

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*A Influência da Ansiedade e da Superproteção dos Pais, no
Desenvolvimento da Ansiedade Social em Crianças de Idade Pré-escolar*

Andreia Maria Pereira Santa Rita

Dissertação de Mestrado para Obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof^ª. Doutora Ana Teresa Martins
e do Prof. Doutor Luís Faísca

2018

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

*A Influência da Ansiedade e da Superproteção dos Pais, no
Desenvolvimento da Ansiedade Social em Crianças de Idade Pré-escolar*

Andreia Maria Pereira Santa Rita

Dissertação de Mestrado para Obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof^ª. Doutora Ana Teresa Martins
e do Prof. Doutor Luís Faísca

2018

***A Influência da Ansiedade e da Superproteção dos pais, no
Desenvolvimento da Ansiedade Social em Crianças de idade Pré-escolar***

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Assinatura

(Andreia Santa Rita)

Copyright 2018 Andreia Maria Pereira Santa Rita. A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja alvo de dado crédito ao autor e editor.

*“À minha família que permitiu que este meu sonho,
se tornasse realidade!”*

AGRADECIMENTOS

Perante o culminar, do meu percurso académico gostaria de expressar a minha eterna gratidão, a todos os que me acompanharam e contribuíram de diversas formas para este trabalho fosse possível. Este projeto envolveu muitas pessoas e algumas instituições, todas partes inseparáveis de um todo que não foi pequeno, aos quais desejaria expressar os meus agradecimentos.

À minha orientadora Doutora Ana Teresa Martins, pelo conhecimento partilhado, apoio e compreensão demonstrados ao longo da redação deste trabalho. Incentivo à minha autonomia e capacidade de reflexão e por ser um exemplo de perseverança.

Ao Professor Doutor Luís Fáisca, por elevar a Faculdade Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve a um patamar sempre superior, possibilitando aos alunos que a apreendam um maior e melhor conhecimento na sua área de formação.

A todos os meus professores que contribuíram de uma forma sólida para o conhecimento e, para a minha evolução enquanto pessoa.

À Faculdade Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, que foi o palco deste trabalho e de todo o meu percurso académico.

Aos pais e crianças que participaram, no presente estudo, cuja colaboração foi essencial, para a elaboração do mesmo.

À Catarina Fernandes, pela parceria no processo de investigação e por todos os momentos que passámos juntas ao longo deste percurso. Obrigada pela amizade e partilha de saberes, pelo apoio e paciência indispensáveis e tão determinantes para a concretização deste estudo.

À minha família, em especial, ao meu companheiro, João Batista, pelo amor e paciência com que me presenteia todos os dias, por acreditar em mim e nas minhas capacidades e, sobretudo por me ouvir e encorajar nos momentos de maior desânimo. Aos meus filhos, Açucena, Santiago e Salvador, por me fazerem sorrir, mesmo nas alturas de maior cansaço e desalento.

A todos os que, de alguma forma, se cruzaram comigo, nesta longa jornada, e que me ajudaram a crescer de diversas formas.

Resumo

Enquadramento: A Perturbação da Ansiedade Social (PAS) é descrita como uma perturbação muito frequente em crianças e na adolescência, tendo um elevado impacto em diversos domínios da vida. Torna-se fundamental identificar os preditores da AS, em idades pré-escolares, por forma, a implementar estratégias de intervenção adequadas. Neste contexto, o principal objetivo do nosso estudo foi perceber de que forma, as variáveis de influência parental e variáveis da criança se relacionam com os níveis de ansiedade social da criança, tendo em conta o género sexual, tanto dos filhos como dos seus progenitores.

Metodologia: Neste estudo, foram recolhidos dados de pais de 316 crianças, entre os 2 e os 6 anos. As variáveis relativas aos pais foram avaliadas através dos questionários: (AMBI) - Escala de Inibição Comportamental no Adulto; (POM) Medida de Superproteção Parental; (EASDIS) Escala de Ansiedade e Evitamento em situações de Desempenho e de Interação social. No que concerne, às variáveis das crianças foram avaliadas através dos questionários: (PAS) Escala de Ansiedade Pré-escolar; (BIQ) Questionário de Inibição Comportamental. **Resultados e Discussão:** Os principais resultados revelaram uma relação entre o Temperamento Inibido e a AS da criança. Por sua vez, a AS da Mãe influi na AS dos filhos, independentemente do sexo, caso que não se verifica, nos progenitores masculinos. A superproteção surge como uma variável mediadora entre os pais e as crianças, não obstante, esta relação depende do sexo da criança e dos pais. Os resultados são discutidos à luz da literatura atual, acerca do estudo da relação dos fatores parentais no desenvolvimento de AS.

PALAVRAS-CHAVE: ansiedade social; superproteção; temperamento inibido; infância

ABSTRACT

Background: Social Anxiety Disorder (SAD) is described as a very frequent disorder in children and adolescents, which has a high impact in several domains of life. It is essential to identify SA predictors, at pre-school ages, to implement appropriate intervention strategies. In this context, the main objective of our study was to understand how variables of parental influence and variables of the child are related to the levels of social anxiety of the child, considering the sexual gender, both children and parents.

Methodology: In this study, data were collected from parents of 316 children aged 2 to 6 years, and the variables related to the parents were evaluated through the questionnaires: (AMBI) - Adult Measure of Behavioral Inhibition; (POM) - Parental Overprotection Measure; (AESDIS) - Anxiety and Avoidance Scale in Situations of Performance and Social Interaction. Regarding the variables of the children, were evaluated through the questionnaires: (PAS) - Pre-school Anxiety Scale; (BIQ) - Behavioral Inhibition Questionnaire.

Results and Discussion: The main results revealed a relationship between the Inhibited Temperament and the SA of the child. Also, revealed that the SA of the Mother influences the SA of the children, regardless of sex, but the SA of the father does not. Overprotection arises as a mediating variable between parents and children; however, this relationship depends on the gender of the child and the parents. The results are discussed considering the current literature on the study of the relationship of parental factors in the development of SA.

KEY WORDS: social anxiety; overprotection; inhibited temperament; childhood

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Relações conceituais entre o medo e a Ansiedade Social.....	1
1.2. Fatores de desenvolvimento da AS.....	3
1.2.1. Fatores etiológicos.....	3
1.3. Fatores de Manutenção	7
1.4. Fatores parentais no desenvolvimento da AS e o papel moderador do género	9
2. Objetivos	11
3. Metodologia	13
3.1. Participantes.....	13
3.2. Instrumentos.....	13
3.3. Procedimento	14
3.4. Análise Estatística.....	15
4. Resultados	16
4.1. Estatística Descritiva e Correlações.....	16
4.2. Modelo de Equações Estruturais.....	18
5. Discussão.....	25
6. Referências Bibliográficas	32
Anexos.....	44

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.	Modelo estrutural em estudo	12
FIGURA 2.	Resultados não estandardizados do Modelo Final da Mãe	22
FIGURA 3.	Resultados não estandardizados do Modelo Final do Pai.....	24

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1.	Caraterização das medidas e comparação de médias entre sexos	17
TABELA 2.	Correlação (r) entre as medidas das crianças e dos progenitores atendendo ao género	18
TABELA 3.	Resultados do modelo de regressão múltipla	20
TABELA 4.	Resultados da análise multigrupos	21
TABELA 5.	Diferença das estatísticas X^2 entre o Modelo de Pesos Fixos e o Modelo de Libertação de Restrições	22

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A.	Descrição detalhada dos instrumentos utilizados para caracterização da amostra	45
ANEXO B.	Documento de Apresentação do Estudo às Instituições	48
ANEXO C.	Descrição do Estudo	49
ANEXO D.	Consentimento Informado	50
ANEXO E.	Questionário Sociodemográfico	51
ANEXO F.	Questionário para ambos os pais	54
ANEXO G.	Questionários versão Mãe	62
ANEXO H.	Questionários versão Pai	71
ANEXO I.	Análise da Normalidade dos Indicadores	80

ABREVIATURAS

AMOS - Programa estatístico- Analysis of Moments Structures

AS - Ansiedade Social

CFI - *Comparative Fit Index*

CMIN/DF - Qui-quadrado

IC - Inibição Comportamental

PAS - Perturbação da Ansiedade Social

KU - *Curtose*

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*

SEM - *Strutural Equation Modeling*

SPSS - programa estatístico versão 23

SK - Coeficiente de Assimetria

VIF₁ - Índice de presença de multicolineariedade

1. Introdução

A perturbação de ansiedade social (PAS), também designada por fobia social (American Psychiatric Association, APA, 2014), é um dos tipos mais prevalentes de ansiedade (e.g., Bourne, 2010; Mclean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011).

A PAS caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente perante situações de desempenho social, em que a pessoa é exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação por terceiros. Esta perturbação tem um impacto significativo em diversos domínios da vida do sujeito (Stein & Stein, 2008) nos casos mais graves, a pessoa tende a isolar-se socialmente, tornando-se incapaz de aprofundar relações afetivas e inoperante do ponto de vista profissional (Bourne, 2010).

A PAS tem uma prevalência mundial significativa, que pode variar entre os 8% e os 36%, com particular incidência nos sujeitos do sexo feminino (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005). Apesar, da grande maioria dos estudos referir que os primeiros sinais de PAS possam surgir na idade escolar (Michail & Birchwood, 2014; Stein & Stein, 2008), estudos recentes afirmam que estes sinais podem ocorrer em idades mais precoces (Coplan, DeBow, Schneider & Graham, 2009; Franz et al., 2013; Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Embora o aparecimento precoce de sinais de ansiedade social (AS) não determine, de acordo com alguns autores, o desenvolvimento da PAS na fase adulta, a maioria dos adultos com PAS vivenciaram ansiedade na sua infância (Cunha, 2006).

1.1. Relações conceptuais entre o medo e a Ansiedade Social

Do ponto de vista do desenvolvimento, o estudo da ansiedade e das perturbações ansiosas procura não só compreender a sua evolução como também contextualizar a ansiedade nos processos desenvolvimentais adaptativos e comuns a todos os sujeitos (Cunha, 2006).

Uma das manifestações ansiosas muito precoces do ser humano é o medo. Esta emoção é essencial para a perceção de ameaça e consequente execução rápida de ações com o objetivo de proteger o indivíduo (Baptista, 2000). Os medos aparecem de forma

frequente e normativa na infância, contudo, a sua função no desenvolvimento humano tende a desaparecer ou a diminuir.

Na literatura parece existir um consenso quanto à tipologia e sequência de aparecimento dos medos na infância (Cunha, 2006; Salvador, 2009). Assim, no primeiro ano de vida os medos mais comuns estão relacionados com os adultos estranhos, não familiares, e com a separação das figuras parentais. Estes medos apresentam o seu pico máximo entre os 9/13 meses, diminuindo por volta do 30º mês. Já no segundo ano de vida, os medos mais evidentes dizem respeito aos animais. A partir do quarto ano de vida, as crianças geralmente temem as máscaras, a escuridão e as criaturas imaginárias. Aos seis anos, os seres sobrenaturais (e.g. fantasmas, bruxas, monstros) são os que provocam mais medo. A partir dos 12 anos até ao início da adolescência os jovens tendem a temer aspetos mais realistas e relacionados com a sua integridade física (e.g. ligados à doença e morte) e psíquica, autoimagem, catástrofes, morte e desempenho pessoal como, por exemplo, quando têm que ser submetidos a testes e exames escolares (Papalia, Olds & Feldman, 2009).

A falta de recursos cognitivos (executivos) ou de regulação emocional, a par de outros fatores familiares e sociais, facilitadores do evitamento social, parecem fazer com que alguns destes medos, transitórios e enquadrados em termos de desenvolvimento normativo, se mantenham e aumentem de forma exagerada (Salvador, 2009). O medo passa a ser considerado patológico quando exagerado e desproporcional em relação a um determinado estímulo (Baptista, 2000).

O medo patológico e o evitamento comportamental de pessoas estranhas ou de situações sociais parecem estar na base da PAS. Assim, para uma melhor compreensão desta perturbação, alguns autores têm-se dedicado ao estudo das origens e desenvolvimento dos sintomas de AS ao longo do crescimento humano, formulando modelos que procuraram explicar a etiologia e a manutenção da PAS (e.g., Clark & Wells, 1995; Heimberg, Brozovich & Rapee, 2010; Hofmann, 2007; Pereira, Barros, Mendonça & Muris, 2013; Rapee & Heimberg, 1997; Trower & Gilbert, 1989).

1.2. Fatores de desenvolvimento da AS

1.2.1. Fatores etiológicos

Estudos recentes têm vindo a apontar fatores biológicos, psicológicos e sociais de risco na **etiologia** da AS (e.g., Kimbrel, 2008; Morrison & Heimberg, 2013; Ollendick & Benoit, 2012; Wong & Rapee, 2015). Os fatores mais consensuais dizem respeito às predisposições genéticas, fatores neurobiológicos, fatores ligados ao temperamento, às experiências de vida negativas ou fatores ligados às relações pais/criança, às relações com os pares e fatores culturais (Wong & Rapee, 2016). Seguidamente iremos descrevê-los de uma forma mais pormenorizada.

a. Fatores genéticos e biológicos

As variáveis genéticas e biológicas parecem apresentar algum peso na etiologia da AS. Vários investigadores têm procurado genes candidatos a promotores de AS, com foco naqueles que se encontram associados à serotonina (5-HT) e às vias dopaminérgicas. Porém, apesar do vasto desenvolvimento nesta área de investigação, ainda não foram encontrados resultados consistentes que demonstrem conclusivamente a existência de genes específicos associados à AS (Knappe, Sasagawa & Creswell, 2015).

Por outro lado, estudos de neuroimagem têm destacado a amígdala e o córtex pré-frontal como as estruturas cerebrais mais fortemente relacionadas à AS (Fox & Kalin, 2014). Estas áreas cerebrais estão tipicamente associadas ao processamento emocional de estímulos e à ativação dos processos cognitivos superiores envolvidos na regulação da emoção e da resposta comportamental e, por isso, poderão ter uma forte implicação na AS (Detweiler, Comer, Crum & Albano, 2014).

b. Temperamento: Inibição Comportamental (IC)

Um dos fatores mais mencionados na literatura como fator etiológico e de manutenção da AS é o temperamento, nomeadamente a Inibição Comportamental (Chan, 2010). A IC representa uma tendência, biológica e duradoura, para apresentar angústia, medo, evasão e reticência perante situações, sociais e não sociais, desconhecidas (Kagan, Reznick & Snidman, 1987). A IC parece ser frequentemente identificada em alguns bebés

a partir dois anos de idade (Hirshfeld-Becker, Micco, Wang & Henin, 2014). O componente crítico da IC é a retirada comportamental e o evitamento, normalmente associados a respostas fisiológicas específicas (e.g. níveis mais altos de cortisol, aumento da frequência cardíaca, dilatação da pupila, e tensão muscular da laringe) (Rapee, 2002). Ainda que haja este denominador comum, a IC manifesta-se de diferentes formas de acordo com a idade. As crianças em idade pré-escolar reagem com hesitação, inibição de conversa espontânea e sorriso limitado em situações desconhecidas. Crianças em idade escolar manifestam extremo evitamento dos adultos e isolamento dos pares desconhecidos (Ollendick & Benoit, 2012).

Hirshfeld-Becker e colaboradores (2007) realizaram um estudo longitudinal com o intuito de compreender se a IC avaliada na idade pré-escolar estava associada ao surgimento de AS cinco anos depois. Para o efeito, foram avaliadas 215 crianças (67 com IC), com idades compreendidas entre os vinte e um meses e os seis anos. Concluíram que a IC é preditor da PAS, mas não de outros tipos de ansiedade.

Com o mesmo objetivo, Clauss e Blackford (2012) realizaram uma meta-análise na qual quantificaram a relação entre IC e o risco de desenvolver AS, tendo verificado que a IC está fortemente associada ao risco de AS, mesmo após controlar as diferenças metodológicas entre estudos. De acordo com os autores, a IC tende a ser estável, aumentando o risco de desenvolver AS (Clauss & Blackford, 2012; Hirshfeld-Becker et al., 2007), independentemente de os pais apresentarem ou não PAS. Por outro lado, uma pequena, mas significativa proporção de crianças identificadas como tendo IC não desenvolveu posteriormente AS (Clauss & Blackford, 2012). Neste contexto, é importante identificar quais os fatores que influenciam a estabilidade do IC e o seu desenvolvimento para AS, assim como reconhecer a presença de outras vias de desenvolvimento para a AS que possam não envolver a IC (Chan, 2010).

c. Fatores familiares: Psicopatologia na família e práticas parentais

O estudo da psicopatologia parental também tem vindo a ganhar destaque enquanto fator importante na compreensão do desenvolvimento emocional e mental das crianças. Alguns autores sugerem que filhos de pais com diagnóstico de PAS têm maior probabilidade de desenvolverem AS (Brook & Schmidt, 2008), não apenas por transmissão do material genético, mas essencialmente por modelagem do comportamento ansioso (Murray et al., 2008), uma vez que os pais podem fornecer informações sobre a

ameaça (Field, Lawson & Banerjee, 2008) ou estimular respostas de evitamento da ameaça (Barrett, Rapee, Dadds & Ryan, 1996).

