. Relativa	N	Freq. Relativa		
Planeamento	15	100,0	19	95,0	-	-
Ação Instrumental	15	100,0	19	95,0	-	-
Esperar	6	40,0	12	60,0	1,80	0,16
Procura de Informação	4	26,7	13	65,0	5,85	0,02
Desamparo	6	40,0	11	55,0	1,07	0,25
Evitamento Comportamental	6	40,0	8	40,0	0,02	0,59
Evitamento Cognitivo	0	0,0	0	0,0	-	-
Regulação Emocional	4	26,7	4	20,0	0,15	0,51
Procura de Apoio	7	46,7	12	60,0	1,34	0,21
Tranquilização	5	33,3	4	20,0	0,65	0,34
Procura de Apoio Inadequada	0	0,0	0	0,0	-	-
Isolamento social	0	0,0	0	0,0	-	-
Distração	1	6,7	4	20,0	1,38	0,25
Reestruturação Cognitiva	3	20,0	3	15,0	0,10	0,55

Aceitação	4	26,7	4	20,0	0,15	0,51
Ruminação	1	6,7	3	15,0	0,67	0,40
Agressão	3	20,0	5	25,0	0,17	0,49
Não Reação	1	6,7	3	15,0	1,66	0,31

Os resultados demonstram existir uma diferença estatisticamente significativa entre mães do grupo de crianças não ansiosas e mães do grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade relativamente aos planos de ação de Procura de Informação ( $p < 0,05$ ), no sentido em que as mães de crianças não ansiosas recorrem mais frequentemente a este plano de ação.

**Objetivo 5: Análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos globais (Intrusividade, dominância, apoio emocional, controlo e rejeição/crítica)**

Na tabela seguinte (Tabela 14) estão apresentados os resultados relativamente às diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos globais.

**Tabela 14 Diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos globais**

Dimensões	Grupo de Crianças com Elevados Níveis de Ansiedade		Grupo de Crianças não Ansiosas		Teste Mann Whitney U	p
	M	DP	M	DP		
	<b>Intrusividade</b>	2,00	2,80	1,16		
<b>Dominância</b>	1,47	2,77	0,68	1,49	0,61	0,66
<b>Apoio Emocional</b>						
<b>Controlo</b>	1,0	1,36	0,53	0,91	0,33	0,29
<b>Rejeição/Crítica</b>	5,27	5,35	4,63	4,52	-0,21	0,76

Os resultados demonstram ausência de diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos maternos globais em função do grupo de ansiedade da criança.

**Objetivo 6: Análises das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas relativamente à modelagem e reforço da interpretação de ameaça.**

Na tabela seguinte (Tabela 15) são apresentados os resultados relativamente às diferenças entre os comportamentos de modelagem e reforço da interpretação de ameaça entre as mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas.

Dimensões	Grupo de Crianças				Teste Mann Whitney U	p
	Grupo de Crianças não Ansiosas		com Elevados Níveis de Ansiedade			
	M	DP	M	DP		

Aceita ou Reforça interpretações de ameaça da criança	1,21	1,65	2,07	1,98	1,56	0,14
---	------	------	------	------	------	------

<b>Aceita ou Reforça interpretações de não ameaça</b>	7,47	2,25	6,73	1,94	-1,02	0,32
<b>Aceita ou Reforça planos de evitamento/ pedidos de tranquilização</b>	0,32	0,58	1,07	1,16	2,01	0,08
<b>Aceita ou reforça planos orientados para a resolução de problemas</b>	9,68	2,06	9,13	2,72	-0,53	0,61
<b>Fornece Alternativas de Emoções</b>	1,37	0,60	3,47	3,78	0,92	0,39
<b>Fornece Alternativas de Pensamento</b>	2,00	1,15	2,53	1,19	1,20	0,25
<b>Fornece Alternativas de Ação</b>	3,06	1,77	2,93	1,39	-0,12	0,92

Os resultados demonstram não existirem diferenças significativas relativamente aos comportamentos maternos de modelagem e reforço da interpretação de ameaça em função da ansiedade da criança. Porém, os resultados para o comportamento de reforço de planos de evitamento e de pedidos de tranquilização estão muito próximos de um nível de significância de  $p < 0,05$ .

## **Objetivo 7: Estudo da relação entre comportamentos maternos globais e interpretações de ameaça e estratégias de coping da mãe.**

Este objetivo encontra-se dividido em duas tabelas. Na primeira tabela encontra-se a correlação entre os comportamentos globais maternos. Na segunda tabela encontram-se os resultados relativos à correlação entre comportamentos maternos globais e estratégias de coping da mãe.

**Tabela 15** Correlação entre comportamentos globais maternos

	Apoio Emocional	Dominância	Intrusividade	Controlo	Rejeição
<b>Apoio Emocional</b>	-	-0,44	-0,59*	0,51	-0,62*
<b>Dominância</b>	-0,23	-	0,81**	0,18	0,47
<b>Intrusividade</b>	0,01	0,59*	-	-0,09	0,73**
<b>Controlo</b>	-0,03	0,28	-0,01	-	-0,18
<b>Rejeição</b>	-0,14	0,49*	0,42	0,36	-

Acima da diagonal encontram-se os dados relativos ao grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade e abaixo da diagonal encontram-se os resultados relativos ao grupo de crianças não ansiosas. \*P>0,05; \*\* p>0,01

Os resultados sugerem a existência de uma correlação estatisticamente significativa, positiva de magnitude elevada entre os comportamentos maternos de Intrusividade e Dominância no grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade, e, entre o comportamento de Intrusividade e de Rejeição para as mães do grupo de crianças não ansiosas.

Existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e de fraca magnitude entre os comportamentos de Intrusividade e Apoio Emocional e o comportamento de Rejeição e Apoio Emocional para as mães do grupo de crianças não ansiosas.

Para o grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade existe uma relação significativa, positiva e de baixa magnitude entre o comportamento materno de Dominância e de Intrusividade bem como entre o comportamento materno de Dominância e de Rejeição.