Pais que apresentam ansiedade parecem apresentar estilos parentais menos seguros, mais restritivos e superprotetores (Lindhout et al., 2006). Determinados estilos parentais são considerados por alguns autores como fatores influentes na origem e desenvolvimento da AS (Chavira & Stein, 2005; Hudson & Rapee, 2000; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Rapee, 1997; Stark, Humphrey, Crook & Lewis, 1990). Estilos associados a uma forte superproteção, rigidez na aplicação das regras e controlo (Hudson & Rapee, 2001), crítica parental (Barrett, Fox & Farrell, 2005) e ansiedade parental (Biederman et al., 2001) são referidos na literatura como estilos inapropriados e que despoletam com maior frequência sintomatologia da PAS (Degnan, Henderson, Fox & Rubin, 2008).

Rubin, Burgess e Hastings (2002) realizaram um estudo longitudinal com 108 crianças da população geral para compreender de que forma o temperamento inibido e o estilo parental predizem os subseqüentes problemas sociais das crianças. Foi verificado que crianças com níveis mais elevados de IC aos dois anos e cujas mães apresentavam um estilo parental controlador e demasiado crítico apresentavam mais tarde, aos 4 anos, evitamento social. Estes resultados sugeriram também que os comportamentos maternos (intrusivo vs. enternecedor) parecem moderar a relação entre a inibição das crianças e o evitamento social na pré-escola (Rubin, Cheah & Fox, 2001). Kiel e Buss (2011) foram também avaliar uma amostra de 111 crianças, com dois anos, da população geral e observaram que quanto maior o nível de IC, maior a probabilidade dos pais revelarem comportamentos extremos de superproteção e maior a probabilidade das crianças desenvolverem evitamento social mais tarde. Além disso, grande parte dos modelos teóricos prevê uma relação de reciprocidade entre o comportamento de evitamento da criança e o controlo parental, o que por sua vez aumenta a ansiedade (Rubin, Coplan & Bowker, 2009). Consistente com esta proposta, temos como exemplo a timidez precoce que parece incitar o amparo parental (Edwards, Rapee & Kennedy, 2010). Estes estudos sugerem assim que estilos parentais podem influir na relação entre IC e AS da criança.

Pelo contrário, práticas parentais caracterizadas pela flexibilidade de regras, que usam estratégias de apoio à participação social e valorizam novas situações, com contenção afetiva e comportamental, aparecem associadas a crianças com comportamentos menos inibidos e mais socialmente adaptadas (Degnan, Almas & Fox, 2010; Hane, Fox, Henderson & Marshall, 2008).

Em síntese, a existência de um estilo parental ansioso, em relação ao mundo social tem sido associado ao aparecimento de AS nas crianças, marcado por respostas de medo face a estímulos exteriores ou por estratégias de enfrentamento pouco adaptativas (Creswell, Cooper & Murray, 2010). A superproteção e a existência de um sistema de regras muito rígido e controlador, parecem proporcionar uma baixa autonomia e insegurança, perante o meio que no seu conjunto parece reforçar o comportamento ansioso (Fisak & Grills-Taquechel, 2007).

d. Acontecimentos de vida negativos

Outro fator de risco para a AS são os acontecimentos de vida adversos como, por exemplo, o divórcio dos pais, uma mudança de escola, ser alvo constante de crítica, de *bullying*, entre outros (Bishop, Rosenstein, Bakelaar & Seedat, 2014; Rapee & Spence, 2004). Estes acontecimentos instalam uma pressão no desenvolvimento normativo da criança, podendo resultar no desenvolvimento de ansiedade patológica (Brook & Schmidt, 2008; Spence & Rapee, 2016). De acordo com Brook e Schmidt (2008), os eventos adversos que parecem potenciar o desenvolvimento de AS parecem depender do género sexual, na medida em que as meninas respondem mais negativamente à doença mental materna e abuso físico, enquanto os meninos reagem pior à falta de uma relação estreita e confiante com os pais.

e. Experiências com os pares

Também o contexto escolar se apresenta como um fator importante para o estudo da origem da AS (Blote, Miers, & Westenberg, 2015b). As situações mais temidas e evitadas por crianças e adolescentes com AS estão relacionadas com o contexto escolar (Blote, Miers, Heyne, & Westenberg, 2015a). Segundo Blote e colaboradores (2015b), os adolescentes com AS podem manifestar evitamento no relacionamento com colegas, bem como de tarefas de desempenho escolar. No mesmo sentido, Spence e Rapee (2016) sugeriram que as experiências escolares negativas, tais como provocações excessivas, críticas, intimidação, rejeição, ridicularização, humilhação ou exclusão por outros significantes, estão associadas ao desenvolvimento da AS.

f. Fatores culturais, socioeconômicos e religiosos

A integração numa determinada cultura requer a adesão a certas normas sociais. A desadequação face a determinadas normas sociais pode contribuir para o desenvolvimento de AS, dado que o sujeito que não se adapta passa a interpretar determinadas normas como uma ameaça (Heinrichs et al., 2006; Wong & Rapee, 2016).

Por outro lado, cada cultura define AS de forma diferente (Spence & Rapee, 2016). No estudo de Heinrichs e colaboradores (2006), em que 909 participantes de oito países avaliaram a aceitação social através da observação de imagens, verificou-se que os países coletivistas apresentaram maiores níveis de AS e um maior medo de ruborizar do que os países individualistas.

Existem também outros fatores que são apontados como predisponentes da AS como, por exemplo, o nível socioeconómico familiar e a religião (Chavira & Stein, 2005; Ollendick & Hirshfeld-Becker 2002). Autores como Karlsen, Clench-Aas, Van Roy e Raanaas (2014) observaram uma maior incidência de AS em pessoas com níveis de escolaridade e socioeconómicos mais baixos. Parece assim que a desigualdade social contribui para um aumento de problemas de saúde mental na infância. Por último, relativamente à religião, Davidson e Farquhar (2014) observaram que os indivíduos mais praticantes de religião, que fazem uma interpretação mais literal da Bíblia e que rezam com maior frequência têm maiores níveis de AS.

1.3. Fatores de Manutenção

Parece consensual a existência nos indivíduos com PAS, distorções cognitivas promotoras de uma resposta de ansiedade perante situações de avaliação social (Wong & Rapee, 2016). O processamento antecipatório e o processamento pós-evento, os comportamentos de evitamento e fuga, os vieses de atenção (atenção focada no *self* ou na ameaça externa), os comportamentos de segurança, os défices de desempenho e o evitamento cognitivo apresentam-se como os mais debatidos e referenciados na literatura como promotores de manutenção da AS (Wong & Rapee, 2016).

De acordo com o modelo cognitivo de Wong e Rapee (2016), um indivíduo com PAS, perante uma situação social, ativa processos cognitivos para detetar a ameaça (viés atencional direcionado para o *self* – e.g., detetar sinais internos ou cognições negativas

que indicam ameaça socio-avaliativa; detetar uma performance ou aparência e como pode ser observável pelos outros – e direcionados para o ambiente – e.g., detetar sinais de avaliação negativa do outro) e processos comportamentais para eliminar a ameaça (evitamento ou fuga da situação). Estes processos cognitivos primários (i.e., atenção ao *self* e ao ambiente social) suportam o desenvolvimento de processos cognitivos secundários que procuram detetar a ameaça antes e depois das situações sociais (processamento antecipatório e pós-evento). Por outro lado, sujeitos com PAS desenvolvem estratégias secundárias mais elaboradas para evitar as situações, como comportamentos de segurança e evitamento cognitivo. Nestas circunstâncias, a probabilidade de desenvolver défices no desempenho perante situações sociais aumenta, quer devido ao aumento da ansiedade quer devido à falta de recursos atencionais direcionados para um desempenho competente, uma vez que os recursos atencionais estão direcionados para a deteção da ameaça. O evitamento comportamental de situações sociais nos sujeitos com PAS acentua as limitações do seu desempenho social. Todos estes processos interagem num ciclo vicioso, aumentando o valor de ameaça atribuído às situações sociais e, conseqüentemente, mantêm a PAS.

Alguns autores têm vindo a referir que jovens com AS apresentam vieses cognitivos semelhantes aos observados nos adultos (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997) e que parecem estar envolvidos na manutenção da AS. Assim, à semelhança do que tem sido referido nos modelos cognitivos de PAS nos adultos, crianças com ansiedade exacerbada, comparativamente a crianças não ansiosas, tendem a apresentar expectativas mais negativas do seu desempenho antes e depois de determinadas tarefas sociais (Alfano, Beidel & Turner, 2006), níveis mais elevados de atenção focada no *self* (Blote, Miers, Heyne, Clark & Westenberg, 2014), cognições negativas durante a execução da tarefa social (Ranta, Tuomisto, Kaltiala-Heino, Rantanen, & Marttunen, 2014), processamento pré e pós evento mais adverso (Hodson, McManus, Clark, & Doll, 2008), maior probabilidade de interpretar negativamente situações sociais (Blote et al., 2014) e de desenvolver autoimagens distorcidas negativas (Schreiber & Steil, 2013).

Embora se faça classicamente uma distinção entre fatores etiológicos e de manutenção da AS, importa referir que a literatura atual confere a alguns destes fatores um estatuto duplo, ou seja, um mesmo fator pode ter tanto peso no surgimento dos sintomas de AS como na sua manutenção. Estudos recentes remetem para a existência de uma interação complexa entre fatores intraindividuais (processos genéticos, biológicos, cognitivos e capacidades sociais) e fatores ambientais (e.g. influências dos pais,

experiências sociais aversivas) na etiologia e manutenção da AS. Neste contexto, é fundamental examinar a interação entre estes fatores e perceber de que forma os mesmos contribuem para o risco de desenvolvimento da AS (Spence & Rapee, 2016).

1.4. Fatores parentais no desenvolvimento da AS e o papel moderador do género

Os fatores mais debatidos e que parecem contribuir para uma melhor explicação da AS são a IC da criança e fatores influência parental. De acordo com a perspectiva de Hudson, Dodd e Bovopoulos (2011), estes fatores são altamente associados entre si e determinantes para o desenvolvimento da AS na infância. Entre as variáveis de influência parental associadas à IC na explicação da AS, encontram-se a psicopatologia dos pais (Ollendick & Benoit, 2012), com especial ênfase na ansiedade materna (Biederman et al., 1993), a superproteção (Rubin, Nelson, Hastings & Asendorpf, 1999) e a crítica parental (Hirshfeld-Becker, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997).

Apesar de a literatura apontar para uma relação muito forte entre os comportamentos parentais e sintomas de ansiedade na criança (e.g., Ballash, Leyfer, Buckley & Woodruff-Borden, 2006), verificam-se diferentes níveis de ansiedade social na infância perante comportamentos parentais semelhantes (e.g., McLeod, Wood & Weisz, 2007). Para explicar estas variações, têm-se vindo a referir o papel moderador do género sexual dos progenitores e da criança nessa relação (Bögels & Perotti, 2011). Assim a literatura atual tem vindo a dar importância ao peso diferencial entre as variáveis maternas e paternas na ansiedade da criança (Pereira et al., 2013). Apesar dos estudos sobre a influência parental na AS da criança se focarem essencialmente no relato da mãe, por a considerarem mais importante no desenvolvimento da criança (Parke, 2002), os estudos onde foram avaliadas ambas as figuras parentais dão um maior contributo para a compreensão do fenómeno (Greco & Morris, 2002).

Por outro lado, também o género das crianças poderá ter um peso diferente no desenvolvimento da AS. De acordo com Rapee e Spence (2004), as meninas apresentam uma maior probabilidade de desenvolver AS, numa proporção de 3 para 2. Os autores referem que esta diferença se pode dever ao facto de as meninas serem encorajadas a adotar um papel de género cuja expressão de medo e evitamento de objetos e situações temidas são mais aceitáveis do ponto de vista social. Pelo contrário, os meninos são

encorajados a adotar um papel de confronto face a situações de medo e comportamentos de enfrentamento ativo (Palapattu, Kingery & Ginsburg, 2006).

Desta forma, o impacto de fatores de vulnerabilidade no desenvolvimento da AS, atendendo ao sexo da criança e dos pais, necessita de um estudo mais aprofundado para se perceber o peso que estas variáveis têm no desenvolvimento das crianças e a forma como interagem (Graham & Weems, 2015).

Bögels e Perotti (2011) verificaram que o comportamento paterno pode ter uma influência mais forte sobre a AS da criança do que o comportamento materno. No mesmo sentido, analisando a relação entre a superproteção parental e os níveis de ansiedade dos pais e das crianças, Bögels e van Melick (2004) verificaram que enquanto a superproteção paterna se encontra correlacionada com a ansiedade da criança, a superproteção materna se encontra associada à própria ansiedade da progenitora. Em contraste, outros autores apresentaram evidências para uma relação entre ansiedade social materna e a ansiedade da criança, mas nenhuma relação significativa entre a ansiedade social paterna e a da criança (Lazarus et al., 2016). De destacar ainda os resultados apresentados por Pereira e colaboradores (2013) que sugeriram estarem as variáveis parentais diferentemente associadas à ansiedade social da criança: no seu estudo; o traço de ansiedade das mães foi a única variável com um efeito positivo significativo sobre a ansiedade da criança após o controlo de outros fatores parentais, o que vai ao encontro de outros resultados recentes (Graham & Weems, 2015).

Em síntese, enquanto alguns autores sugerem que as variáveis referentes ao pai influenciam de forma mais significativa no desenvolvimento de AS na criança (Bögels & Perotti, 2011), outros referem que as variáveis respeitantes à mãe são mais dominantes nesse processo (Hudson, et al., 2011). Além disso, a associação entre a superproteção parental e a ansiedade social da criança demonstrou-se mais forte em estudos que incluem progenitores do sexo masculino do que estudos que apenas incluem a mãe (Verhoeven, Bögels & Bruggen, 2012). Posto isto, constata-se que, apesar de existirem evidências empíricas acerca da importância diferencial do género dos pais no desenvolvimento da ansiedade da criança, os estudos são escassos não têm sido consensuais (Verhoeven et al., 2012).

Estas inconsistências podem ser eventualmente atribuídas à falta de controlo de variáveis importantes na relação progenitores-filhos, sendo uma delas o género sexual da criança. Na verdade, o género tem sido destacado como um possível moderador na relação entre fatores parentais e a ansiedade da criança (Verhoeven et al., 2012). Por exemplo,

Van der Bruggen, Stams e Bögels (2008) encontraram uma associação positiva entre a superproteção parental e a ansiedade social da criança quando se tratava de meninas, embora isso não se tenha verificado no caso dos meninos.

Num estudo mais recente, também Graham e Weems (2015) verificaram a que a ansiedade parental se associa positivamente com a ansiedade social das meninas, mas negativamente com a ansiedade dos meninos. Esta diferença entre meninos e meninas foi atribuída a fatores relacionados com a modelagem do comportamento do progenitor do mesmo sexo: as meninas estariam mais atentas aos comportamentos das suas mães, enquanto os meninos estariam mais atentos aos comportamentos dos seus pais. Desta forma, a associação negativa relativa aos meninos poderia dever-se ao facto de apenas 7,2% dos progenitores da amostra serem do sexo masculino.

Resultados semelhantes foram observados num estudo conduzido por Gerull e Rapee (2002) com crianças mais novas e a quem foi apresentado um brinquedo ameaçador (e.g. aranha). Quando as mães demonstraram uma expressão negativa perante o brinquedo, as meninas demonstravam mais medo do que os rapazes. Estes resultados levaram os autores a concluir que as raparigas poderão concentrar-se mais na reatividade da mãe em situações de medo ou que interpretem e codifiquem a informação de maneira diferente dos meninos.

2. Objetivos

Apesar de existirem evidências empíricas sugestivas de uma forte relação entre os fatores parentais e o desenvolvimento da ansiedade social das crianças, os estudos são relativamente escassos e por vezes inconsistentes. Estas inconsistências podem ser atribuíveis a diferenças metodológicas entre estudos, tanto ao nível das populações estudadas (por exemplo, o uso de amostras clínicas e não clínicas, ou recorrendo a diferentes faixas etárias), como ao nível das técnicas de medida utilizadas (por exemplo questionários vs. tarefas de observação) (Verhoeven et al., 2012). Outro fator que pode explicar a heterogeneidade de resultados remete para as diferenças de género, tanto dos progenitores quanto dos filhos, cujo efeito sobre o desenvolvimento da ansiedade social está ainda pouco estudado (Bakhla et al., 2013).

Neste contexto, tivemos como principal objetivo perceber de que forma variáveis de influência parental (nomeadamente o temperamento inibido dos pais, os seus níveis de ansiedade social e a superproteção parental) e variáveis da criança (temperamento inibido) se relacionam com os níveis de ansiedade social da criança entre os 2 e os 6 anos, tendo em conta o género sexual tanto filhos como dos progenitores.

Considerando os resultados inventariados na literatura revista, propôs-se um modelo estrutural inicial que integra a influência dessas diferentes variáveis (Figura 1) e que contempla as seguintes hipóteses:

H1: O nível de ansiedade social da criança associa-se positivamente...