Nas tabelas seguintes encontram-se os resultados correspondentes à correlação entre comportamentos maternos globais, planos de ação/estratégias de coping mencionados e interpretação de ameaça da mãe. Devido à grande dimensão das tabelas e de forma a facilitar a consulta das mesmas, estas encontram-se separadas de acordo com o grupo: grupo de crianças não ansiosas e grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade.

**Tabela 16** Correlação entre comportamentos maternos globais, planos de ação/estratégias de coping mencionadas e interpretações de ameaça da mãe

		Planeamento	Ação Instrumental	Esperar	Procura Informação	Desamparo	Evitamento Comportamental	Regulação Emocional	Procura Apoio	Tranquilização	
<b>Grupo de Crianças não ansiosas</b>	<b>Apoio Emocional</b>	0,42	-0,02	0,26	0,58**	0,32	0,56*	0,24	0,23	0,60**	
	<b>Dominância</b>	- 0,24	0,31	- 0,23	0,44	- 0,39	-0,18	0,02	-0,22	0,30	
	<b>Intrusividade</b>	- 0,56*	0,22	- 0,02	0,52*	0,16	0,49*	0,66**	0,35	0,01	
	<b>Controlo</b>	0,09	0,82**	- 0,26	0,36	0,14	0,01	0,34	0,12	0,26	
	<b>Rejeição</b>	0,53*	- 0,53	- 0,68**	0,09	0,05	0,56*	0,05	-0,26	0,36	
		Distração	Reestruturação Cognitiva	Aceitação	Ruminação	Agressão	Não Reação	Ameaça			
	<b>Apoio Emocional</b>	0,42	0,28	0,38	0,24	-0,39	- 0,24	0,07			
	<b>Dominância</b>	0,38	0,19	0,02	-0,22	-0,30	0,87**	0,16			
	<b>Intrusividade</b>	0,18	0,06	0,70**	0,64**	-0,44	0,56*	0,43			
	<b>Controlo</b>	0,49*	0,64**	0,34	-0,29	0,16	0,36	-0,52*			
<b>Rejeição</b>	0,63**	0,49*	0,19	0	0,50*	0,59**	-0,26				

Relativamente ao grupo de crianças não ansiosas há uma correlação estatisticamente significativa, negativa e de magnitude elevada entre os comportamentos maternos globais de controlo e a interpretação de ameaça. Existem relações estatisticamente significativas relativamente ao comportamento materno de Apoio Emocional e as estratégias de coping/planos de ação de Procura de Informação, Evitamento Comportamental e Tranquilização; relativamente ao comportamento materno de Dominância, existe uma relação estatisticamente significativa com planos de ação de Não Reação. No que respeita ao comportamento materno de Intrusividade, existem correlações estatisticamente significativas relativamente a planos de ação de Planeamento, Procura de Informação, Evitamento Comportamental, Regulação Emocional, Aceitação, Ruminação e Não Reação. O comportamento materno de Controlo está estatisticamente correlacionados com os planos de Ação Instrumental, Distração e Reestruturação Cognitiva. Por fim, os comportamentos maternos de Rejeição estão estatisticamente relacionados com estratégias de Planeamento, Espera, Evitamento Comportamental, Distração, Reestruturação Cognitiva, Agressão e Não reação.

**Tabela 17** Correlação entre comportamentos maternos globais, planos de ação/estratégias de coping mencionadas e interpretações de ameaça da mãe (continuação)

	Planeamento	Ação Instrumental	Esperar	Procura Informação	Desamparo	Evitamento Comportamental	Evitamento Cognitivo	Regulação Emocional	Procura Apoio	Tranquilização	
<b>Grupo de Crianças com níveis elevados de Ansiedade</b>	<b>Apoio Emocional</b>	0,80**	0,64**	0,27	0	0,03	-0,60*	-	0,19	-0,42	-0,48
	<b>Dominância</b>	-0,71**	-0,08	-0,48	-0,02	-0,12	0,73**	-	0,05	-0,38	-0,04
	<b>Intrusividade</b>	-0,59*	-0,26	-0,57*	-0,17	-0,03	0,70**	-	-0,19	0,12	0,45
	<b>Controlo</b>	0,09	0,37	0,04	-0,39	-0,25	-0,07	-	0,62*	-	-0,51
	<b>Rejeição</b>	0,53*	-0,53*	-0,68**	0,09	0,05	0,56*	-	-0,50	0,35	0,42
		Procura de Apoio Inadequada	Isolamento Social	Distração	Reestruturação Cognitiva	Aceitação	Ruminação	Agressão	Não Reação	Ameaça	
	<b>Apoio Emocional</b>	-	-	-0,12	0,04	-0,23	-0,06	-0,39	-0,12	0,03	
	<b>Dominância</b>	-	-	0,44	0,08	-0,09	-0,16	-0,30	0,44	0,01	
	<b>Intrusividade</b>	-	-	0,30	0,06	0,04	0,20	0,20	0,30	-0,04	
	<b>Controlo</b>	-	-	0,09	-0,27	-0,19	-0,27	-0,50	-0,09	0,27	
<b>Rejeição</b>	-	-	0,44	0	0,14	0,16	0,45	0,44	0,46		

No grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade não existe uma relação estatisticamente significativa entre os comportamentos globais da mãe e as interpretações de ameaça da mesma. No que refere às correlações entre as estratégias de coping/ planos de ação mencionados e os comportamentos globais da mãe, no que refere à dimensão de Apoio Emocional existe uma relação estatisticamente significativa para as estratégias de Planeamento, Ação Instrumental e Evitamento Comportamental. Relativamente à dimensão Dominância, existe uma relação estatisticamente significativa entre as estratégias de Planeamento e de Evitamento Comportamental. O comportamento materno de Intrusividade apresenta uma relação estatisticamente significativa com estratégias de Planeamento, Espera e Evitamento Comportamental. O comportamento materno de Controlo correlaciona-se estatisticamente com estratégias de Regulação Emocional e de Procura de Apoio enquanto comportamento global de Rejeição está estatisticamente correlacionado com estratégias de Planeamento, Ação Instrumental, Espeta e Evitamento Cognitivo.