- a. ... ao temperamento inibido da criança;
- b. ... ao nível de ansiedade social dos progenitores;
- c. ... ao grau de superproteção parental.

H2: O grau de superproteção parental medeia parcialmente o efeito...

- a. ... da ansiedade parental sobre o nível de ansiedade social da criança;
- b. ... do temperamento inibido da criança sobre o seu nível e ansiedade social.

H3: Atendendo ao carácter biológico do temperamento, o temperamento inibido das crianças associa-se positivamente ao temperamento inibido dos progenitores.

H4: A intensidade da associação entre as variáveis descritas no modelo é influenciada tanto pelo género sexual dos progenitores como pelo género da criança.

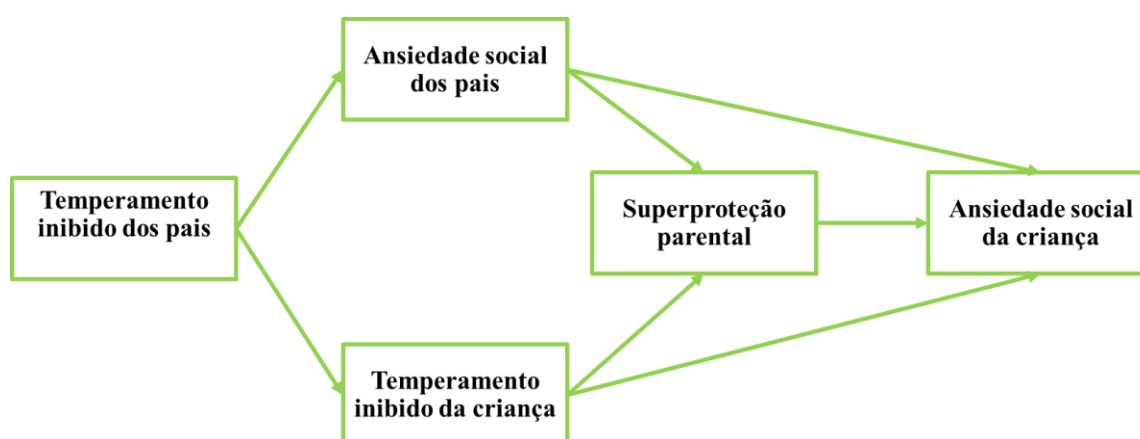


Figura 1. Modelo estrutural em estudo

3. Metodologia

3.1. Participantes

Neste estudo foram avaliadas 316 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos (média etária \pm desvio-padrão: 4,1 \pm 1,0 anos), das quais 154 eram do sexo feminino e 162 do sexo masculino. Nesta avaliação colaboraram 303 mães, com uma média de idades de 36,0 anos (\pm 5,49) e 238 pais com uma média de idades de 38,3 anos (\pm 6,02). Relativamente à escolaridade, a maioria dos progenitores tinha uma licenciatura (mãe: 35,6%; pai: 29,4%) ou o 12º ano concluído (mãe: 30,7%; pai: 28,6%). As crianças frequentavam creches/jardins-de-infância do ensino público e privado do concelho de Faro, tendo as famílias sido recrutadas para o estudo através destas instituições.

Como fator de exclusão foi considerada a existência de história prévia de lesão cerebral ou patologia psiquiátrica diagnosticada na criança. Excluíram-se ainda participantes que tivessem deixado por preencher mais de 20% dos itens de algum dos questionários; este critério conduziu à exclusão de 42 dos 358 participantes iniciais.

3.2. Instrumentos

Para a execução deste estudo foram selecionados vários instrumentos: Questionário de características sociodemográficas da criança e da família (crianças e pais), com o objetivo de recolha de informação sociodemográfica e da história individual da criança; *Adult Measure of Behavioral Inhibition (AMBI)* – Escala de Inibição Comportamental no Adulto (Gladstone & Parker, 2005), para avaliar o comportamento inibitório (BI) dos progenitores da criança; *Parental Overprotection Measure (POM)* – Medida de Superproteção Parental (Edwards, Rapee, & Kennedy, 2008), com o intuito de avaliar os comportamentos parentais face à exposição dos seus filhos a situações de risco; Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (AESDIS; Liebowitz 1987; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003), com o objetivo de avaliar o nível de ansiedade social e de evitamento nos adultos; *Preschool Anxiety Scale (PAS)* – Escala de Ansiedade Pré-escolar (Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001), para avaliar o nível de sintomas de ansiedade nas crianças; e o *The Behavioral Inhibition Questionnaire (BIQ)* – Questionário de Inibição

Comportamental (Bishop, Spence & Mcdonald, 2003), com o intuito de avaliar nível de inibição comportamental nas crianças. À exceção do AESDIS e do PAS, todos os instrumentos foram adaptados para português, especificamente para este estudo (para uma descrição mais detalhada dos instrumentos e das suas qualidades métricas, consultar o Anexo A).

3.3. Procedimento

A amostra foi selecionada através de uma técnica não probabilística (amostragem intencional por conveniência), uma vez que o critério de pré-seleção dos participantes consistiu em avaliar crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos frequentando as instituições contactadas e cujos progenitores se disponibilizassem para participar no estudo.

A recolha de dados decorreu entre os meses de janeiro de 2016 a maio de 2017 nas pré-escolas do concelho de Faro. Previamente à recolha de dados, foram realizados os respetivos pedidos de autorização e colaboração. Para garantir a exequibilidade da investigação, uma vez que a amostra iria ser recolhida em escolas da rede do ensino público e privado, pediu-se a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e, posteriormente, a autorização da Direção Geral da Educação (DGE), através da Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME).

No momento seguinte, contactaram-se pessoalmente as diretoras e/ou educadoras infantis das instituições às quais foi entregue um documento (Anexo B), no sentido de serem informadas dos propósitos e procedimentos da investigação, assim como a informação que se iria salvaguardar o anonimato e confidencialidade. Pontualmente, foram realizadas reuniões adicionais com as educadoras para o esclarecimento de eventuais questões acerca do processo.

Para cada criança foram entregues questionários aos pais. Os respetivos questionários foram entregues num envelope selado de forma a garantir a confidencialidade dos dados. Cada envelope continha a descrição do estudo (Anexo C), o pedido de consentimento informado (Anexo D), um questionário sociodemográfico (Anexo E) e os questionários de avaliação (Anexos F a H). Foram entregues um total de 1360 questionários resultando numa taxa de retorno de 23.3%.

3.4. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences, versão 22.0)* e ao *software AMOS (Analysis of Moments Structures, versão 18.0)*.

O *SPSS* foi utilizado para averiguar a existência de *missing values* e *outliers* na base de dados, bem como à verificação das condições de viabilidade das análises a realizar no *AMOS*. A análise de modelos estruturais pelo *AMOS* exige a inexistência de *missings* nas medidas utilizadas. Por isso, num primeiro momento, procedeu-se à identificação e eliminação dos participantes que apresentavam valores omissos nas respostas aos instrumentos. Num segundo momento avaliou-se a presença de *outliers* através da análise dos gráficos de dispersão com recurso ao programa *SPSS*, sendo os mesmos corrigidos pela técnica de winsorização a 95%. A normalidade da distribuição das variáveis a incluir no modelo foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (*Sk*) e a curtose (*Ku*) uni- e multivariada (Anexo I), não tendo nenhuma delas apresentado coeficientes indicadores de violação severa à normalidade ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$; Marôco, 2014). Finalmente, avaliou-se a multicolinearidade das variáveis recorrendo à estatística VIF_i , tal como recomendado por Marôco (2014); não se verificaram valores de multicolinearidade problemáticos, tanto na amostra total como nos subgrupos definidos por género.

A validação do modelo estrutural proposto (Figura 1) recorreu ao *AMOS*, permitindo testar os efeitos de mediação previstos nas hipóteses. Foi ainda realizada uma análise multigrupos com o objetivo de identificar diferenças entre meninos e meninas no que respeita à influência das variáveis parentais nos níveis de ansiedade social das crianças. Nesta análise, comparou-se o modelo estrutural base (*unconstrained model*, em que não são impostos constrangimentos entre os géneros, ou seja, os parâmetros podem variar entre os grupos) com o modelo estrutural constrangido (*constrained model*, em que se exige que os parâmetros expressando relações entre constructos sejam iguais para ambos os grupos). Para a realização da análise dos modelos estruturais, as variáveis foram previamente padronizadas (pontuação *Z*).

Para avaliar o ajuste dos modelos em teste, seguiu-se a recomendação de Hu e Bentler (1999), tendo-se utilizado o *CFI (Comparative Fit Index)*, para o qual os valores de $\geq .90$ indicam um ajustamento adequado entre o modelo e dados, o *RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)*, para o qual valores menores ou iguais a 0.05 indicam um bom ajuste, e os valores de ≤ 0.08 representa um ajuste razoável, e o quociente

CMIN/DF, que consiste na razão entre X^2 e os respetivos graus de liberdade, considerando-se um bom ajuste quando o seu valor não excede 5. Após verificar o ajuste, estimaram-se os coeficientes de regressão, o que permitiu testar as relações hipotetizadas entre os constructos.

Recorreu-se ainda a análises de regressão para testar efeitos de mediação, sendo significância dos efeitos indiretos avaliada através de teste de Sobel.

4. Resultados

Primeiramente, procedeu-se a uma análise descritiva das medidas em estudo, incluindo o relato da sua fiabilidade. Seguidamente, apresentam-se os resultados do teste dos modelos estruturais propostos.

4.1. Estatística Descritiva e Correlações

Na tabela 1 estão representadas as médias e desvios padrão das medidas avaliadas neste estudo. A fiabilidade foi avaliada pelo índice *Alpha de Cronbach* (α), que sugere um nível aceitável de consistente interna para as medidas de todos os constructos em estudo, à exceção da medida do temperamento dos pais (questionário *AMBI*), que apresenta valores ligeiramente abaixo do aceitável, nomeadamente $\alpha = 0,63$ para a Mãe e $\alpha = 0,69$ para o Pai.

Foi feita uma comparação de médias atendendo ao género das crianças (Tabela 1), com o objetivo de identificar eventuais diferenças sistemáticas entre géneros nas variáveis do estudo. No que respeita à caracterização da criança (ansiedade social e inibição), as diferenças entre géneros são sempre reduzidas (d de Cohen $< 0,20$) e nunca alcançam significância estatística. Por outro lado, os níveis de superproteção (tanto relatados pelos pais como relatados pelas mães) parecem ser equivalentes para crianças do sexo masculino e do sexo feminino. Finalmente, a caracterização dos progenitores (ansiedade social e inibição) é semelhante quer o filho seja rapaz quer seja rapariga, e isto para ambos os progenitores.

Tabela 1Caraterização das medidas e comparação de médias entre sexos (*t-test*)

		Alfa de Cronbach α	Geral Média \pm DP	Meninas Média \pm DP	Meninos Média \pm DP	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
Progenitores								
<i>A Social</i> (1-4)	<i>Mãe</i>	0,96	2,06 \pm 0,48	2,05 \pm 0,45	2,07 \pm 0,50	-0,43	0,67	0,04
	<i>Pai</i>	0,96	1,83 \pm 0,44	1,83 \pm 0,45	1,84 \pm 0,43	-0,16	0,87	0,02
<i>Inibição</i> (0-2)	<i>Mãe</i>	0,63	1,08 \pm 0,29	1,08 \pm 0,28	1,09 \pm 0,30	-0,23	0,82	0,03
	<i>Pai</i>	0,69	1,14 \pm 0,27	1,17 \pm 0,28	1,12 \pm 0,26	1,37	0,17	0,19
<i>Superproteção</i> (0-4)	<i>Mãe</i>	0,92	2,11 \pm 0,75	2,04 \pm 0,74	2,17 \pm 0,75	-1,55	0,12	0,17
	<i>Pai</i>	0,92	2,09 \pm 0,77	2,03 \pm 0,75	2,14 \pm 0,80	-1,18	0,24	0,14
Criança								
<i>A Social</i> (0-4)		0,74	1,12 \pm 0,63	1,18 \pm 0,60	1,06 \pm 0,66	1,71	0,09	0,19
<i>Inibição</i> (1-7)	<i>Soc.</i>	0,87	3,39 \pm 0,98	3,47 \pm 0,94	3,32 \pm 1,01	1,32	0,19	0,15
	<i>Sit.</i>	0,86	3,17 \pm 0,86	3,15 \pm 0,80	3,19 \pm 0,92	-0,38	0,70	0,05
	<i>Total</i>	0,91	3,36 \pm 0,76	3,38 \pm 0,73	3,34 \pm 0,79	0,51	0,61	0,05

Nota. Progenitores. A Social: AESDIS (Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social); Inibição: AMBI (Escala de Inibição Comportamental no Adulto); Superproteção: POM (Medida de Superproteção parental); Criança. A Social: PAS (subescala de ansiedade social da Escala de Ansiedade Pré-escola); Inibição: BIQ (Questionário de Inibição Comportamental).

Tabela 2Correlação (r) entre as medidas das crianças e dos progenitores atendendo ao género

	Mãe			Pai		
	Inibição	A Social	Superproteção	Inibição	A Social	Superproteção
Mãe						
<i>Inibição</i>	--	-0,531**	-0,374**	0,374**	-0,298**	-0,094
<i>A Social</i>		--	0,354**	-0,258**	0,412**	0,177**
<i>Superproteção</i>			--	-0,224**	0,231**	0,459**
Pai						
<i>Inibição</i>				--	-0,408**	-0,210**
<i>A Social</i>					--	0,274**
<i>Superproteção</i>						--
Crianças						
<i>A Social</i>	-0,253**	0,353**	0,252**	-0,128*	0,188**	0,178**
<i>Soc.</i>	-0,231**	0,260**	0,177**	-0,163**	0,177**	0,086
<i>Inibição</i>						
<i>Sit.</i>	-0,274**	0,283**	0,214**	-0,140*	0,169**	0,116
<i>Total</i>	-0,241**	0,249**	0,153**	-0,164**	0,174**	0,094
Meninas						
<i>A Social</i>	-0,235**	0,379**	0,235**	-0,168	0,167	0,100
<i>Soc.</i>	-0,162*	0,270**	0,077	-0,178*	0,148	0,154
<i>Inibição</i>						
<i>Sit.</i>	-0,293**	0,301**	0,205*	-0,268**	0,219*	0,191*
<i>Total</i>	-0,229**	0,275**	0,141	-0,279**	0,197*	0,150
Meninos						
<i>A Social</i>	-0,269**	0,341**	0,289**	-0,119	0,219*	0,262**
<i>Soc.</i>	-0,290**	0,259**	0,135	-0,166	0,209*	0,042
<i>Inibição</i>						
<i>Sit.</i>	-0,259**	0,270**	0,222**	-0,013	0,128	0,062
<i>Total</i>	-0,252**	0,231**	0,173*	-0,070	0,156	0,051

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Calcularam-se também as correlações entre as variáveis dos progenitores e das crianças atendendo ao género (Tabela 2). Observaram-se correlações significativas em quase todas as variáveis, sobretudo nas medidas referentes à Mãe. Apenas não se verificaram resultados significativos na relação entre a superproteção do progenitor masculino e a inibição da criança ($p > 0,08$). No geral, as correlações são de magnitude reduzida ($0,2 < r < 0,3$).

4.2. Modelo de Equações Estruturais

De acordo com o modelo em estudo (Figura 1), o nível de ansiedade social da criança deverá ser influenciado, por um lado, pela ansiedade social dos progenitores e

pela superproteção e, por outro lado, pelo temperamento inibido da criança. Neste modelo ignorou-se o contributo do temperamento inibido do adulto, uma vez esse contributo seria sempre mediado pela ansiedade social dos progenitores e pelo temperamento inibido da criança.

O objetivo da análise é caracterizar a relação entre estas variáveis quando se leva em conta tanto o sexo dos progenitores como o sexo da criança. Uma vez que não foi possível obter o relato parental de ambos os progenitores para todas as crianças, foram feitos analisados separadamente os modelos para a Mãe e para o Pai.

A Tabela 3 apresenta os coeficientes estruturais padronizados para cada um dos quatro modelos testados (efeito das variáveis maternas para crianças do sexo feminino; efeito das variáveis maternas para crianças do sexo masculino; efeito das variáveis paternas para crianças do sexo feminino; efeito das variáveis paternas para crianças do sexo masculino).

Verificou-se que o contributo das variáveis que influenciam a AS nas crianças é maior no caso das meninas, independentemente dos preditores serem referentes à Mãe ou ao Pai ($R^2 = 0,44$ e $0,36$, respetivamente), embora o modelo da mãe apresente um maior contributo. Já nos meninos, não existem diferenças assinaláveis no contributo explicativo das variáveis maternas ou paternas ($R^2 = 0,34$ para ambos os modelos). Relativamente ao contributo específico de cada variável, a inibição comportamental da criança parece ser o principal preditor da ansiedade social, independentemente do sexo da criança e dos progenitores.

Tabela 3

Resultados do modelo de regressão múltipla (coeficientes padronizados)

Variáveis	Modelo Mãe ($n = 147$; $n = 156$)		Modelo Pai ($n = 120$; $n = 118$)	
	β	p	β	p
Meninas				
<i>AS Pais → AS Criança</i>	0,21	0,004	0,03	0,680
<i>Superproteção → AS Criança</i>	0,05	0,486	-0,02	0,778
<i>Inibição → AS Criança</i>	0,56	0,000	0,62	0,000
<i>AS Pais → Superproteção</i>	0,49	0,000	0,16	0,062
<i>Inibição → Superproteção</i>	-0,00	0,966	0,16	0,088
R^2	0,442		0,360	
Meninos				
<i>AS Pais → AS Criança</i>	0,20	0,005	-0,01	0,928
<i>Superproteção → AS Criança</i>	0,18	0,016	0,27	0,001
<i>Inibição → AS Criança</i>	0,43	0,000	0,48	0,000
<i>AS Pais → Superproteção</i>	0,22	0,003	0,36	0,000
<i>Inibição → Superproteção</i>	0,12	0,117	0,01	0,914
R^2	0,339		0,335	

No modelo referente à Mãe, a AS da progenitora tem um contributo significativo direto para a AS da criança ($\beta \approx 0,20$, independentemente do sexo) e também para o nível de superproteção, embora nesse caso tenha maior impacto na superproteção das meninas ($\beta = 0,49$ versus $\beta = 0,22$ nos meninos).

No modelo do Pai, a AS do progenitor não tem efeito direto significativo sobre a AS da criança, mas parece ter um contributo relevante para a superproteção dos meninos ($\beta = 0,36$) mas menos marcado do que para a superproteção das meninas ($\beta = 0,16$, marginalmente significativo).

No que se refere ao efeito da superproteção, verifica-se que, quer provenha do pai quer provenha da mãe, essa superproteção não afeta a AS das meninas de forma significativa; pelo contrário, a superproteção dos meninos parece associar-se positivamente à AS, tanto quando ela se origina no Pai ($\beta = 0,27$) como na Mãe ($\beta = 0,18$).

Finalmente, o impacto da inibição da criança nos seus níveis de AS é elevado nas meninas ($\beta \approx 0,6$) e menos marcado nos meninos ($\beta \approx 0,4$).

Tendo-se encontrado diferenças do contributo parental nos níveis de ansiedade da criança, dependendo se esta é do sexo masculino ou feminino, procedeu-se a uma análise multigrupos para testar o efeito moderador do sexo da criança nessas relações (tabela 4).

Tabela 4

Resultados da análise multigrupos

Medidas de ajustamento	Critérios*	Modelo Mãe		Modelo Pai		
		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 1	Modelo 2	
Chi-square (χ^2)	X^2	9,527	4,514	11,826	5,516	
	gl	5	4	5	4	
	p	0,090	0,341	0,037	0,238	
	X^2/gl	< 5	1,905	1,129	2,365	1,379
Medidas absolutas de ajustamento	GFI	> 0,9	0,985	0,993	0,976	0,989
	RMSEA	< 0,1	0,055	0,021	0,076	0,040
Medidas incrementais de ajustamento	NFI	> 0,9	0,956	0,979	0,909	0,958
	TLI	Próximo de 1	0,947	0,993	0,861	0,961
	CFI	> 0,9	0,978	0,998	0,942	0,987

Nota. **Modelo 1:** modelo de homogeneidade (restrição de igualdade dos coeficientes de regressão entre grupos); **Modelo 2:** modelo final apenas com algumas restrições de igualdade entre grupos

* Critérios definidos de acordo com Marôco (2014)

Modelo da Mãe

Num primeiro momento assumiu-se que não existiriam diferenças entre sexos, forçando assim a que o contributo das variáveis sobre a AS da criança fosse o mesmo para meninos e meninas (modelo de homogeneidade). Verificou-se que esta restrição de igualdade dos coeficientes estruturais tornou o modelo marginalmente ajustado ($X^2(5) = 9,527$; $p = 0,090$). Ainda assim, optou-se por proceder à libertação progressiva de algumas restrições do modelo de homogeneidade, permitindo que alguns coeficientes de regressão pudessem variar entre sexos, ao mesmo tempo que era feita uma análise de ajustamento em cada passo.

Verificou-se assim que, ao libertar o caminho *AS Pais* → *Superproteção*, se observa um melhor ajustamento do modelo ($X^2(4) = 4,514$, $p = 0,341$; diferença entre Modelo 1 e Modelo 2: $\Delta X^2(1) = 5,013$, $p = 0,025$). Todas as restantes relações, ao serem libertadas da restrição de homogeneidade, não permitem chegar a um ajustamento satisfatório (tabela 5).

Tabela 5

Diferença das estatísticas X^2 entre o Modelo de Pesos Fixos e o Modelo de Libertação de Restrições

Relações libertadas	X^2	gl	p	ΔX^2	p
<i>AS pais</i> → <i>AS criança</i>	9,527	4	0,049	0	0
<i>Superproteção</i> → <i>AS criança</i>	8,245	4	0,083	1,282	0,034
<i>Inibição</i> → <i>AS criança</i>	8,083	4	0,089	1,444	0,006
<i>AS pais</i> → <i>Superproteção</i>	4,514	4	0,341	5,013	0,025
<i>Inibição</i> → <i>Superproteção</i>	9,259	4	0,055	0,268	0,286

O modelo final obtido encontra-se representado na figura 2.

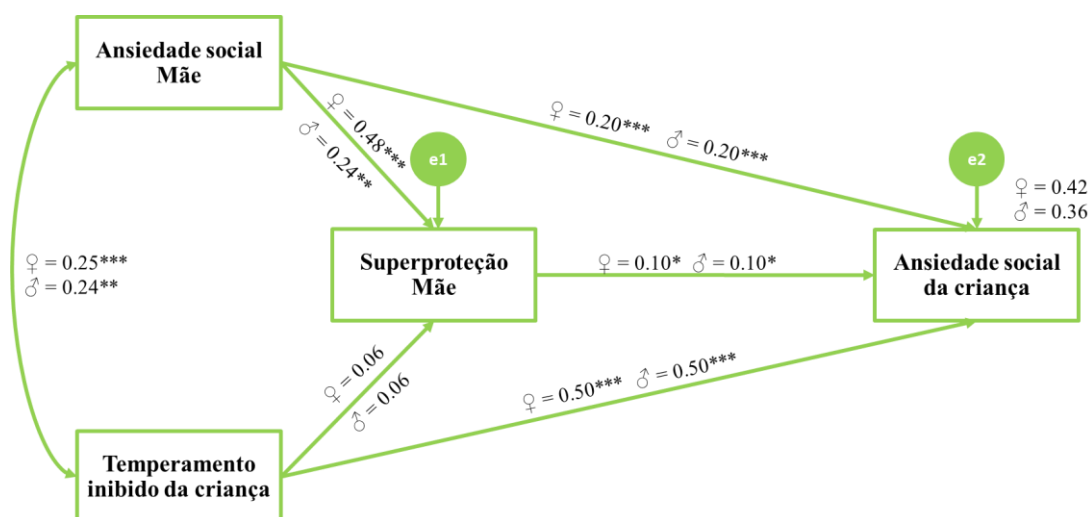


Figura 2. Resultados não estandardizados do Modelo Final da Mãe

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

O modelo ajustado explica 42% da variabilidade da variável AS das meninas e 36% da variabilidade da variável AS dos meninos. Apenas a trajetória *Inibição* → *Superproteção* ($b = 0,06$; $SE=0,055$, $Z = 1,12$; $p = 0,265$) não se revelou estatisticamente significativa. Comparando os sexos, verificou-se um peso igual em todas as variáveis com exceção da trajetória *AS Mãe* → *Superproteção* que, apesar de ter um peso significativo para ambos os sexos, revelou-se maior para as meninas ($\text{♀ } b = 0,475$; $SE = 0,079$, $Z = 6,03$; $p < 0,001$; $\text{♂ } b = 0,236$; $SE = 0,074$, $Z = 3,20$; $p = 0,001$).

Uma análise mais detalhada do efeito da AS da Mãe sobre a AS da criança revela um efeito total de 0,23, um efeito direto de 0,20 e um efeito indireto, mediado de forma significativa pela superproteção (0,036; teste de Sobel: $z = 2,75$; $p = 0,006$), representando 25% do efeito total e sugerindo assim uma mediação parcial. No entanto, ao analisar essa mediação separadamente por sexos, verifica-se que somente no caso das meninas o efeito indireto é significativo (0,050; teste de Sobel: $z = 2,02$; $p = 0,043$), representando 20% do efeito total da AS da Mãe sobre a AS da filha. O efeito mediado da AS da progenitora sobre a AS do filho representa apenas 11% e é marginalmente significativo (0,024; teste de Sobel: $z = 1,78$; $p = 0,075$).

Foi ainda realizada uma análise de mediação, tendo em conta a *Inibição* da criança, mas não se obtiveram resultados significativos.

Modelo Pai

Para o Modelo do Pai foi também feita uma análise multigrupos impondo-se a restrição de igualdade dos coeficientes de regressão entre meninos e meninas. Verificou-se que o modelo de homogeneidade não se ajusta aos dados ($X^2(5) = 11,826$, $p = 0,037$; ver Tabela 4). Este resultado suporta a ideia de que o contributo das variáveis varia de acordo com o sexo da criança. Num segundo momento da análise, procedeu-se à libertação progressiva de algumas restrições, permitindo que alguns coeficientes de regressão pudessem variar entre sexos. Verificou-se ser suficiente libertar o caminho *Superproteção* → *AS Criança* ($X^2(4) = 5,516$, $p = 0,238$; diferença entre Modelo 1 e Modelo 2: $\Delta X^2(1) = 6,31$, $p = 0,012$). Todas as restantes relações, ao serem libertadas da restrição de homogeneidade, não permitem chegar a um ajustamento significativo ($p < 0,045$).

O modelo final obtido para o progenitor masculino encontra-se representado na figura 3.

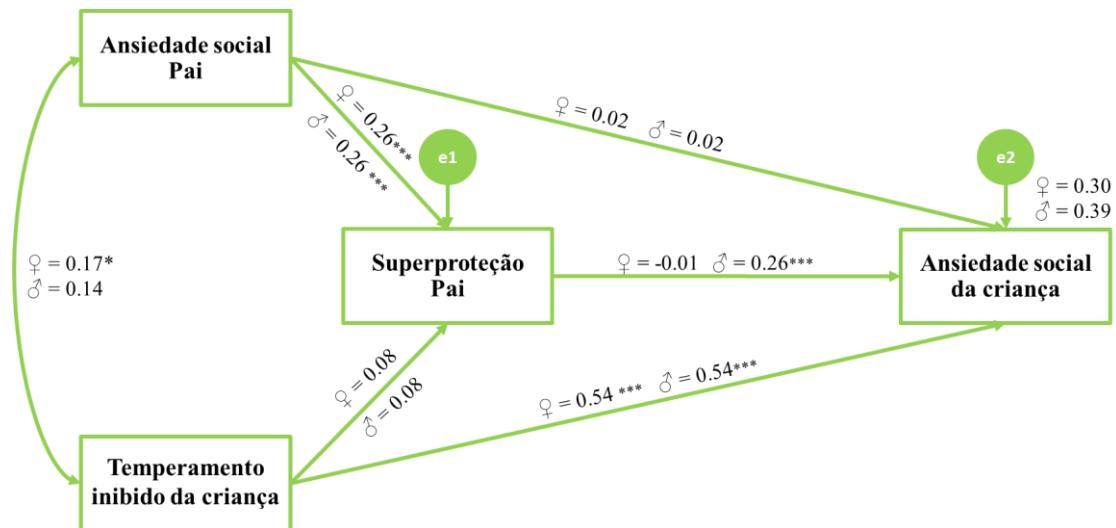


Figura 3. Resultados não estandardizados do Modelo Final do Pai

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

O modelo ajustado explica 30% da variabilidade da AS das meninas e 39% da variabilidade da AS dos meninos. As trajetórias *AS pais* → *AS criança* ($b = 0,017$, $SE = 0,054$; $Z = 0,310$, $p = 0,757$) e *Inibição* → *Superproteção* ($b = 0,077$, $SE = 0,063$; $Z = 1,212$, $p = 0,225$) não se revelaram estatisticamente significativas. Comparando os sexos, verificou-se um peso igual e significativo em todas as restantes variáveis com exceção da trajetória *Superproteção* → *AS criança* que apenas teve um peso significativo para os meninos (♀ $b = -0,005$, $SE = 0,074$; $Z = -0,072$, $p = 0,942$; ♂ $b = 0,261$, $SE = 0,078$; $Z = 3,347$, $p < 0,001$).

Uma análise detalhada do efeito da AS do pai sobre a AS da criança revela que o efeito total é reduzido (0,06), com um efeito direto de 0,02 e um efeito indireto, mediado pela superproteção, de 0,034 (60%; teste de Sobel: $z = 2,16$; $p = 0,03$). No entanto, constatou-se que esta mediação é apenas significativa no caso dos meninos (0,061; teste de Sobel: $z = 2,59$; $p = 0,010$), indicando que 80% do efeito da AS parental sobre a AS do menino é mediado pela superproteção do pai. No caso das meninas, o efeito indireto é nulo (teste de Sobel: $z = -0,07$; $p = 0,946$).

Foi ainda realizada uma análise de mediação, tendo em conta a Inibição da criança, mas não se obtiveram resultados significativos.

5. Discussão

A AS é descrita como uma perturbação muito frequente em crianças e na adolescência (Beesdo et al., 2007). Tendo em conta a hipótese do surgimento precoce da AS e do seu elevado impacto no processo de desenvolvimento da criança (i.e., na adequação aos contextos educativos, no desempenho académico e relacional) (Shamir-Essakow, Ungerer & Rapee, 2005), torna-se fundamental identificar os preditores da AS em idades pré-escolares por forma a implementar estratégias de intervenção adequadas que minorem o seu impacto ou evitem o seu aparecimento (Almeida & Viana, 2013).

Para possibilitar uma prática clínica baseada na prevenção, importa conhecer os principais determinantes para a AS na infância. Ainda que alguns autores tenham afirmado previamente o forte papel do temperamento inibido e das práticas parentais ansiosas e superprotetoras como principais indutores de AS (Hudson et al., 2011), esta proposta não tem recebido apoio empírico inequívoco. Uma das razões plausíveis para estas inconsistências poderia residir na influência do género parental e do género da criança (Bögels & Phares, 2008; Graham & Weems, 2015). Assim, o objetivo deste estudo foi compreender se o contributo do temperamento inibido da criança e das práticas parentais para o desenvolvimento da AS nas crianças depende do género, quer dos pais quer dos filhos.

A primeira hipótese (**H1**) expressava o contributo positivo das variáveis parentais (ansiedade social e superproteção) e do temperamento inibido da criança sobre o seu nível de ansiedade social. No que respeita ao **temperamento inibido** da criança (**H1a**), a hipótese foi corroborada, uma vez que em ambos os modelos (Mãe e Pai) se verificou a existência de uma relação positiva direta, moderada ($\beta \approx .50$) e significativa entre a IC na criança e a sua AS, independentemente do sexo da criança. A literatura mais recente vem ao encontro dos nossos resultados, verificando uma associação forte e única entre a IC e a AS. Assim, acredita-se que a IC seja um precursor necessário para o desenvolvimento da AS (Chan, 2010; Fox & Pine, 2012; Hudson et al., 2011). Um outro estudo veio corroborar os resultados supracitados, demonstrando que 15% a 20% das crianças que apresentam desde o nascimento IC desenvolverão AS (Clauss & Blackford, 2012). Ainda no mesmo sentido, foi desenvolvido um estudo recente conduzido por Muris, Hendricks e Bot (2016), numa amostra não-clínica de crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, tendo sido verificada uma relação positiva entre IC e sintomas de AS.

No que respeita à hipótese **H1b**, postulámos que o nível de AS dos progenitores influenciaria de forma direta e positiva o nível de AS da criança. Esta hipótese verificou-se apenas para a progenitora feminina: o nível de ansiedade das Mães associa-se de forma positiva e significativa no nível de ansiedade da criança, independentemente do seu sexo, mas trata-se de uma influência com impacto relativamente reduzido ($\beta \approx .20$). No caso do progenitor masculino este impacto é não significativo, tanto sobre a ansiedade social das meninas como dos meninos ($\beta \approx .02$). A influência parental tem sido uma variável muitas vezes associada à AS na infância (Rosenbaum et al., 2000), sobretudo no que se refere à **AS dos pais** (Spence & Rapee, 2016). Fisak e Grills-Taquechel (2007) demonstraram que a comunicação parental ansiosa pode ter um impacto particularmente elevado na forma como uma criança interpreta várias situações e estímulos (e.g. situações sociais, animais estranhos e físicas atividades). No mesmo sentido, Alfano e colaboradores (2006) e Fisak e Grills-Taquechel (2007) recorreram a estudos observacionais para explorar a associação entre modelagem parental de comportamentos ansiosos e a AS infantil. De acordo com estes autores, a ansiedade pode ser "transmitida" dentro da família. Os pais (ou cuidadores primários) são quem mais transmitem experiências de aprendizagem às crianças ao longo de seu desenvolvimento. Como resultado deste contacto frequente e prolongado, o grau em que os pais fornecem experiências de aprendizagem ansiosas pode ser um fator muito influente no desenvolvimento de ansiedade da criança (Fisak & Grills-Taquechel, 2007). Estudos de carácter retrospectivo (Bögels & van Melick, 2004; Van der Bruggen, Bögels & Zeilst, 2010; Rapee, 1997, 2001) têm chegado às mesmas conclusões (Fisak & Grills-Taquechel, 2007) no que se refere à transmissão relacional de AS de pais para filhos. Os resultados indicaram que indivíduos com AS recordam, significativamente, um maior isolamento parental e preocupação com as opiniões dos outros, bem como com menor sociabilidade familiar. Assim, parece que a modelagem do medo e o evitamento de estímulos socialmente relevantes pelos pais podem ser relacionados, posteriormente, ao desenvolvimento de AS nos seus filhos. No que respeita ao efeito diferencial do progenitor – impacto da ansiedade social da Mãe mas não da do Pai – será o mesmo discutido no âmbito da quarta hipótese.