## Parte IV

# Discussão de Resultados e Conclusões

---

Este estudo tinha como principais objetivos a análise das diferenças na interação mãe-criança entre o grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade e o grupo de crianças não ansiosas numa tarefa estruturada; a análise das diferenças entre crianças com elevados níveis de ansiedade e suas mães e crianças não ansiosas e suas mães face a interpretações de ameaça e planos de ação relativamente a interpretações de coping; e, a análise das diferenças entre mãe de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas quanto aos comportamentos maternos de modelagem e de reforço das interpretações de ameaça.

A discussão de resultados encontrados no âmbito deste trabalho será dividida em duas partes de forma a uma melhor compreensão dos mesmos. Assim, numa primeira parte serão analisados e discutidos os resultados referentes a objetivos que se destinam a encontrar diferenças entre os grupos e numa segunda parte os objetivos que se destinam à relação entre diferentes dimensões.

### **Análise das Diferenças**

Os resultados revelam diferenças significativas entre as interpretações físicas de ameaça realizadas pelo grupo de crianças não ansiosas e o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade ( $p < 0,05$ ) relativamente à interpretação de ameaça física. Embora não se tenham verificados diferenças estatisticamente significativas relativamente às outras dimensões, os resultados mostram uma tendência para as crianças com níveis elevados de ansiedade apresentarem mais interpretações de ameaça social e de separação. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Bögels, Dongen e Muris (2003); Chorpita, Albano e Barlow (1996); Lester, Seal, Nightingale e Field (2010) que demonstram que a ansiedade infantil está associada a uma maior tendência por parte da criança em interpretar estímulos ambíguos como ameaçadores. Estes resultados, são também consistentes com a literatura que recorreu a amostras constituídas por adultos com sintomatologia ansiosa (Bögels & Zigterman, 2000; Muris et al., 2000; Taghavi et al., 2000). Vassilopoulos e Banerjee (2008) afirmam que elevados níveis de ansiedade social estão associados a mais interpretações de catastrofização e a mais reações emocionais negativas. Esta conclusão é congruente com resultados encontrados por Constans, Penn, Ihen e Hope (1999); Muris, Merckelbach e Dasma (2000). No entanto, os dados deste estudo devem ser interpretados cuidadosamente, uma vez que devido à dimensão da amostra apenas é possível afirmar

que os resultados evoluem no sentido esperado de que crianças com elevados níveis de ansiedade têm mais interpretações de ameaça social que crianças não ansiosas. Os dados encontrados vão de encontro às conclusões do estudo de Campbell e Rapee (1994) que referem que situações de ameaça física são para as crianças mais preocupantes que situações de ameaça social.

Verificou-se a existência de uma diferença significativa entre o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade e o grupo de crianças não ansiosas relativamente aos planos de ação de Distração, Reestruturação Cognitiva, Evitamento Comportamental, Agressão e Não Reação ( $p < 0,05$ ). No presente estudo crianças não ansiosas recorrem com mais frequência a planos de ação adaptativos como o Planeamento e a Procura de Informação, enquanto crianças com níveis elevados de ansiedade recorrem a estratégias não adaptativas como o Desamparo, a Agressão e Ruminação.

É no entanto de referir que tanto o grupo de crianças sem ansiedade como o grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade recorrem a estratégias de coping/ planos de ação não adaptativos e adaptativos, respetivamente. Por exemplo, grupo de crianças não ansiosas recorre a estratégias não adaptativas (e.g. Evitamento Comportamental) e o grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade recorrem a estratégias adaptativas (e.g. Reestruturação Cognitiva).

A análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas na interpretação das situações ambíguas revela a ausência de diferenças significativas entre as interpretações de ameaça realizadas por mães do grupo de crianças não ansiosas e por mães de crianças do grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade. No entanto, os resultados para as Interpretações de Ameaça nas Situações Física e de Separação evoluem no sentido esperado, mães de crianças com níveis mais elevados de ansiedade fazem mais interpretações de ameaça que mães de crianças não ansiosas. Estudos empíricos demonstram que pais de crianças ansiosas, perante situações ambíguas, tendem a demonstrar enviesamentos de interpretação semelhantes aos dos seus filhos (Creswell & O'Connor, 2006; Lester, Fiel, Oliver & Cartwright-Hatton, 2009).

No presente estudo a análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e mães de crianças não ansiosas nas estratégias de coping

mencionadas demonstrou existir uma diferença estatisticamente significativa entre mães do grupo de crianças não ansiosas e mães do grupo de crianças com elevados níveis de ansiedade relativamente aos planos de ação de Procura de Informação ( $p < 0,05$ ) em que sentido-

Relativamente aos comportamentos maternos globais (Intrusividade, dominância, apoio emocional, controlo e crítica os resultados demonstram ausência de diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos maternos globais em função do grupo de ansiedade da criança. Estes resultados diferem do estudo de Hudson e Rapee (2001) que demonstraram que mães de crianças com níveis elevados de ansiedade estão mais envolvidas e são mais intrusivas do que mães de crianças não ansiosas. Os mesmos autores referem que mães de crianças com níveis elevados de ansiedade manifestam mais níveis de criticismo que mães de crianças não ansiosas. Barlow (2002) refere que certos estilos parentais como o elevado criticismo e controlo são consistentes com perturbações de ansiedade no próprio e na criança. Whaley, Pinto e Sigman (1999) referem que mães de crianças ansiosas reportam níveis mais elevados de criticismo que mães de crianças não ansiosas. Relativamente à dominância, Hudson, Doyle e Gar (2009) referem que mães de crianças ansiosas não se envolvem mais que mães de crianças não ansiosas.

A análise das diferenças entre mães de crianças com elevados níveis de ansiedade e crianças não ansiosas relativamente aos comportamentos maternos específicos (modelagem e de reforço da interpretação de ameaça) demonstrou não existirem diferenças significativas relativamente aos comportamentos maternos de modelagem e reforço da interpretação de ameaça em função da ansiedade da criança. No entanto, existe uma diferença perto da significância estatística referente a aceitar ou reforçar planos de evitamento e pedidos de tranquilização. Estudos empíricos demonstram que as distorções cognitivas e os planos de ação da criança podem ser influenciados pelas verbalizações dos pais. Barrett e colaboradores (1996) e Chorpita e colaboradores (1995) referem que durante a discussão da situação de conteúdo ambíguo, pais ansiosos podem influenciar negativamente os enviesamentos e interpretações da criança.