A hipótese **H1c** previa um impacto positivo direto da superproteção nos níveis de ansiedade social da criança. Na verdade, a **superproteção parental** tem sido apontada como tendo um papel importante no desenvolvimento de ansiedade infantil (e.g. Van der Bruggen et al., 2010; Ginsburg & Schlossberg, 2002). Nos estudos retrospectivos conduzidos por Hudson e Rappe (2002) e Rapee (2001), indivíduos que referem ter sido

alvo de superproteção parental na infância evidenciam, na atualidade, maiores dificuldades em entender ou discriminar as ameaças sociais, o que contribuiu para o desenvolvimento e manutenção de um quadro clínico de AS, tal como foi verificado nos nossos resultados. Sendo assim, uma criança que é alvo de superproteção parental tenderá a desenvolver maiores níveis de dependência em relação aos seus progenitores, reduzindo as suas oportunidades de exploração do meio e de resolução autónoma de problemas. A percepção de falta de controlo, induzida por restrições na autonomia ou pelo comportamento exploratório reduzido, pode assim conduzir a que os medos normativos evoluam para situações clínicas de ansiedade (Rapee, 2001). No entanto, os resultados do presente estudo validam apenas parcialmente esta hipótese **H1c**. No modelo referente ao progenitor Mãe, existe uma influência direta positiva e significativa da superproteção nos níveis de AS da criança, tanto para meninos como para meninas, mas de magnitude reduzida ($\beta \approx 0,10$). No modelo do referente ao progenitor masculino, esse efeito é mais forte mas manifesta-se apenas face ao nível de ansiedade social dos meninos ($\beta \approx 0,26$). Mais uma vez, remetemos a análise deste efeito diferencial do sexo do progenitor e da criança para a discussão da quarta hipótese.

A segunda hipótese (**H2**) definia a superproteção como variável mediadora dos efeitos da ansiedade social parental e do temperamento inibido da criança sobre o seu nível de ansiedade social. No que respeita ao efeito do temperamento inibido da criança (**H2b**), não se verificam as condições mínimas de mediação pois, quer se considerem os níveis de superproteção expressos pela Mãe quer os expressos pelo Pai, o temperamento inibido da criança não aparenta associar-se-lhes de forma significativa. Desta forma, o temperamento inibido infantil aparenta ter apenas um efeito direto (e não mediado) sobre a ansiedade social da criança, rejeitando-se assim a hipótese **H2b**. Apesar de não termos encontrados dados na literatura que estudem estas relações, os resultados parecem sugerir que, pelo menos no que respeita a situações semelhantes às da amostra deste estudo, os comportamentos de superproteção dos progenitores aparentam depender mais das características parentais (neste caso AS) do que das características da criança (neste caso, IC).

No que respeita à ansiedade social dos progenitores (**H2a**), constata-se que o seu efeito sobre a ansiedade social dos filhos é parcialmente mediado pelos níveis de superproteção. Isso verifica-se de forma mais marcada na relação Mãe-Filha (20% do efeito da AS da mãe sobre a AS da filha é mediado pela superproteção) e na relação Pai-Filho (80% do efeito da AS do pai sobre a AS do filho é mediado pela superproteção).

Apesar do peso reconhecido da AS parental e da superproteção no desenvolvimento da AS na criança (Fisak & Grills-Taquechel, 2007; Rapee, 2001), existem muito poucos estudos que avaliem o grau em que a AS parental influencia a AS da criança por intermédio da superproteção. Um dos poucos estudos encontrados demonstraram resultados semelhantes que vão ao encontro do nosso estudo, realçando que a relação entre a ansiedade dos pais e a ansiedade dos filhos pode ser mediada pelos estilos parentais, nomeadamente pela superproteção (Brook & Schmidt, 2008). Os presentes resultados, no entanto, parecem evidenciar que essa mediação é claramente afetada pelo género sexual do progenitor e da criança. Mais uma vez, remetemos a análise destes efeitos diferenciais para a discussão da quarta hipótese.

A hipótese **H3** estipulava uma associação entre os níveis de temperamento inibido da criança e dos progenitores. Encontrámos correlações significativas entre estas medidas, mas de fraca magnitude: a inibição comportamental da Mãe correlaciona com intensidade semelhante com a inibição comportamental dos filhos, quer sejam rapazes ($r = -0,25$), quer sejam raparigas ($r = -0,23$); já no caso do Pai, as correlações são apenas significativas para as raparigas ($r = -0,28$) e nulas para os rapazes ($r = -0,07$). A homogeneidade destes resultados pode ser enquadrada na ideia de o temperamento ter uma natureza biológica, em certa medida transmitida de pais para filhos (Kagan et al., 1987); no entanto, fica por explicar a ausência de correlação entre progenitores do sexo masculino e crianças do mesmo sexo. De qualquer forma, a magnitude reduzida destas correlações poderá dever-se ao facto da medida do temperamento dos progenitores (questionário AMBI) apresentar um valor de fiabilidade abaixo do aceitável, o que tem como consequência a atenuação das correlações.

A hipótese **H4** foca-se nos efeitos moderadores do género dos pais e das crianças sobre a relação entre as variáveis preditoras e a AS das crianças, tal como sugerido por estudos anteriores (Rapee & Spence, 2004; Rapee et al., 2009). De um modo geral, observou-se que as dimensões parentais que contribuem para a AS das crianças são diferentes para a mãe e para o pai. Verificou-se que a AS das Mães tem um impacto direto sobre a AS da criança, independentemente do sexo da criança, o que não se observa no caso do Pai. Por outro lado, verificou-se que a superproteção materna afeta os níveis de AS da criança, independentemente do seu sexo, enquanto a superproteção paterna apenas se associa à AS dos meninos. Verificou-se ainda, que o nível de AS das mães tem maior impacto sobre a superproteção em relação às meninas do que em relação aos meninos, embora o seu impacto seja significativo em ambos os sexos. Este resultado indica que o

contributo total da AS da Mãe é maior para a AS das suas filhas do que dos seus filhos, pois parte desse contributo é expresso de forma indireta pelos comportamentos de superproteção. No caso dos pais, embora a sua AS não exerça efeito direto sobre a AS das crianças, exerce um efeito indireto na AS dos rapazes através da superproteção.

Um estudo retrospectivo conduzido por Fisak e Grills-Taquechel (2007) constatou que Mães ansiosas eram recordadas pelos filhos ansiosos como mais temerosas e com mais comportamentos de evitamento social. Este facto sugere que a modelagem materna pode ser uma variável particularmente saliente no desenvolvimento da AS. No entanto, mães e pais podem adotar comportamentos e atitudes diferentes no desempenho de determinadas funções parentais (Bögels & van Melick, 2004). Roelofs, et al., (2006) e Scaini, Belotti e Ogliari (2014) constataram que o progenitor masculino tem um maior impacto comportamental nos meninos enquanto o progenitor feminino tem maior impacto nas meninas, o que vai ao encontro dos nossos resultados. Estes dados são muito relevantes pois sugerem que a conduta parental pode ser um fator chave para as diferenças de género encontradas na AS. Porém, estudos anteriores, muito embora tenham enfatizado o papel materno no desenvolvimento psicossocial, tenderam a excluir as variáveis paternas (DeWit e colaboradores, 2005).

Hudson e Rapee (2002) também examinaram o impacto da modelagem materna sobre as respostas de crianças pequenas (15-20 meses) a dois brinquedos novos e desencadeadores de medo (uma aranha e uma cobra). Na presença das crianças, as mães deviam contactar com o brinquedo com expressões faciais ou positivas ou negativas. As crianças que viram a mãe a reagir negativamente ao brinquedo demonstraram significativamente mais evitamento e medo persistente quando comparadas com as crianças cujas mães contactaram positivamente com os brinquedos. Particularmente interessante foi o facto de as meninas responderam com mais medo do que os meninos perante os estímulos apresentados. Os resultados relacionam este facto à elevada taxa de prevalência da perturbação da AS registada nas mulheres (Kessler et al., 2005).

No que respeita à superproteção, diversos estudos observaram uma relação positiva entre os comportamentos de superproteção dos pais e a manifestação de AS na criança (*e.g.* Bögels & van Melick, 2004; Hudson & Rapee, 2001, 2002; Rapee et al., 2009). O estudo de Rapee (2001) sobre superproteção parental e influência da AS sugeriu que certos tipos de comportamentos de superproteção podem ser diferencialmente interpretados caso se trate de filhos ou filhas. Um estudo recente (Morris & Oosterhoff, 2016) vai ao encontro dos nossos resultados, onde foi observado através de uma tarefa

de interação infantil, as diferenças de género entre os pais e filhos. As associações entre os comportamentos de ambos os pais e das crianças demonstraram que as práticas de superproteção maternas estão mais associadas a AS nas meninas enquanto as práticas de superproteção por parte dos pais estão mais associadas ao desenvolvimento de AS nos meninos.

Por outro lado, Rapee (2001) verificou que as mães se percebem como mais preocupadas, ansiosas e superprotetoras do que os pais. No mesmo sentido, Bögels e Van Melick (2004) o pai, comparativamente à mãe, é quem encoraja mais a criança a adotar comportamentos de confronto e a mãe revela maiores índices de superproteção e controlo parental. No mesmo sentido, alguns autores (*e.g.* Hudson & Rapee, 2002) têm defendido que os comportamentos de superproteção materna estão mais relacionados com a ansiedade das crianças do que os comportamentos de superproteção dos pais, a explicação deste resultado é o facto dos comportamentos de superproteção materna estarem particularmente relacionados com a ansiedade da criança, quando avaliada pela própria.

Apesar das conclusões a que chegámos parecerem interessantes e trazerem contributo para o debate em torno da AS infantil, o presente estudo revela algumas limitações que devem ser enumeradas.

Em primeiro lugar, o facto de se tratar de um estudo com *design* transversal, não permitindo confirmar a direccionalidade das relações entre as variáveis estudadas por forma a estabelecer relações de causa-efeito.

Uma segunda limitação diz respeito ao uso exclusivo de questionários, proporcionando assim uma caracterização indireta da criança, pelo olhar dos seus progenitores; pensamos que a utilização de uma medida situacional (observação direta da criança) poderia ter enriquecido este estudo, tornando as medidas referentes à criança eventualmente mais válidas.

Uma limitação próxima resulta das medidas terem sido todas recolhidas no mesmo momento e usando os mesmos informantes (os progenitores), situação em que se maximiza o risco de enviesamentos nas respostas (nomeadamente, o viés da “variância do método comum”, que empola as correlações entre medidas obtidas nestas condições).

Finalmente, de referir que pelo fato de não se ter obtido para todas as crianças medidas de ambos os progenitores torna os resultados do modelo Mãe e do modelo Pai

não diretamente comparáveis por se basearem em amostras distintas (23,4% das crianças tinham informação disponível de apenas um dos progenitores).

Apesar das limitações apontadas, achámos que os resultados encontrados têm implicações clínicas e educacionais importantes, indicando que os programas de prevenção e intervenção na AS devem não só ser direcionados para as mães, mas também para os pais. Da mesma forma, importa adequar os programas de prevenção/intervenção caso se trate de menino ou menina, dado parecem responder de forma diferencial aos fatores parentais aqui estudados. Como proposta de trabalho futuro, pensamos que seria pertinente a realização de um estudo longitudinal contemplando as mesmas variáveis.

6. Referências Bibliográficas

- Alfano, C., Beidel, D., & Turner, S. (2006). Cognitive Correlates of Social Phobia Among Children and Adolescents. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 182-194. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-005-9012-9>
- Almeida, J., & Viana, V. (2013). Anxiety in Portuguese pre-school children – adaptation of the Spence Pre-school Anxiety Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 470-483. <http://dx.doi.org/10.15309/13psd140308>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bakhla, A., Sinha, P., Sharan, R., Binay, Y., Verma, V., & Chaudhury, S. (2013). Anxiety in school students: Role of parenting and gender. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(2), 131-137. <http://dx.doi.org/10.4103/0972-6748.132927>
- Ballash, N., Leyfer, O., Buckley, A., & Woodruff-Borden, J. (2006). Parental Control in the Etiology of Anxiety. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 9(2), 113-133. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-006-0007-z>
- Baptista, A. (2000) Perturbações do Medo e da Ansiedade: uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias (in) Adaptativas ao longo do ciclo de vida* (pp. 89-129). Coimbra: Quarteto.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1007/bf01441484>
- Barrett, P., Fox, T., & Farrell, L. (2005). Parent—Child Interactions With Anxious Children and With Their Siblings: An Observational Study. *Behaviour Change*, 22(04), 220-235. <http://dx.doi.org/10.1375/bech.22.4.220>
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D., Stein, M., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Archives Of General Psychiatry*, 64(8), 903. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.8.903>
- Biederman, J., Faraone, S., Hirshfeld-Becker, D., Friedman, D., Robin, J., & Rosenbaum, J. (2001). Patterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of

- Parents With Panic Disorder and Major Depression. *American Journal Of Psychiatry*, 158(1), 49-57. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.49>
- Biederman, J., Rosenbaum, J., Bolduc-Murphy, E., Faraone, S., Chaloff, J., Hirshfeld, D., & Kagan, J. (1993). A 3-Year Follow-up of Children with and without Behavioral Inhibition. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 814-821. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199307000-00016>
- Bishop, G., Spence, S., & Mcdonald, C. (2003). Can Parents and Teachers Provide a Reliable and Valid Report of Behavioral Inhibition?. *Child Development*, 74(6), 1899-1917. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00645.x>
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals Of General Psychiatry*, 13(16), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859x-13-16>
- Blote, A., Miers, A., Heyne, D., Clark, D., & Westenberg, P. (2014). The Relation Between Social Anxiety and Audience Perception: Examining Clark and Wells' (1995) Model Among Adolescents. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, 42(05), 555-567. <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465813000271>
- Blote, A. W., Miers, A. C., Heyne, D. A., & Westenberg, P. (2015a). Social anxiety and the school environment of adolescents. In K. Ranta, A. M., La Greca; L. J. Garcia-Lopez, & M. Marttunen (Ed.). *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (XI, 325. 151-181). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Blote, A., Miers, A., & Westenberg, P. (2015b). The Role of Social Performance and Physical Attractiveness in Peer Rejection of Socially Anxious Adolescents. *Journal Of Research On Adolescence*, 25(1), 189-200. <http://dx.doi.org/10.1111/jora.12107>
- Bögels, S., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality And Individual Differences*, 37(8), 1583-1596. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.02.014>
- Bögels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 539-558. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.011>

- Bögels, S., & Perotti, E. (2011). Does Father Know Best? A Formal Model of the Paternal Influence on Childhood Social Anxiety. *Journal Of Child And Family Studies*, 20(2), 171-181. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-010-9441-0>
- Bourne, E. J. (2010). *The Anxiety & Phobia Workbook*. (5^a ed). New York: MJF Books.
- Brook, C., & Schmidt, L. (2008). Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 4(1), 123-143. <http://dx.doi.org/10.2147/ndt.s1799>
- Chan, V. (2010). Gender Differences Associated with Social Phobia: A Developmental Perspective. *Journal of Undergraduate Life Sciences*, 4(1), 82-85.
- Chavira, D., & Stein, M. (2005). Childhood Social Anxiety Disorder: From Understanding to Treatment. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, 14(4), 797-818. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2005.05.003>
- Clark, D. M., & Wells, A., (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, F. R. Schneier (Eds.). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Clauss, J., & Blackford, J. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066-1075.e1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.002>
- Coplan, R., DeBow, A., Schneider, B., & Graham, A. (2009). The social behaviours of inhibited children in and out of preschool. *British Journal Of Developmental Psychology*, 27(4), 891-905. <http://dx.doi.org/10.1348/026151008x396153>
- Creswell, C., Cooper, P., & Murray, L. (2010). Intergenerational transmission of anxious information processing bias. In J. A. Hadwin & A. P. Field (Eds.), *Information processing biases and anxiety: A developmental perspective* (pp. 279-296). Chichester: Wiley.
- Cunha, M. (2006). Ansiedade e Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Teórica. *Interações*, 10, 70-97.
- Davidson, T., & Farquhar, L. (2014). Correlates of Social Anxiety, Religion, and Facebook. *Journal Of Media And Religion*, 13(4), 208-225. <http://dx.doi.org/10.1080/15348423.2014.971566>