### **Análise das Relações**

A análise da relação entre comportamentos maternos globais e específicos e interpretações de ameaça e estratégias de coping da mãe sugere a existência de uma correlação estatisticamente significativa, positiva de magnitude elevada entre os comportamentos maternos de Intrusividade e Dominância no grupo de crianças com níveis elevados de ansiedade, e, entre o comportamento de Intrusividade e de Rejeição para as mães do grupo de crianças não ansiosas. Existe uma relação estatisticamente significativa, negativa e de fraca magnitude entre os comportamentos de Intrusividade e Apoio Emocional e o comportamento de Rejeição e Apoio Emocional para as mães do grupo de crianças não ansiosas. Para o grupo de crianças não ansiosas existe uma relação significativa, positiva e de baixa magnitude entre o comportamento materno de Dominância e de Intrusividade bem como entre o comportamento materno de Dominância e de Rejeição.

Relativamente ao grupo de crianças não ansiosas há uma correlação estatisticamente significativa entre os comportamentos maternos globais de controlo e a interpretação de ameaça. Existem relações estatisticamente significativas relativamente ao comportamento materno de Apoio Emocional e as estratégias de coping/planos de ação de Procura de Informação, Evitamento Comportamental e Tranquilização; relativamente ao comportamento materno de Dominância, existe uma relação estatisticamente significativa com planos de ação de Não Reação.

No que respeita ao comportamento materno de Intrusividade, existem correlações estatisticamente significativas relativamente a planos de ação de Planeamento, Procura de Informação, Evitamento Comportamental, Regulação Emocional, Aceitação, Ruminação e Não Reação. Hudson e Rapee (2001) encontraram que mães de crianças ansiosas envolvem-se mais na tarefa e são mais intrusivas que mães de crianças não ansiosas. Hudson, Doyle e Gar (2009) referem que mães que interagem com crianças ansiosas estão mais envolvidas que quando interagem com uma criança não ansiosa.

O comportamento materno de Controlo está estatisticamente correlacionado com os planos de Ação Instrumental, Distração e Reestruturação Cognitiva. Por fim, os comportamentos maternos de Rejeição estão estatisticamente relacionados com estratégias de Planeamento, Espera, Evitamento Comportamental, Distração, Reestruturação Cognitiva, Agressão e Não reação.

Por outro lado, mães que demonstram ter um comportamento de elevada Intrusividade recorrem a um maior número de planos de ação/estratégias de coping.

## Conclusões e Considerações Finais

Este estudo dá um contributo importante no âmbito da investigação das perturbações de ansiedade na medida em que permite um maior conhecimento relativamente às interpretações que crianças com níveis diferentes de ansiedade fazem de estímulos ambíguos assim como das estratégias mencionadas para lidar com a situação. Comparativamente com outros estudos empíricos já realizados, neste estudo tentou-se avaliar de forma mais pormenorizada as dimensões que foram tidas em conta durante a interação mãe-criança. Este estudo contribui com dados importantes para uma área qual existe pouca investigação e que tem encontrado resultados contraditórios.

Apesar da contribuição deste estudo para a literatura existente, nele não é estabelecida uma relação causal sobre a influência da mãe nos níveis de ansiedade e enviesamentos de interpretação da criança. Um estudo longitudinal permitiria estudar a influência da ansiedade das mães e as cognições da criança e verificar comportamentos associados ao desenvolvimento de enviesamentos cognitivos. Uma das limitações deste estudo prende-se com a dimensão da amostra, que embora nos permita verificar a evolução de algumas dimensões no sentido que seria esperado, tal não é possível para outras. Foram ainda encontradas algumas dificuldades técnicas que dificultaram a recolha dos dados.

Estudos futuros devem optar por um estudo de *follow-up* com dois momentos de avaliação de Interpretação e Estratégias de Coping/Planos de Ação de forma a verificar as alterações entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, permitindo uma melhor compreensão da persistência na interpretação bem como na estratégia mencionada para lidar com a mesma, assim como uma melhor compreensão de dimensões relacionadas com a figura parental como comportamentos de modelagem e de reforço. Próximos estudos deverão ainda ter em conta a dimensão e as características da amostra, nomeadamente a inclusão da figura paterna e uma amostra de maior dimensão de forma a tornar possível a generalização dos resultados.

Ao nível das dimensões avaliadas neste estudo, estudos futuros poderão alargar o âmbito dos enviesamentos durante o processamento de informação aos enviesamentos de memória e de atenção de forma a clarificar que tipo de enviesamentos mais frequentemente ocorrem durante o processamento de informação de um estímulo ambíguo por crianças com diferentes níveis e quadros clínicos de ansiedade. Poderá ser tido em conta, a inclusão dos enviesamentos no processamento

de informação por parte dos pais e a forma como este influencia o próprio enviesamento da criança.

Relativamente a contribuições para a intervenção em ansiedade infantil, alguns estudos demonstram que é possível modificar os enviesamentos de interpretação que crianças ansiosas manifestam face a situações ambíguas (Muris et al., 2008; Vassilopoulos, Banerjee & Prantzalou, 2009). Tendo por base os resultados deste estudo, que vem reforçar a ideia de que crianças ansiosas têm mais enviesamentos de interpretação e recorrem mais frequentemente a estratégias desadaptativas, é necessário o desenvolvimento de intervenções que visem a modificação destes enviesamentos, por forma a que as crianças ansiosas interpretem situações de conteúdo ambíguo de forma menos negativa.

## Referências Bibliográficas

---

## Referências Bibliográficas

Albano, A., Chorpita, B. & Barlow, D. (2003). Childhood Anxiety Disorders. In *Child Psychopathology*. Eric, J. Mash and Russell Barkley (Ed.) Guilford Press: New York.

Adams, E. & Sarason, I. (1963). Relation Between Anxiety in Children and Their Parents. *Child Development*, 34, 237-246.

Angold, A., Costello, J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychiatry*, 40 (1), 57-87.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>th</sup> Ed.) Washington DC.

Arntz, A., Rauner, M. & Van Den Hout, M. (1995). "If I Feel Anxious, There Must Be Danger": Ex-Consequentia Reasoning in Indeferring Danger in Anxiety Disorders. *Behaviour Therapy and Research*, 33 (8), 917-925.

Barrett, P., Dadds, M. & Rapee, R. (1996). Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 333-342.

Barrett, P., Rapee, R., Dadds, M. & Ryan, S. (1996). Family Enhancement of Cognitive Style in Anxious and Aggressive Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (2), 187-203.

Barrett, P. (1998). Evaluation of Cognitive-Behavioral Group Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (4), 459-468.

Beard, C. & Amir, N. (2009). Interpretation in Social Anxiety: When Meaning Precedes Ambiguity. *Cognitive Therapy Research*, 33, 406-415.

Beck, A. , Emery, G. & Greenberg, R. (2005). *Anxiety Disorders and Phobias: a cognitive perspective*. Basic Books, New York.

Beidel, D., Morris, T. & Turner, M. (2004). Social Phobia. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Morris, T. & March, J. (Ed.). Guilford Press: New York. 141-163

Bell-Dolan, D. (1995). Social Cue Interpretation of Anxious Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24 (1), 1-10.

Ben-Noun, L. (1998). Generalized anxiety in dysfunctional families. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 115-122.

Blanchette, I., Richards, A. & Cross, A. (2007). Anxiety and the interpretation of ambiguous facial expressions: The influence of contextual cues. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 60 (8), 1101-1115.

Bögels, S. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional Cognitions in Children with Social Phobia, Separation Anxiety Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (2), 205-211.

Bögels, S., Oosten, A., Muris, P. & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy* 39, 273-287.

Bögels, S., Dongen, L. & Muris, P. (2003). Family Influences on Dysfunctional Thinking in Anxious Children. *Infant and Child Development* 12, 243-252.

Bögels, S., Snieder, N. & Kindt, M. (2003). Specificity of Dysfunctional Thinking in Children with Symptoms of Social Anxiety, Separation Anxiety and Generalised Anxiety. *Behaviour Change*, 20 (3), 160-169.

Bögels, S., & Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parente self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1583-1596.

Bögels, S. & Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.

Bögels, S., Stevens, J., Majdandzic, M (2011). Parenting and social anxiety: fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (5), 599-606.

Borkovec, T., Abel, J. & Newman, H. (1995). Effects of Psychotherapy on Comorbid Conditions in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 479-483.

Bruce, S. (2005). Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: a 12-year prospective study. *Journal Psychiatry*, 126 (6), 1179-187.

Brumariu, L. & Kerns, K. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 393-402.

Burgic-Radmanovic, M. & Burgic, S. (2010). Comorbidity in Children and Adolescent Psychiatry. *Psychiatria Danubia*, 22 (2), 298-300.

Cacioppo, J. & Petty, R. (1981). Social Psychological Procedures for Cognitive Response Assessment: The Thought-Listing Technique. In *Cognitive Assessment*. Merluzzi TV, Glass CR, Genest M (Eds). Guilford Press: New York; 309-342.

Caster, J., Inderbitzen, H. & Hope, D. (1999). Relationship Between Youth and Parent Perceptions of Family Environment and Social Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (3), 237-251.

Chen, E. & Craske, M. (1998). Risk Perceptions and Interpretations of Ambiguity Related to Anxiety During a Stressful Event. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (2), 137-148.

Chorpita, B., Albano, A. & Barlow, D. (1996). Cognitive Processing in Children: relation to Anxiety and Family Influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25 (2), 170-176.

Chorpita, B., Brown, T. & Barlow, D. (1998). Perceived Control as a Mediator of Family Environment in Etiological Models of Childhood Anxiety. *Behaviour Therapy*, 29, 457-476.

Chorpita, B. & Barlow, d. (1998). The Development of Anxiety: The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 3-21.

Clark, D. & Steer (1996). Empirical Status of the Cognitive Model of Anxiety and Depression.

Cobham, V. Dadds, M. & Spence, S. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893-905.

Cobham, V. & Dadds, M. (2010). Anxious children and their parents: What do they expect. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28 (2), 220-231.

Cobham, V., Dadds, M., Spence, S. & McDermott (2010). Parental Anxiety in the Treatment of Childhood Anxiety: A different Story Three Years Later. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39 (3), 410-420.

Costello, E. & Angold, A. (1995). Epidemiology. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. March JS (Ed.), Guilford Press: New York, 109-124.

Creswell, C., Schniering, C. & Rapee, R. (2005). Threat interpretation in anxious children and their mothers: comparison with nonclinical children and the effects of the treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1375-1381.

Creswell, C. & O'Connor, T. (2006). 'Anxious cognitions' in children: An exploration of associations and mediators: Brief report. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 761-766.

Creswell, C., O'Connor, T. & Brewin, C. (2006). A Longitudinal Investigation of Maternal and Child 'Anxious Cognitions'. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 135-147.

Dadds, M., Barrett, P., Rapee, R. & Ryan, S. (1996). Family Process and Child Anxiety and Aggression: An Observational Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (6), 715-734.

Daleiden, E. & Vasey, M. (1997). An information-processing perspective on childhood anxiety. *Clinical Psychology Review*, 17 (4), 407-429.

Dineen, K. & Hadwin, J. (2004). Anxious and depressive symptoms and children's judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Anxiety Disorders*, 18, 499-513.

Dodd, H., Hudson, J., Morris, T. & Wise, C. (2011). Interpretation Bias in Preschool Children at Risk for Anxiety: A Prospective Study. *Journal of Abnormal Psychology*, doi: 10.1037/a0024589

Flannery-Schoroeder, E. (2004). Generalized Anxiety Disorder. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Morris, T. & March, J. (Ed.). Guilford Press: New York. 125-139.

Francis, S. & Chorpita, B. (2009). Beliefs About Child Anxiety as a Mediator of Parent and Child Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, DOI 10.1007/s10608-009-9255-9

Gifford, S., Reynolds, S., Bell, S. & Wilson, C. (2008). Threat interpretation bias in anxious children and their mothers. *Cognition and Emotion*, 22 (3), 497-508.

Ginsburg, G., Siqueland, L., Masia-Warner & Hedtke, K. (2004). Anxiety Disorders in Children: Family Matters. *Cognitive and Behavioral Practice* 11, 28-43.