- Degnan, K., Almas, A., & Fox, N. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, *51*(4), 497-517. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02228.x>
- Degnan, K., Henderson, H., Fox, N., & Rubin, K. (2008). Predicting Social Wariness in Middle Childhood: The Moderating Roles of Childcare History, Maternal Personality and Maternal Behavior. *Social Development*, *17*(3), 471-487. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00437.x>
- Detweiler, M. F., Comer, J. S., Crum, K. I., & Albano, A. M. (2014). Social anxiety in children and adolescents: Biological, developmental, and social considerations. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (XXVI, 818, pp 253-309). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press; US.
- DeWit, D., Chandler-Coutts, M., Offord, D., King, G., McDougall, J., Specht, J., & Stewart, S. (2005). Gender differences in the effects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *Journal Of Anxiety Disorders*, *19*(5), 479-502. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.010>
- Edwards S.L., Rapee R.M., & Kennedy S. (2008). Psychometric properties of a parent-report measure of overprotection in preschool-aged children. Unpublished manuscript.
- Edwards, S., Rapee, R., & Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, *51*(3), 313-321. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02160.x>
- Field, A., Lawson, J., & Banerjee, R. (2008). The verbal threat information pathway to fear in children: The longitudinal effects on fear cognitions and the immediate effects on avoidance behavior. *Journal Of Abnormal Psychology*, *117*(1), 214-224. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.117.1.214>
- Fisak, B., & Grills-Taquechel, A. (2007). Parental Modeling, Reinforcement, and Information Transfer: Risk Factors in the Development of Child Anxiety?. *Clinical Child And Family Psychology Review*, *10*(3), 213-231. <http://dx.doi.org/10.1007/>
- Fox, N., & Pine, D. (2012). Temperament and the Emergence of Anxiety Disorders. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent*

Psychiatry, 51(2), 125-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.006> s10567-007-0020-x

Fox, A., & Kalin, N. (2014). A Translational Neuroscience Approach to Understanding the Development of Social Anxiety Disorder and Its Pathophysiology. *American Journal Of Psychiatry*, 171(11), 1162-1173. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040449>

Franz, L., Angold, A., Copeland, W., Costello, E., Towe-Goodman, N., & Egger, H. (2013). Preschool Anxiety Disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Comorbidity. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1294-1303.e1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.008>

Gerull, F., & Rapee, R. (2002). Mother knows best: effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research And Therapy*, 40(3), 279-287. [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00013-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00013-4)

Ginsburg, G., & Schlossberg, M. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review Of Psychiatry*, 14(2), 143-154. <http://dx.doi.org/10.1080/09540260220132662>

Gladstone, G., & Parker, G. (2005). Measuring a behaviorally inhibited temperament style: Development and initial validation of new self-report measures. *Psychiatry Research*, 135(2), 133-143. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2005.03.005>

Graham, R., & Weems, C. (2015). Identifying Moderators of the Link Between Parent and Child Anxiety Sensitivity: The Roles of Gender, Positive Parenting, and Corporal Punishment. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 885-893. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9945-y>

Greco, L.A., & Morris, T.L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 259-67. <https://doi.org/10.1023/A:1020779000183>

Hane, A., Fox, N., Henderson, H., & Marshall, P. (2008). Behavioral reactivity and approach-withdrawal bias in infancy. *Developmental Psychology*, 44(5), 1491-1496. <http://dx.doi.org/10.1037/a0012855>

Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., & Rapee, R.M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: update and extension. In S. G. Hofmann, P. M. DiBartolo

- (Eds.). *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (pp. 395-422). New York: Academic Press.
- Heinrichs, N., Rapee, R., Alden, L., Bögels, S., Hofmann, S., Ja Oh, K., & Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research And Therapy*, *44*(8), 1187-1197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.006>
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Brody, L., & Faraone, S. V. & Rosenbaum, J. (1997). Associations Between Expressed Emotion and Child Behavioral Inhibition and Psychopathology: A Pilot Study. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(2), 205-213. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199702000-00011>
- Hirshfeld-Becker, D., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. (2007). Behavioral Inhibition in Preschool Children At Risk Is a Specific Predictor of Middle Childhood Social Anxiety: A Five-Year Follow-up. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *28*(3), 225-233. <http://dx.doi.org/10.1097/01.dbp.0000268559.34463.d0>
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Wang, C. H., & Henin, A. (2014). Behavioral inhibition: A discrete precursor to social anxiety disorder? In J. W. Weeks (Eds.). *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder* (XX, 621, pp 133-158) Wiley-Blackwell.
- Hodson, K., McManus, F., Clark, D., & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People?. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, *36*(04). <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465808004487>
- Hofmann, S. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a Comprehensive Model and its Treatment Implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, *36*(4), 193-209. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>

- Hudson, J., Dodd, H., & Bovopoulos, N. (2011). Temperament, Family Environment and Anxiety in Preschool Children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 939-951. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9502-x>
- Hudson, J., & Rapee, R. (2000). The Origins of Social Phobia. *Behavior Modification*, 24(1), 102-129. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445500241006>
- Hudson, J., & Rapee, R. (2001). Parent–child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research And Therapy*, 39(12), 1411-1427. [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00107-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00107-8)
- Hudson, J., & Rapee, R. (2002). Parent-Child Interactions in Clinically Anxious Children and Their Siblings. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 548-555. http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3104_13
- Kagan, J., Reznick, J., & Snidman, N. (1987). The Physiology and Psychology of Behavioral Inhibition in Children. *Child Development*, 58(6), 1459-1473. <http://dx.doi.org/10.2307/1130685>
- Karlsen, B., Clench-Aas, J., Van Roy, B., & Raanaas, R. (2014). Relationships between Social Anxiety and Mental Health Problems in Early Adolescents from Different Socioeconomic Groups: Results from a Cross-sectional Health Survey in Norway. *Journal Of Psychological Abnormalities In Children*, 3(3), 120. <http://dx.doi.org/10.4172/2329-9525.1000120>
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kiel, E., & Buss, K. (2011). Prospective Relations Among Fearful Temperament, Protective Parenting, and Social Withdrawal: The Role of Maternal Accuracy in a Moderated Mediation Framework. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 953-966. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9516-4>
- Kimrel, N. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 592-612. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.08.003>
- Knappe, S., Sasagawa, S., & Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. K. Ranta, A. M. La Greca, L. J. Garcia-

- Lopez, & M. Marttunen, (Eds.). *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp 39-70). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Lazarus, B., Chen, Y., Wilson, F., Sang, Y., Chang, A., Coresh, J., & Grams, M. (2016). Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. *JAMA Internal Medicine*, 176(2), 238. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7193>
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. <http://dx.doi.org/10.1159/000414022>
- Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., & Spinhoven, P. et al. (2006). Childrearing Style of Anxiety-Disordered Parents. *Child Psychiatry And Human Development*, 37(1), 89-102. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-006-0022-9>
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software & Aplicações* [Structural Equation Modelling: Theory, Software & Applications] (2^a ed.). ReportNumber. Pêro Pinheiro.
- McLean, C., Asnaani, A., Litz, B., & Hofmann, S. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal Of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- McLeod, B., Wood, J., & Weisz, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- Michail, M., & Birchwood, M. (2014). Social anxiety in first-episode psychosis: The role of childhood trauma and adult attachment. *Journal Of Affective Disorders*, 163, 102-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.033>
- Morrison, A., & Heimberg, R. (2013). Social Anxiety and Social Anxiety Disorder. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 9(1), 249-274. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631>
- Morris, T., & Oosterhoff, B. (2016). Observed Mother and Father Rejection and Control: Association With Child Social Anxiety, General Anxiety, and Depression. *Journal Of Child And Family Studies*, 25(9), 2904-2914. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0448-z>

- Muris, P., Hendriks, E., & Bot, S. (2016). Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry & Human Development*, *47*(1), 94-101. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-015-0547-x>
- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M., & Cooper, P. (2008). Intergenerational Transmission of Social Anxiety: The Role of Social Referencing Processes in Infancy. *Child Development*, *79*(4), 1049-1064. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01175.x>
- Ollendick, T., & Benoit, K. (2012). A Parent–Child Interactional Model of Social Anxiety Disorder in Youth. *Clinical Child And Family Psychology Review*, *15*(1), 81-91. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-011-0108-1>
- Ollendick, T., & Hirshfeld-Becker, D. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, *51*(1), 44-58. [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01305-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01305-1)
- Palapattu, A., Kingery, J., & Ginsburg, G. (2006). Gender Role Orientation and Anxiety Symptoms Among African American Adolescents. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, *34*(3), 423-431. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-006-9023-1>
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). Human Development. The McGraw-Hill Companies, 8^a ed. Inc. New York.
- Parke, R. D. (2002). Fathers and families. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 1. Children and parenting* (pp. 27–73). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pereira, A., Barros, L., Mendonça, D., & Muris, P. (2013). The Relationships Among Parental Anxiety, Parenting, and Children’s Anxiety: The Mediating Effects of Children’s Cognitive Vulnerabilities. *Journal Of Child And Family Studies*, *23*(2), 399-409. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9767-5>
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & do Cu Salvador, M. (2003). Assessment Of Social Phobia By Self-Report Questionnaires: The Social Interaction And Performance Anxiety And Avoidance Scale And The Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy*, *31*(3), 291-311. <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465803003059>

- Ranta, K., Tuomisto, M., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2014). Cognition, Imagery and Coping among Adolescents with Social Anxiety and Phobia: Testing the Clark and Wells Model in the Population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(3), 252-263. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1833>
- Rapee, R. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67. [http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358\(96\)00040-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358(96)00040-2)
- Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety disorder. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Ed.) *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 481–504). Oxford University Press: New York.
- Rapee, R. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety?. *Biological Psychiatry*, 52(10), 947-957. [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01572-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01572-x)
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research And Therapy*, 35(8), 741-756. [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00022-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00022-3)
- Rapee, R., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 5(1), 311-341. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628>
- Rapee, R., & Spence, S. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.06.004>
- Roelofs, J., Meesters, C., ter Huurne, M., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the Links Between Attachment Style, Parental Rearing Behaviors, and Internalizing and Externalizing Problems in Non-Clinical Children. *Journal Of Child And Family Studies*, 15(3), 319-332. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-006-9025-1>
- Rubin, K., Burgess, K., & Hastings, P. (2002). Stability and Social-Behavioral Consequences of Toddlers' Inhibited Temperament and Parenting Behaviors. *Child Development*, 73(2), 483-495. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00419>
- Rubin, K., Cheah, C., & Fox, N. (2001). Emotion Regulation, Parenting and Display of Social Reticence in Preschoolers. *Early Education & Development*, 12(1), 97-115. http://dx.doi.org/10.1207/s15566935eed1201_6

- Rubin, K., Coplan, R., & Bowker, J. (2009). Social Withdrawal in Childhood. *Annual Review Of Psychology*, 60(1), 141-171. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163642>
- Rubin, K., Nelson, L., Hastings, P., & Asendorpf, J. (1999). The Transaction between Parents' Perceptions of their Children's Shyness and their Parenting Styles. *International Journal Of Behavioral Development*, 23(4), 937-957. <http://dx.doi.org/10.1080/016502599383612>
- Salvador, M.C. (2009). "Ser eu próprio entre os outros" um novo protocolo de Intervenção para adolescentes com fobia social generalizada. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Portugal.
- Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal Of Anxiety Disorders*, 28(7), 650-656. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.07.002>
- Schreiber, F., & Steil, R. (2013). Haunting self-images? The role of negative self-images in adolescent social anxiety disorder. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 44(2), 158-164. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.10.003>
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J., & Rapee, R. (2005). Attachment, Behavioral Inhibition, and Anxiety in Preschool Children. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 131-143. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-005-1822-2>
- Spence, S., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research And Therapy*, 39(11), 1293-1316. [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00098-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00098-x)
- Spence, S., & Rapee, R. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research And Therapy*, 86, 50-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.007>
- Stark, K., Humphrey, L., Crook, K., & Lewis, K. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: Child's and maternal figure's perspectives. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 18(5), 527-547. <http://dx.doi.org/10.1007/bf00911106>

- Stein, M. B. & Stein, D. J. (2008). Social Anxiety Disorder. *Seminars*, 371, 1115-1125. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1), 19-35. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(89\)90044-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(89)90044-5)
- Van der Bruggen, C., Bögels, S., & van Zeilst, N. (2010). What influences parental controlling behaviour? The role of parent and child trait anxiety. *Cognition & Emotion*, 24(1), 141-149. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930802618843>
- Van der Bruggen, C., Stams, G., & Bögels, S. (2008). Research Review: The relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 49(12), 1257-1269. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01898.x>
- Verhoeven, M., Bögels, S., & van der Bruggen, C. (2012). Unique Roles of Mothering and Fathering in Child Anxiety; Moderation by Child's Age and Gender. *Journal Of Child And Family Studies*, 21(2), 331-343. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-011-9483-y>
- Wong, Q. J. J., & Rapee, R. M. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. In K. Ranta, A. M. La Greca, L.-J. García-Lopez, & M. Marttunen (Eds.), *Social Anxiety and Phobia in Adolescents: Development, Manifestation and Intervention Strategies* (pp. 11-37). Switzerland: Springer.
- Wong, Q., & Rapee, R. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal Of Affective Disorders*, 203, 84-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.069>

Anexos

ANEXO A - Descrição detalhada dos instrumentos utilizados para caracterização da amostra

Questionário Sociodemográfico – versão pais

O Questionário Sociodemográfico visa a identificação e caracterização sociodemográfica da criança e dos seus pais. Este questionário é composto por oito questões, podendo ser dividido em duas partes. A primeira parte do questionário correspondente à caracterização das crianças e do agregado familiar envolvendo as variáveis: idade, género, ano de escolaridade, nacionalidade e dados relativos aos irmãos e determinar a posição do adolescente na fratria. A segunda parte do questionário compreende dados relativos ao historial clínico referente aos seus familiares e da criança (período, pré-natal, neonatal e pós-natal), o percurso escolar da criança, bem como, a ocupação dos seus tempos livres.

Adult Measure of Behavioral Inhibition (AMBI) - Escala de Medida do Comportamento Inibido em Adultos de Gladstone e Parker (2005).

A Escala de Medida do Comportamento Inibido em Adultos (AMBI) é um instrumento de avaliação clínica constituído por 16 itens, que foi desenvolvido para medir relatos subjetivos do contemporâneo "traço" inibição. Este instrumento é aplicado a pessoas com idade igual ou superior a 16 anos, como uma medida de dimensão quantitativa da tendência apresentada pelo indivíduo, ao responder a questões associadas a novos aspetos sociais e estímulos com algum risco, de forma inibitória e de evitamento.

É um Inventário de autorresposta, que desenvolve uma medida de propensão para a ansiedade. Projetada para capturar índices de “inibição comportamental para o desconhecido” observados em crianças e adaptados para atender a respostas comportamentais de adultos em situações sociais e não sociais desconhecidas. Itens incluem respostas como hipervigilância, “congelamento/freezing”, não abordagem, nervosismo, ansiedade fisiológica, entre outros. É classificado numa escala de *likert* de 0 (não/quase nunca) a 2 (sim/a maior parte do tempo). Resultados mais altos indicam um maior grau de inibição. Todas as perguntas foram classificadas na escala de 3 pontos (ou seja, 0 = "Não / Quase Nunca"; 1 = "Algumas Vezes", ou = 2" Sim / Na maioria das vezes"). O instrumento é uma medida dimensional da característica inibição comportamental. Os resultados são obtidos através da soma de todos os itens, após os

itens “pela negativa” serem invertidos (*) (i.e. - Tende a ficar calmo(a)?; Tende a ser muito falador(a) quando conversa com alguém que acabou de conhecer? Avalia as seguintes subescalas: Inibição por medo; Não abordagem; Baixa sociabilidade e Evitamento do risco.

A consistência interna foi estimada através do alfa de Cronbach. Na amostra original, apresentou um coeficiente nas subescalas que variou entre 0.52 e 0.86. A escala total apresentou 0.87.

Parental Overprotection Measure - Medida de superproteção parental (POM; Edwards et al., 2008)

Questionário para avaliar comportamentos parentais que restringem a exposição da criança a situações de ameaça física ou social percebida. Composta por 19 itens referentes a comportamentos superprotetores que são pontuados numa escala de Likert de cinco pontos (0 = nenhum a 4 = muito frequentemente). A escala demonstrou alta consistência interna, forte confiabilidade teste-reteste, e boa validade (Edward et al., 2008).

Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social [AESDIS, Liebowitz (1987), versão portuguesa Pinto-Gouveia et al., 2003]

Esta escala trata-se de um questionário de autorresposta que mede o nível de ansiedade e de evitamento em várias situações de interação social. Deriva da Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) que avalia os graus de ansiedade em 24 situações (11 de interação social e 13 de desempenho social). Além destas, Pinto-Gouveia e colaboradores (2003), na versão portuguesa, acrescentaram 34 novas situações selecionadas mediante entrevistas clínicas com pacientes socialmente ansiosos. Esta escala é composta por duas subescalas: subescala de ansiedade/desconforto e de evitamento. A resposta a cada um dos itens (58 itens) é dada numa escala likert de 4 pontos. Além destes itens, são atribuídos cinco espaços em branco destinado às cinco situações que provoquem os níveis mais altos de ansiedade. A AESDIS apresenta uma boa consistência interna, apresentando um alfa Cronbach para a subescala de ansiedade de .95 na população geral, .94 num grupo de indivíduos ansiosos e de 0.95 num grupo de indivíduos obsessivos-compulsivos (Pinto-Gouveia et al., 2003).

Preschool Anxiety Scale, adaptado de Spence Children's Anxiety Scale) – Escala de Ansiedade Pré-escolar - (PAS, Spence, et al., 2001)

A Escala de Ansiedade pré-escolar - Revisado (PAS-R; Edwards et al., 2010) foi utilizado para medir o nível de sintomas de ansiedade em crianças. Os pais respondem aos 30 itens desta escala usando uma escala de cinco pontos de Likert (0 = não de todo verdade, 4 = muito frequentemente verdadeiro). O PAS-R inclui itens referentes aos sintomas de ansiedade de separação, ansiedade social, sintomas obsessivo-compulsivos, ansiedade generalizada, e medos específicos.

A análise da consistência interna (Alfa de Cronbach) na escala total foi um alfa de 0.88, indicador de boa consistência, enquanto para as subescalas a consistência variou entre 0.63 e 0.73, nomeadamente a Ansiedade Generalizada apresentou uma consistência de 0.69, a Ansiedade Social de 0.70, Perturbação Obsessiva 0.63, Medo de dano Físico 0.73 e Ansiedade de Separação 0.69. Todos estes valores são indicadores de uma consistência interna satisfatória.

The Behavioral Inhibition Questionnaire de Bishop e colaboradores (2003) - Questionário co comportamento Inibitório nas crianças

Escala com 30 itens que avalia a inibição comportamental, dos três aos seis anos, em seis contextos: pares desconhecidos, os adultos não familiares, separação/pré-escolar, situações físicas difíceis, situações de desempenho e situações desconhecidas em geral.

Apresenta uma escala de resposta de likert de 7 pontos, variando de 1 (quase nunca) a 7 (quase sempre).

A versão curta apresenta apenas 14 itens (cerca de dois a três itens para cada subescala), seis contextos e uma escala de likert de 6 pontos. Os estudos que examinam as qualidades psicométricas de versões em Inglês e Holandês da BIQ produziram resultados promissores. Os alfas das subescalas e totais variam entre 0.70 e 0.90.

A influência da ansiedade e da superproteção do pais, no desenvolvimento da ansiedade social em crianças de idade pré-escolar.

Faro, ____ de _____ 2015

Exmos. Senhores

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de investigação para Mestrado em Psicologia

Eu, Andreia Maria Pereira Santa Rita, estou a realizar uma investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, intitulada “A influência da ansiedade e da superproteção do pais, no desenvolvimento da ansiedade social em crianças de idade pré-escolar” sob a orientação da Professora Doutora Ana Teresa Martins e do Professor Doutor Luís Faísca.

O objetivo global desta investigação é contribuir para uma melhor compreensão da ansiedade social e da superproteção em crianças em idade pré-escolar (2-6 anos).

A recolha de dados será efetuada através de questionários, que serão entregues aos Pais/Encarregados de Educação, com o intuito de explorar a regulação emocional, o temperamento, a ansiedade social e os estilos parentais. A participação neste estudo é voluntária e os dados de preenchimento são confidenciais, servindo apenas os propósitos científicos. Todos os sujeitos, que aceitem participar no estudo, assinarão uma folha de consentimento informado. Solicito, pelo exposto, autorização para recolher estes dados para a nossa investigação e agradeço desde já a atenção dispensada para este assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Santa Rita

Orientadores

Prof. Doutor Luís Faísca

Prof. Doutora Ana Teresa Martins

Descrição do estudo

A presente investigação é desenvolvida no âmbito do Mestrado em Psicologia, na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

O objetivo global desta investigação é contribuir para uma melhor compreensão do curso natural da superproteção e da ansiedade social em crianças em idade pré-escolar.

A participação neste estudo é voluntária e os dados de preenchimento são confidenciais. Não será feito qualquer diagnóstico, todos os dados recolhidos serão apenas observados pela investigadora e serão usados **meramente para propósitos científicos**.

O preenchimento dos questionários será feito por ambos os pais, pelo que existem duas versões, uma para o pai e outra para a mãe.

Estaremos ao dispor para qualquer questão adicional. Se precisar não hesite contactar:

Email: andreiasantarita@sapo.pt

Telemóvel: 968321305

Agradecemos desde já a sua compreensão.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Santa Rita

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação tem como objetivo de estudo contribuir para uma melhor compreensão da Superproteção e da Ansiedade Social em crianças em idade pré-escolar (2-6 anos).

A informação é totalmente confidencial e será meramente utilizada para fins científicos. Enquanto participante desta investigação, possui todo o direito de abandonar se o desejar, sem que lhe seja exigida qualquer explicação.

Declaro que li, percebi e concordo com a informação acima exposta.

Data: ___/___/_____

Assinatura Pai:

Assinatura Mãe:

AMBOS OS PAIS
- referente à criança -

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Identificação: _____

1. Dados da Criança:

Nome: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: _____ Nacionalidade: _____

Tem irmãos? Sim _____ Não _____ Quantos? _____ Idades: _____

2. Dados da família nuclear:

Nome do pai: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Nacionalidade: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Nacionalidade: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

3. Informações sobre o período pré-natal e neo-natal:

A Gravidez foi (assinale com uma x):

Planeada Sim Não

Desejada Sim Não

Vigiada Sim Não

Decorreu com normalidade Sim Não

O Parto foi (assinale com uma x):

Natural Sim Não ; Fórceps Sim Não ; Ventosa Sim Não ; Provocado
Sim Não

Cesariana Sim Não

De quantas semanas nasceu? _____

Apresentava algum problema específico ao nascer? Sim Não

Se respondeu sim, especifique o problema: _____

4. Período pós natal:

A criança apresenta algum problema de saúde? Sim Não

Se sim, qual? _____

5. História Clínica:

A criança tem alguma dificuldade a nível sensorial, motora ou cognitiva? Sim Não

Se sim qual? _____

A criança tem necessidades educativas especiais? Sim Não

Se respondeu Sim, tem apoio educativo? _____

6. Antecedentes Familiares: Doenças físicas ou psíquicas

Mãe: _____

Pai: _____

Avós: _____

Tios: _____

7. Percurso escolar:

Até à data a criança frequentou: (assinale com uma x)

	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
Ama					
Creche					
Atual estabelecimento Jardim de Infância/Pré-escola					
Outro estabelecimento de ensino pré-escolar					

Outra, qual? _____

8. Ocupação do tempo livre (externa ao ambiente escolar):

Quais as principais ocupações?

Habitualmente, a criança brinca: (assinale com x)

Sozinha? Sim Não

Com outras crianças? Sim Não

Com adultos? Sim Não

Com irmãos? Sim Não

Onde brinca? (assinale com x)

Em casa Na rua Em casa de familiares Em casa de amigos

No parque Outros Locais

ANEXO F - Questionário para ambos os pais

BIQ

(Bishop, Spence, & McDonald, 2003)

As seguintes afirmações descrevem o comportamento das crianças em diferentes situações. Em cada afirmação é-lhe pedido para avaliar se esse comportamento ocorre com o seu filho "quase nunca", "raramente", "de vez em quando", "às vezes", "frequentemente", "muito frequentemente" ou "quase sempre". Por favor, assinale o número "1" se o comportamento "quase nunca" acontece, o número "2" se ocorrer "raramente", etc. Tente fazer esta avaliação o melhor que puder, baseando-se no que pensa do seu filho quando comparado com outras crianças da mesma idade.

1	2	3	4	5	6	7
Quase nunca	Raramente	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Quase sempre

O meu filho...

1	Aborda novas situações ou atividades de forma muito hesitante.	1	2	3	4	5	6	7
2	Aproxima-se alegremente de um grupo de crianças desconhecidas para brincar com elas.	1	2	3	4	5	6	7
3	Comporta-se de forma tranquila quando recebemos novos convidados (adultos) em casa.	1	2	3	4	5	6	7
4	É cauteloso em atividades que envolvam desafios físicos (por exemplo: escalada e saltar de sítios altos).	1	2	3	4	5	6	7
5	Adapta-se rapidamente quando visitamos pessoas que não conhecemos bem.	1	2	3	4	5	6	7
6	Gosta de ser o centro das atenções.	1	2	3	4	5	6	7
7	Sente-se à vontade em pedir a outras crianças para brincar.	1	2	3	4	5	6	7
8	É tímido quando conhece novas crianças.	1	2	3	4	5	6	7
9	Separa-se com facilidade dos pais quando é deixado pela primeira vez em novas situações (por exemplo: jardim-de-infância, creche, pré-escola).	1	2	3	4	5	6	7
10	Sente-se bem em atuar perante os outros (por exemplo: cantar, dançar).	1	2	3	4	5	6	7
11	Ajusta-se rapidamente a novas situações (por exemplo: jardim-de-infância, creche, pré-escola).	1	2	3	4	5	6	7

12	É relutante em aproximar-se de um grupo de crianças desconhecidas para se juntar a elas.	1	2	3	4	5	6	7
13	É confiante ao realizar atividades que envolvam desafios físicos (por exemplo: escalada, saltar de sítios altos).	1	2	3	4	5	6	7
14	É independente.	1	2	3	4	5	6	7
15	Aparenta estar confortável em novas situações.	1	2	3	4	5	6	7
16	É muito falador com adultos desconhecidos.	1	2	3	4	5	6	7
17	Hesita explorar novos equipamentos lúdicos (por exemplo, baloiços, escorregas).	1	2	3	4	5	6	7
18	Fica chateado por ser deixado em novas situações pela primeira vez (por exemplo, jardim-de-infância, pré-escola, creche).	1	2	3	4	5	6	7
19	É muito amigável com crianças que acaba de conhecer.	1	2	3	4	5	6	7
20	Tem tendência a ficar a ver outras crianças, em vez de participar nos seus jogos.	1	2	3	4	5	6	7
21	Não gosta de ser o centro das atenções.	1	2	3	4	5	6	7
22	Fica colado/a a nós quando visitamos pessoas que não conhecemos bem.	1	2	3	4	5	6	7
23	Aborda facilmente novas situações ou atividades.	1	2	3	4	5	6	7
24	É extrovertido.	1	2	3	4	5	6	7
25	Parece nervoso ou desconfortável em situações novas.	1	2	3	4	5	6	7
26	Conversa facilmente quando aparecem visitas novas (adultos) em casa.	1	2	3	4	5	6	7
27	Demora muitos dias para se habituar a novas situações (por exemplo, jardim-de-infância, creche, pré-escola).	1	2	3	4	5	6	7
28	É relutante em atuar perante outras pessoas (por exemplo cantar, dançar).	1	2	3	4	5	6	7
29	Explora facilmente novos equipamentos lúdicos (por exemplo, baloiços, escorregas).	1	2	3	4	5	6	7
30	Reage de forma tranquila com adultos estranhos.	1	2	3	4	5	6	7

**Questionário de Inibição Comportamental (BIQ)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

TABC-R

(Martin & Bridger, 1998; Tradução: Seabra-Santos, 2005)

Este questionário destina-se a recolher informações sobre o modo como o seu filho (ou a sua filha) se comporta em diferentes situações. Para cada frase deverá pensar se o comportamento em causa ocorre "quase nunca, raramente, uma vez por outra, às vezes, várias vezes, muitas vezes ou quase sempre". Por favor, coloque um círculo à volta do número "1" se o comportamento quase nunca ocorre, à volta do número "2" se ocorre raramente, etc. Tente fazer essa avaliação o melhor que for capaz.

	1	2	3	4	5	6	7				
	Quase nunca	Raramente	Uma vez por outra	Às vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Quase sempre				
1	É tímido com adultos que não conhece.				1	2	3	4	5	6	7
2	Quando começa uma atividade, como por exemplo um puzzle ou uma pintura, é capaz de trabalhar nela durante muito tempo.				1	2	3	4	5	6	7
3	Consegue manter-se sentado e quieto durante uma refeição em família, sem ficar irrequieto na cadeira e sem se levantar do lugar.				1	2	3	4	5	6	7
4	Fica muito rabugento e irritável quando está cansado.				1	2	3	4	5	6	7
5	Prefere jogos ativos, em que possa correr e saltar, em vez de jogos em que tenha que ficar sentado.				1	2	3	4	5	6	7
6	Não gosta de se expor diante de pessoas que venham a nossa casa pela primeira vez.				1	2	3	4	5	6	7
7	Prefere correr a andar, tanto em casa como na rua.				1	2	3	4	5	6	7
8	Se uma atividade ao ar livre tem de ser adiada devido ao mau tempo, fica aborrecido durante a maior parte do dia.				1	2	3	4	5	6	7
9	É fácil lidar com o meu filho.				1	2	3	4	5	6	7
10	Quando está no parque, numa festa ou a visitar alguém, aproxima-se de crianças que não conhece e brinca com elas.				1	2	3	4	5	6	7
11	Fica sentado e quieto para ouvir contar uma história ou cantar uma canção.				1	2	3	4	5	6	7
12	Quando se zanga por um motivo qualquer, é difícil fazê-lo voltar ao normal.				1	2	3	4	5	6	7
13	Quando está a aprender uma nova atividade física, tal como saltar ao pé-coxinho, andar de patins ou de bicicleta, passa muito tempo a treinar.				1	2	3	4	5	6	7
14	Quando fala com alguém, dá pulinhos de excitação.				1	2	3	4	5	6	7

15	Quando vamos juntos às compras, grita e chora se nós (pais) não compramos aquilo que ele quer - doces, brinquedos, livros ou roupa.	1	2	3	4	5	6	7
16	É capaz de brincar sozinho durante meia hora ou mais.	1	2	3	4	5	6	7
17	Aproxima-se e é logo simpático com adultos desconhecidos que visitem a nossa casa.	1	2	3	4	5	6	7
18	Quando um jogo ou uma brincadeira é difícil, muda rapidamente para outra atividade.	1	2	3	4	5	6	7
19	Quando tem de ficar em casa devido ao mau tempo, corre por todo o lado e não é possível entretê-lo com atividades calmas.	1	2	3	4	5	6	7
20	Fica amuado e perturbado durante algum tempo, quando eu lhe chamo a atenção para alguma coisa que fez mal.	1	2	3	4	5	6	7
21	Numa situação nova, tal como num novo jardim-de-infância, continua a sentir-se desconfortável mesmo após alguns dias.	1	2	3	4	5	6	7
22	Quando o meu filho teima em não vestir uma determinada peça de roupa, refila muito alto, grita e chora.	1	2	3	4	5	6	7
23	Tende a desistir quando é confrontado com um puzzle, uma construção com blocos ou outra atividade do género que seja difícil.	1	2	3	4	5	6	7
24	Quando está sentado, balança as pernas, fica irrequieto ou mexe constantemente as mãos.	1	2	3	4	5	6	7
25	A primeira vez que é deixado numa situação nova sem a mãe (como, por exemplo, no jardim de infância) fica perturbado.	1	2	3	4	5	6	7
26	Quando começa a brincar com qualquer coisa e eu quero que ele pare, é difícil desviar a sua atenção para outra coisa qualquer.	1	2	3	4	5	6	7
27	Passa algum tempo em atividades sossegadas, tais como trabalhos manuais, ver televisão, descansar ou ver livros de imagens.	1	2	3	4	5	6	7
28	Quando está com pessoas que nunca viu antes, fica relaxado e é capaz de sorrir e rir.	1	2	3	4	5	6	7
29	Consigo que ele pare de me incomodar, desde que lhe dê qualquer coisa para ele fazer.	1	2	3	4	5	6	7
30	Quando entra numa divisão, faz barulho e causa confusão.	1	2	3	4	5	6	7
31	Parece muito motivado para aprender coisas novas, mesmo que sejam difíceis para ele.	1	2	3	4	5	6	7
32	Se está perturbado, é difícil consolá-lo.	1	2	3	4	5	6	7

33	Consegue sentir-se feliz durante uma viagem de carro de uma hora ou mais, desde que tenha um brinquedo ou jogo com que se possa entreter.	1	2	3	4	5	6	7
34	O meu filho corre escada abaixo, escada acima.	1	2	3	4	5	6	7
35	Quando é afastado de uma atividade de que gosta, protesta intensamente, fazendo um grande estardalhaço.	1	2	3	4	5	6	7
36	Mostra-se tímido quando conhece novas crianças.	1	2	3	4	5	6	7
37	O meu filho tem bom feitio.	1	2	3	4	5	6	7

**Bateria de Avaliação do Temperamento Infantil (TABC-R)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

PAS

(Spence, 2001; Tradução e Adaptação: Almeida & Viana, 2013)

Abaixo está uma lista de frases que descrevem crianças no seu percurso de desenvolvimento. Para cada frase assinale a resposta que melhor descreve a sua criança, no presente. Por favor, responda a todos os itens o melhor que souber, mesmo que pareçam não se adequar à criança.