Goisman, R., Goldenberg, I., Vasile, R. & Keller, M. (1995). Comorbidity of Anxiety Disorders in a Multicenter Anxiety Study. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (4), 303-311.

Grüner, K., Muris, P. & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 30, 27-35.

Gullone, E., King, N. & Ollendick, T. (2001). Self-Reported Anxiety in Children and Adolescents: A Three-Year Follow-Up Study. *The Journal of Genetic Psychology*, 162 (1), 5-19.

Hadwin, J., Garner, M. & Perez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood: a review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26, 876-894.

Hane, A. & Barrios, E. (2011). Mother and Child Interpretations of Threat in Ambiguous Situations: Relations With Child Anxiety and Autonomic Responding. *Journal of Family Psychology*, 11, 1-9.

Hirschfeld, R. (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatric*, 3 (6), 244-254.

Hudson, J. & Rapee, R. (2000). Parent-child interactions and anxiety disorders: observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411-1427.

Huppert, J., Foa, E., Furr, J., Filip, J. & Mathews, A. (2003). Interpretation Bias in Social Anxiety: A Dimensional Perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (5), 569-577

Hunt, C. & Andrews, G. (1995). Comorbidity in the Anxiety Disorders: the use of life-chart approach. *Journal of Psychiatric Research*, 29 (6), 467-480.

Jarrett, M. & Ollendick, T. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28, 1266-1280.

Kendall, P. (1987). Anxiety: Cognitive Factors and the Anxiety Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 11 (5), 523-536.

King, N., Gullone, E. & Ollendick, T. (1990). Manifest Anxiety and Fearfulness in Children and Adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 153 (1), 63-73.

Klein, R. (2009). Anxiety Disorders. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (1-2), 153-162.

Last, C. (1988). Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence. In *Handbook of Anxiety Disorders*. Last, C. & Hersen, M. (Ed.). Pergamon General Psychology Series. 531-540.

Last, C., Francis, G. & Strauss, c. (1989). Assessing Fears in Anxiety-Disordered Children With the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Journal of Clinical Child Psychology*, 18 (2), 137-141.

Lester, K., Field, A., Oliver, S. & Cartwright-Hatton, S. (2009). Do anxious parents interpretative biases towards threat extend into their child's environment? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 170-174.

Lester, K., Seal, K., Nightingale, Z. & Fiel, A. (2010). Are Children's own interpretations of ambiguous situations based on how they perceive their mothers have interpreted ambiguous situations for them past? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 102-108.

Lewinsohn, P., Zinbarg, R., Seeley, J., Lewinsohn, M. & Sack, W. (1997). Lifetime Comorbidity Among Anxiety Disorders and Between Anxiety Disorders and Other Mental Disorders in Adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (4), 377-394.

Martin, L. et al. (2007). Childhood cognitive performance and risk of generalized anxiety disorder. *International Journal of Epidemiology*, 36, 769-775.

Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. & Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour, Research and Therapy*, 34 (3), 265-268.

Muris, P., Merckelbach, H., Brakel, A., Mayer, B. & Dongen, L. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Relationship with Anxiety and Depression in Normal Children. *Personality and Individual Differences*, 24 (4), 451-456.

Muris, P. et al. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.

Muris, P. & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, 25, 1199-1206.

Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Tierney, S. (1999). Disgust sensitivity, trait anxiety and anxiety disorders symptoms in normal children. *Behaviour Research and Therapy* 37, 953-961.

Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.

Muris, P., Luermans, J., Merckelbach, H. & Mayer, B. (2000). "Danger is lurking everywhere". The relation between anxiety and threat perception abnormalities in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 31, 123-136.

Muris, P., Merckelbach, H. & Damsma, E. (2000). Threat Perception Bias in Nonreferred, Socially Anxious Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3), 348-359.

Muris, P., Kindt, M., Bögels, S., Merckelbach, H., Gadet, B. & Moulart, V. (2000). Anxiety and Threat Perception Abnormalities in Normal Children. *Journal of Psychopathology and Behaviour Assessment*, 22 (2), 183-199.

Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B. & Prins, E. (2000). How serious are common childhood fears? *Behaviour Research and Therapy*, 38, 217-228.

Muris, P., Rapee, R., Meesters, C., Schouten, E. & Geers, M. (2003). Threat perception abnormalities in children the role of anxiety disorders symptoms, chronic anxiety and state anxiety. *Anxiety Disorders*, 17, 271-287.

Muris, P., Merckelbach, H., Schepers, S. & Meesters, C. (2003). Anxiety, Threat Perception Abnormalities and Emotional Reasoning in Nonclinical Dutch Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (3), 453-459.

Muris, P., Jacques, P. & Mayer, B. (2004). The Stability of Threat Perception Abnormalities and Anxiety Disorder Symptoms in Non-Clinical Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 34 (3), 251-265.

- Muris, P., Hovee, I., Meesters, C. & Mayer, B. (2004). Children's perception and interpretation of anxiety-related physical symptoms. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 233-244.
- Muris, P., Meesters, C., Smulders, L. & Mayer, B. (2005). Threat Perception Distortions and Psychopathological Symptoms in Typically Developing Children. *Infant and Child Development*, 14, 273-285.
- Muris, P. & Field, A. (2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cognition and Emotion*, 22 (3), 395-421.
- Muris, P., Vermeer, E. & Horselenberg, R. (2008). Cognitive development and the interpretation of anxiety-related physical symptoms in 4-13-year-old non-clinical children. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 73-86.
- Ollendick, T., Costa, N. & Benoit, K. (2010). Interpersonal processes and the anxiety disorders of childhood. In Beck, J. Gayle (Ed.) *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment* . (pp.71-95). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Perez-Olivas, G., Stevenson, J. & Hadwin, J. (2008). Do anxiety-related attentional biases mediate the link between maternal over involvement and separation anxiety in children? *Cognition and Emotion*, 22 (3), 509-521.
- Pine, D. (2007). Research Review: A neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (7), 631-648.
- Puliafico, A. & Kendall, P. (2006). Threat-Related Attentional Bias in Anxious Youth: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9 (3), 162-180.
- Rapee, R., Schniering, C. & Hudson, J. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Rapee, R. & Coplan, R. (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H. Gazelle & H. Rubin (Eds.), *Social anxiety in childhood: Bridging developmental and clinical perspectives: New Directions for Child and Adolescent Development*, 127, 17-31. San Francisco: Jossey-Bass.

Reid, S., Salmon, K. & Lovibond, P. (2006). Cognitive Biases in Childhood Anxiety, Depression and Aggression: Are They Pervasive or Specific? *Cognition Therapy and Research*, 30, 531-549.

Shortt, A., Barrett, P., Dadds, M. & Fox, T. (2001). The Influence of Family and Experimental Context on Cognition in Anxious Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), 585-596.

Silverman, W., Greca, A. & Wasserstein, S. (1995). What do Children Worry About? Worries and Their Relation to Anxiety. *Child Development*, 66, 671-686.

Silverman, W. & Dick-Niederhauser, A. (2004). Separation Anxiety Disorder. In *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Morris, T. & March, J. (Ed.). Guilford Press: New York. 164-211

Spence, S. (1998). A measure of anxiety symptom among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

Taghavi, M. , Moradi, A., Neshat-Doost, H., Yule, W., & Dalgleish, T. (2000). Interpretation of ambiguous emotional information in clinically anxious children and adolescents. *Cognition and Emotion*, 14 (6), 809-822.

Vasey, M., Daleiden, E., Williams, L. & Brown, L. (1995). Biased Attention in Childhood Anxiety Disorders: A Preliminary Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23 (2), 267-279.

Vassilopoulos, S. & Banerjee, R. (2008). Interpretations and judgements regarding positive and negative social scenarios in childhood social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 870-876.

Vassilopoulos, S., Banerjee, R. & Prantzalou, C. (2009). Experimental modification of interpretation bias in socially anxious children: Changes in interpretation, anticipated interpersonal anxiety and social anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1085-1089.

Walton, J., Johnson, S. & Algina, J. (1999). Mother and Child Perceptions of Child Anxiety: Effects of Race, Health Status and Stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (1), 29-39.

Waters, A., Wharton, T., Zimmer-Gembeck, M. & Craske, M. (2008). Threat-based cognitive biases in anxious children: comparison with non-anxious children before and after cognitive behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 358-374.

Waters, A., Griske, M., Bergman, R. & Treanor, M. (2008). Threat interpretation bias as a vulnerability factor in childhood anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 39-47.

Weems, C., Silverman, W. & Greca, A. (2000). What Do Youth Referred for Anxiety Problems Worry About? Worry and Its Relation to Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (1), 63-72.

# Anexos

---

# Anexo I

---

# SCARED-R - versão Cr.

(Muris et al., 1999  
Versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010)

198

## Instruções

Abaixo, encontra um conjunto de frases que falam sobre medos e ansiedade das crianças e jovens. Por favor, lê cada uma das frases com atenção e indica a frequência com que experimentaste esse sintoma **durante os últimos 3 meses**: *nunca ou quase nunca, algumas vezes ou muitas vezes.*

Modo de preenchimento do CÍRCULO :



Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :



	nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Quando me sinto assustado tenho dificuldade em respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tenho medo de estar em sítios altos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tenho dores de cabeça ou de barriga quando estou na escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Não gosto de estar com pessoas desconhecidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quando vejo sangue, fico tonto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Quero que as coisas estejam arrumadas numa certa ordem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fico com medo quando durmo fora de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Preocupo-me que os outros não gostem de mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Quando fico assustado, sinto-me a desmaiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Penso que me vão pegar uma doença grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sou nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Tenho pensamentos estranhos que me assustam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Sigo a minha mãe e o meu pai para todo o lado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. As pessoas dizem-me que eu pareço nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sinto-me nervoso com pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Tenho medo de ir ao médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Não gosto de ir à escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Quando fico assustado, sinto como se fosse ficar maluco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Preocupo-me se tiver de dormir sozinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tenho medo de ir ao dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Preocupo-me em ser tão bom como os outros miúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
22. Tenho medo de um animal que não é realmente perigoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tenho medo quando há trovoada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Faço as coisas mais de duas vezes para verificar se fiz tudo bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tenho sonhos assustadores acerca de uma coisa muito má que já me aconteceu uma vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Quero que as coisas estejam limpas e arrumadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Quando fico assustado, é como se as coisas não fossem reais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ficaria com medo se tivesse de voar num avião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Tenho pesadelos em que acontece uma coisa má aos meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ir para a escola preocupa-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Faço coisas (rituais) que me ajudam a ficar menos assustado com os meus pensamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Quando me sinto assustado, o meu coração bate depressa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Fico assustado quando levo uma injeção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Tenho medo de apanhar uma doença grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sinto-me fraco e a tremer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Tenho pesadelos sobre alguma coisa má que me está a acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Tenho tanto medo de um animal (que não é perigoso) que não me atrevo a tocar-lhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Preocupo-me se as coisas me vão correr bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Às vezes tenho dúvidas se realmente fiz uma certa coisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Quando fico assustado, sou muito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Sou preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Fico com medo quando vejo os médicos a fazerem uma operação na televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Quando me acontece algo muito desagradável, tento não pensar nisso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. De repente fico cheio de medo sem nenhuma razão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Tenho medo de estar sozinho em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Fico com medo quando penso em alguma coisa muito má que uma vez me aconteceu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. É difícil para mim falar com pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Quando fico assustado, sinto-me como se estivesse a sufocar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. As pessoas dizem-me que me preocupo demais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Não gosto de estar longe da minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
51. Tenho medo de ter ataques de ansiedade (ou pânico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Tenho medo que aconteça alguma coisa má aos meus pais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Sinto-me envergonhado com pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Penso sem querer que estou a magoar outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Preocupo-me com o que vai acontecer no futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Quando fico assustado tenho vontade de vomitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Preocupo-me se estou a fazer bem as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Tenho medo de ir para a escola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Tenho medo de coisas que aconteceram no passado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Quando me sinto assustado, fico tonto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Fico assustado em espaços pequenos e fechados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Tenho pensamentos estranhos e assustadores que preferia não ter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Tenho medo do escuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Tenho pensamentos que não quero ter sobre uma coisa muito desagradável que me aconteceu uma vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Tenho medo de um animal que a maioria dos miúdos não tem medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Não gosto de estar num hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Sinto-me nervoso quando estou com outros miúdos ou adultos e tenho que fazer alguma coisa enquanto eles me observam (por ex. ler em voz alta, falar, jogar um jogo, fazer um desporto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Sinto-me nervoso quando vou a festas, bailes ou qualquer lugar onde vão estar pessoas que não conheço bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Sou tímido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Idade:  7  8  9  10  11  12  13  14

Data de nascimento: Dia   Mês   Ano

Sexo:  Feminino  Masculino

## Anexo II

---

## Caros Pais

O Agrupamento de Escolas Eugénio de Santos estabeleceu um protocolo com o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa no âmbito do estudo PACIE, que tem por objectivo uma melhor compreensão dos problemas da ansiedade em idade escolar.

Todas as crianças do 3º ano de escolaridade são convidadas a participar, mas para que isso aconteça terão que entregar o formulário de consentimento que se encontra no final da página. Por favor, leia atentamente as seguintes informações, antes de preencher o formulário.

### O que é o PACIE

É um projecto de investigação que está a ser desenvolvido em várias escolas do país e que tem por principal objectivo caracterizar os problemas de ansiedade em crianças em idade escolar e conhecer alguns factores associados. Este projecto teve o seu início no ano lectivo 2009/2010 e terminará no final do ano lectivo de 2010/2011.

### Quem é a equipa de investigação?

A equipa de investigação é composta por investigadores doutorados do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa e investigadores de outros centros de investigação nacionais e internacionais.

### O que me é pedido ao meu filho e a mim?

A primeira fase do projecto consiste no preenchimento de dois questionários breves que serão respondidos por cada aluno, com um intervalo de tempo de um mês. Os questionários serão respondidos durante parte de uma aula, com o apoio de um elemento da equipa de investigação. Também será pedida a colaboração dos pais para o preenchimento de dois questionários (duração 30 min.), que lhes serão entregues num envelope fechado.

Na segunda parte do projecto só participarão cerca de 20 % dos alunos e os seus pais, seleccionados aleatoriamente. Os pais desses alunos serão de novo contactados pela equipa de investigação para autorizar esta segunda participação.

### Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número de participantes possível. No ano passado tivemos uma taxa de adesão de 85% das crianças e dos seus pais. Este ano gostaríamos de superar esse número e conseguir ainda uma maior participação.

### Quem é que tem acesso aos dados?

Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais. Cada questionário terá um código que permitirá estabelecer uma ligação entre as respostas das crianças dadas nos dois momentos de avaliação e as respostas dos pais.

Os resultados colectivos, que resultam da combinação das respostas de todas as crianças que participam no estudo, serão tornados acessíveis aos pais, através da página de internet do projecto.

### Com quem é que devo contactar se tiver mais dúvidas?

Por favor contacte com a investigadora responsável, Doutora Ana Isabel Pereira, por telefone (217943600, ext. 3636) ou e-mail ([aipereira@fp.ul.pt](mailto:aipereira@fp.ul.pt)).

---

**Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno \_\_\_\_\_, da turma \_\_, do ano \_\_, li a informação fornecida e autorizo/não autorizo (riscar o que não interessa) o meu filho a participar no estudo PACIE, do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa**

## Anexo III

---

## Caros Pais

No seguimento da participação do seu filho na primeira parte do Projecto PACIE, do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade de Lisboa, vimos contactá-los novamente.

A primeira fase do estudo teve uma elevada adesão e por isso agradecemos a todas as crianças e pais que se disponibilizaram para participar.

Em Janeiro do próximo ano iniciaremos a segunda fase do estudo. Nesta segunda fase do estudo só participarão algumas crianças. O seu/sua filho/a foi uma das crianças seleccionadas. Por este motivo, agradecemos que leia a informação que se encontra abaixo, para que possa tomar uma decisão relativamente à participação do seu filho na segunda fase do estudo.

### Em que é que consiste a segunda fase do estudo?

Na segunda fase do estudo é pedida não só a colaboração das crianças, mas também a colaboração dos pais. Esta segunda fase irá processar-se da seguinte forma:

- A criança responderá a quatro questionários que avaliarão factores associados aos problemas de ansiedade na infância. Esta aplicação será realizada na escola, em pequenos grupos, com o apoio de um investigador. Estes questionários podem ser preenchidos num único momento (crianças mais velhas) ou em dois momentos (crianças mais novas).
- Os pais responderão a um conjunto de questionários que será enviado para casa e que será preenchido de forma autónoma por estes.
- A mãe será entrevistada (duração média 1h15) por um investigador. Esta entrevista será gravada para análise e codificação pela equipa de investigação. No final deste formulário pedimos o contacto telefónico para agendar esta entrevista, de acordo com a disponibilidade da mãe.

Será proposto a algumas famílias (mãe e filho/a), que participem numa actividade conjunta, que será registada por meios audio-visuais para análise e codificação pela equipa de investigação.

### Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número de participantes possível. Em qualquer momento do processo de investigação os pais e/ou a criança podem decidir abandonar o estudo.

### Quem é que tem acesso aos dados?

Apenas os elementos da equipa de investigação terão acesso aos dados individuais e aos registos áudio-visuais. Os dados não podem ser utilizados para outros fins que não os da investigação.

### Com quem é que devo contactar se tiver mais dúvidas?

Por favor contacte com a investigadora responsável, Doutora Ana Isabel Pereira por telefone (217943600, ext. 3636) ou e-mail (aipereira@fp.ul.pt)

---

3

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação do aluno \_\_\_\_\_ da turma \_\_\_\_\_, li a informação e:

Autorizo a participação do meu filho no estudo, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (telemóvel)

Não autorizo a participação do meu filho no estudo,

mas gostaria de ser contactado no caso de terem sido identificados níveis elevados de ansiedade que sugiram a necessidade de uma avaliação mais detalhada, disponibilizando para o efeito os seguintes contactos telefónicos: \_\_\_\_\_ (casa), \_\_\_\_\_ (telemóvel)

Não autorizo a participação do meu filho no estudo e não estou interessado em ser contactado.

Assinatura: \_\_\_\_\_