	0	1	2	3	4			
	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre			
1	Tem dificuldade em acalmar-se quando preocupado.			0	1	2	3	4
2	Preocupa-o fazer algo que pareça estúpido ou fazer uma palermice à frente de outras pessoas.			0	1	2	3	4
3	Está sempre a verificar se está a fazer as coisas de forma correta (por ex.: que fechou a porta ou a torneira).			0	1	2	3	4
4	Fica tenso, impaciente ou irritável devido às preocupações.			0	1	2	3	4
5	Tem receio de pedir ajuda aos adultos (por exemplo à educadora, professora ou pais de amigo).			0	1	2	3	4
6	Tem receio de dormir sem a sua companhia (pai ou mãe) fora de casa.			0	1	2	3	4
7	Tem medo das alturas (de lugares altos).			0	1	2	3	4
8	Tem dificuldade em dormir devido a medo ou preocupação.			0	1	2	3	4
9	Lava as mãos muitas vezes (exageradamente) durante o dia.			0	1	2	3	4
10	Tem medo das multidões ou de lugares fechados.			0	1	2	3	4
11	Tem medo de encontrar pessoas estranhas ou de lhes falar.			0	1	2	3	4
12	Tem medo que alguma coisa má aconteça aos pais.			0	1	2	3	4
13	Tem medo de trovoadas ou de tempestades.			0	1	2	3	4
14	Passa uma grande parte do dia preocupado com várias coisas.			0	1	2	3	4
15	Tem medo de falar na sala de aula (mesmo na pré-escola) em frente aos colegas (por exemplo, mostrar ou contar).			0	1	2	3	4
16	Tem medo que alguma coisa má lhe aconteça (perder-se, ser raptado), e não volte a ver a mãe ou o pai.			0	1	2	3	4
17	Fica preocupado ou com medo de ir para a piscina nadar.			0	1	2	3	4

18	Tem que ter tudo muito ordenado ou na posição correta para evitar que coisas más aconteçam.	0	1	2	3	4
19	Preocupa-o fazer alguma coisa que o envergonhe em frente a outras pessoas.	0	1	2	3	4
20	Tem medo insetos e/ou aranhas.	0	1	2	3	4
21	Tem imagens mentais ou pensamentos maus ou estúpidos que se repetem com frequência.	0	1	2	3	4
22	Fica nervoso ou preocupado quando o deixam no Infantário / Escola ou com a ama.	0	1	2	3	4
23	Tem receio de se dirigir a um grupo de crianças para participar nas suas atividades.	0	1	2	3	4
24	Tem medo de cães.	0	1	2	3	4
25	Tem pesadelos sobre afastar-se da mãe/pai e de a/o perder.	0	1	2	3	4
26	Tem medo do escuro.	0	1	2	3	4
27	Precisa de ficar a pensar em coisas especiais (por exemplo números ou palavras) para tentar impedir que coisas más aconteçam.	0	1	2	3	4
28	Pede proteção ou segurança (por atos ou palavras dos adultos) mesmo quando parece não ser necessária.	0	1	2	3	4
29	O seu filho já passou por alguma experiência ou acontecimento realmente mau ou traumático (por exemplo, acidente grave, morte de um familiar próximo, assalto, roubo ou catástrofe)?	SIM		NÃO		

Se sim, por favor descreva sumariamente o acontecimento que o seu filho viveu:

Se respondeu **NÃO** à questão **29**, por favor **NÃO responda** às questões seguintes.

30	Tem maus sonhos ou pesadelos sobre o acontecimento.	0	1	2	3	4
31	Lembra-se do acontecimento e fica ansioso.	0	1	2	3	4
32	Fica ansioso quando lhe recordam o acontecimento.	0	1	2	3	4
33	De repente, comporta-se como se estivesse a reviver a má experiência.	0	1	2	3	4

Apresenta ou mostra sinais corporais de medo (por						
34	exemplo: suor, tremores, palpitações do coração, ...)	0	1	2	3	4
quando lhe lembram do sucedido.						

**Escala de Ansiedade Pré-escolar (PAS)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES



AMBI

(Gladstone & Parker, 2005)

Para responder às perguntas que se seguem, concentre-se na sua vida adulta (dos 18 anos em diante). De seguida assinale uma das alternativas de resposta considerando a forma como normalmente se sente e se comporta.

	Quando se encontra numa situação social nova ou pouco familiar ou sempre que se depara com ambientes ou pessoas desconhecidas ou pouco familiares...	Sim/ Quase sempre	Algumas vezes	Não/ Quase nunca
1	... tende a ficar vigilante e desconfiado com o que se passa ao seu redor?			
2	... sente-se incomodado quando é abordado por alguém que não conhece?			
3	... costuma ficar calmo?			
4	... costuma abordar pessoas que não conhece e falar com elas?			
5	... costuma gastar algum tempo a observar à distância pessoas que não conhece antes de se misturar com elas?			
6	... costuma ser muito falador quando conversa com alguém que acaba de conhecer?			
7	... passa a maior parte do tempo ao lado de uma pessoa que conhece bem?			
8	... tem tendência a sentir-se fisicamente ansioso (por exemplo, pulso acelerado, suado, borboletas na barriga)?			
9	... costuma apresentar-se a novas pessoas?			
10	... costuma manter uma razoável distância dos desconhecidos?			
11	... tem tendência a retirar-se e a afastar-se daqueles que o rodeiam?			

No geral, não apenas em situações novas ou desconhecidas...		Sim/ Quase sempre	Algumas vezes	Não/ Quase nunca
12	... prefere estar sozinho do que na companhia das outras pessoas?			
13	... gosta de ir a eventos sociais onde se encontram grandes multidões de pessoas?			
14	... costuma escolher atividades de lazer solitárias mais do que passar tempo com amigos íntimos?			
15	... prefere estar rodeado de atividades animadas em vez de ficar sossegado?			
16	Se fosse fisicamente capaz, desfrutaria de umas férias de aventura que envolvesse algum risco?			

**Medida de Inibição Comportamental para Adultos (AMBI)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

EAESDIS

(Pinto- Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003)

Assinale o grau de desconforto ou ansiedade e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas lhe provoca, utilizando a escala de resposta de 1 a 4, abaixo indicada.

Situações Sociais	Desconforto/ Ansiedade				Evitamento			
	Nenhum	Ligeiro	Médio	Severo	Nunca (0%)	Às vezes (1-33%)	Muitas vezes (34-67%)	Quase sempre (68-100%)
1 Participar numa atividade de grupo.	1	2	3	4	1	2	3	4
2 Comer em público.	1	2	3	4	1	2	3	4
3 Beber num local público.	1	2	3	4	1	2	3	4
4 Representar, agir ou falar perante uma audiência.	1	2	3	4	1	2	3	4
5 Ir a uma festa.	1	2	3	4	1	2	3	4
6 Trabalhar enquanto se está a ser observado.	1	2	3	4	1	2	3	4
7 Escrever enquanto se está a ser observado.	1	2	3	4	1	2	3	4
8 Telefonar a alguém que não conhece bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
9 Falar com alguém que não conhece bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
10 Encontrar-se com estranhos/desconhecidos.	1	2	3	4	1	2	3	4
11 Urinar num W.C. público.	1	2	3	4	1	2	3	4
12 Entrar numa sala onde os outros já estão sentados.	1	2	3	4	1	2	3	4
13 Ser o centro das atenções.	1	2	3	4	1	2	3	4
14 Levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa.	1	2	3	4	1	2	3	4
15 Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos.	1	2	3	4	1	2	3	4
16 Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não conhece muito bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
17 Olhar diretamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
18 Apresentar oralmente um trabalho.	1	2	3	4	1	2	3	4
19 Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar).	1	2	3	4	1	2	3	4
20 Devolver um artigo e obter um reembolso.	1	2	3	4	1	2	3	4
21 Dar uma festa.	1	2	3	4	1	2	3	4
22 Resistir à pressão elevada de um elevador.	1	2	3	4	1	2	3	4

23	Ir a uma entrevista para arranjar emprego.	1	2	3	4	1	2	3	4
24	Pedir uma informação a uma pessoa desconhecida (ex: perguntar as horas, o nome da rua, morada, etc).	1	2	3	4	1	2	3	4
25	Juntar-se, numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
Situações Sociais		Desconforto/ Ansiedade				Evitamento			
		Nenhum	Ligeiro	Médio	Severo	Nunca (0%)	Às vezes (1-33%)	Muitas vezes (34-67%)	Quase sempre (68-100%)
26	Pedir um favor a outra pessoa.	1	2	3	4	1	2	3	4
27	Falar com uma pessoa que admire.	1	2	3	4	1	2	3	4
28	Numa festa, participar em jogos e/ou danças.	1	2	3	4	1	2	3	4
29	Convidar alguém, pela primeira vez para sair.	1	2	3	4	1	2	3	4
30	Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver.	1	2	3	4	1	2	3	4
31	Conversar com pessoas do sexo oposto.	1	2	3	4	1	2	3	4
32	Aceitar um elogio.	1	2	3	4	1	2	3	4
33	Participar num encontro com pessoas de cultura diferente.	1	2	3	4	1	2	3	4
34	Ir a uma discoteca com um(a) amigo(a).	1	2	3	4	1	2	3	4
35	Pedir a outra pessoa que mude um comportamento que nos desagrada.	1	2	3	4	1	2	3	4
36	Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor.	1	2	3	4	1	2	3	4
37	Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
38	Fazer um exame oral.	1	2	3	4	1	2	3	4
39	Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente na fila.	1	2	3	4	1	2	3	4
40	Ser chamado para “ir ao quadro”.	1	2	3	4	1	2	3	4
41	Tomar iniciativa de colocar uma questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião.	1	2	3	4	1	2	3	4
42	Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula.	1	2	3	4	1	2	3	4

43	Chegar atrasado ou adiantado a uma reunião ou aula.	1	2	3	4	1	2	3	4
44	Falar com pessoas em condição sociocultural superior.	1	2	3	4	1	2	3	4

Das situações atrás apontadas escolha, agora as cinco situações que lhe provocam mais desconforto, colocando os respectivos números nos quadros abaixo indicados:

Aponte, nas linhas em branco, outras situações que lhe causam desconforto ou que evite mas que não estejam mencionadas.

**Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

POM

(Edwards, Rapee, & Kennedy, 2008)

Este questionário foi concebido para reunir informações sobre vários aspetos da parentalidade. Cada criança tem necessidades únicas; deste modo, não existem respostas certas nem erradas. Para cada item, assinale o número que melhor representa a forma como normalmente atua com o seu filho.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Um pouco	Às vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1	Conforto imediatamente o meu filho quando ele/a chora.				4
2	Enquanto brinca no parque, mantenho uma curta distância do meu filho (até cerca de 30m).				4
3	Protejo o meu filho das críticas.				4
4	Dou uma atenção redobrada ao meu filho quando ele se agarra a mim.				4
5	Não permito que o meu filho saia com amigos da família sem que eu esteja presente.				4
6	Levo o meu filho quase sempre ao médico quando não se sente bem.				4
7	Mantenho sempre uma vigilância apertada sobre o meu filho.				4
8	Tenho tendência a ser superprotetor com o meu filho.				4
9	Tento antecipar e/ou evitar situações em que o meu filho possa fazer algo arriscado.				4
10	Tento proteger o meu filho de cometer erros.				4
11	Não permito que o meu filho suba às árvores.				4
12	Protejo o meu filho das dificuldades da vida.				4
13	Quando estamos fora de casa, tenho tendência a entrar em pânico se perco o meu filho de vista, nem que seja por um instante.				4
14	Sinto-me relutante em deixar o meu filho praticar alguns desportos, por medo que se possa magoar.				4
15	Só deixarei o meu filho com amigos próximos ou familiares se tiver de me ausentar.				4
16	Acompanho o meu filho em todas as suas saídas.				4
17	Protejo o meu filho de conflitos.				4
18	Faço tudo o que é possível para proteger o meu filho de potenciais danos.				4

19 Protejo o meu filho dos seus medos.

0 1 2 3 4

**Medida de Superproteção Parental (POM)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

EASP

(Pereira & Barros, 2010)

Este questionário pretende conhecê-lo melhor como pai ou mãe. Os pais são diferentes e cada criança tem necessidades únicas. Não existem respostas certas nem erradas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Um pouco	Alguma	Muita	Muitíssima
Para as questões de 1 a 9, por favor, assinale o grau de semelhança entre a afirmação e a forma como habitualmente pensa e se sente relativamente ao seu filho:					
1	Só fico tranquilo quando o meu filho está ao pé de mim.				0 1 2 3 4
2	Pergunto-me muitas vezes se o meu filho será capaz de se defender na escola.				0 1 2 3 4
3	Penso muitas vezes que pode acontecer algo mau ao meu filho (ser assaltado, atropelado, agredido,...).				0 1 2 3 4
4	Se o meu filho se atrasa fico logo aflito.				0 1 2 3 4
5	Durante o dia pergunto-me muitas vezes se o meu filho estará bem.				0 1 2 3 4
6	As pessoas dizem-me que me preocupo demais com o meu filho.				0 1 2 3 4
7	Se o meu filho fosse passear sem mim, para eu ficar tranquilo teria que ter alguma forma de o contactar.				0 1 2 3 4
8	Preocupo-me muito com as amizades do meu filho.				0 1 2 3 4
9	Dou por mim a pensar que podem acontecer coisas más ao meu filho sem que eu possa fazer nada.				0 1 2 3 4
Para as questões de 10 a 20, por favor assinale o grau de semelhança entre a afirmação e a forma como habitualmente se comporta relativamente ao seu filho:					
10	Eu tento proteger o meu filho de todas as dificuldades do dia-a-dia.				0 1 2 3 4
11	Eu procuro proteger o meu filho de tudo aquilo que lhe pode causar medo.				0 1 2 3 4
12	Quando o meu filho está nervoso, tenho de o acalmar imediatamente.				0 1 2 3 4
13	Quando sinto que o meu filho é criticado pelo professor ou outro adulto, eu defendo-o				0 1 2 3 4
14	Tenho que estar sempre atento a tudo aquilo que o meu filho faz.				0 1 2 3 4
15	Digo ao meu filho que a melhor forma de lidar com os medos é enfrentá-los.				0 1 2 3 4
16	Por vezes dou conta que para evitar que o meu filho cometa erros faço as coisas por ele.				0 1 2 3 4

17	Quando uma criança da mesma idade se mete com o meu filho eu defendo-o.	0	1	2	3	4
18	Encorajo o meu filho a lidar com as situações que lhe metem medo.	0	1	2	3	4
19	Quando algo assusta o meu filho, digo-lhe muitas vezes que é importante ser corajoso.	0	1	2	3	4
20	Apercebo-me muitas vezes que trato o meu filho como se fosse mais pequeno.	0	1	2	3	4

**Escala de Avaliação da Ansiedade e Superprotecção Parentais (EASP)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES



AMBI

(Gladstone & Parker, 2005)

Para responder às perguntas que se seguem, concentre-se na sua vida adulta (dos 18 anos em diante). De seguida assinale uma das alternativas de resposta considerando a forma como normalmente se sente e se comporta.

	Quando se encontra numa situação social nova ou pouco familiar ou sempre que se depara com ambientes ou pessoas desconhecidas ou pouco familiares...	Sim/ Quase sempre	Algumas vezes	Não/ Quase nunca
1	... tende a ficar vigilante e desconfiado com o que se passa ao seu redor?			
2	... sente-se incomodado quando é abordado por alguém que não conhece?			
3	... costuma ficar calmo?			
4	... costuma abordar pessoas que não conhece e falar com elas?			
5	... costuma gastar algum tempo a observar à distância pessoas que não conhece antes de se misturar com elas?			
6	... costuma ser muito falador quando conversa com alguém que acaba de conhecer?			
7	... passa a maior parte do tempo ao lado de uma pessoa que conhece bem?			
8	... tem tendência a sentir-se fisicamente ansioso (por exemplo, pulso acelerado, suado, borboletas na barriga)?			
9	... costuma apresentar-se a novas pessoas?			
10	... costuma manter uma razoável distância dos desconhecidos?			
11	... tem tendência a retirar-se e a afastar-se daqueles que o rodeiam?			

No geral, não apenas em situações novas ou desconhecidas...		Sim/ Quase sempre	Algumas vezes	Não/ Quase nunca
12	... prefere estar sozinho do que na companhia das outras pessoas?			
13	... gosta de ir a eventos sociais onde se encontram grandes multidões de pessoas?			
14	... costuma escolher atividades de lazer solitárias mais do que passar tempo com amigos íntimos?			
15	... prefere estar rodeado de atividades animadas em vez de ficar sossegado?			
16	Se fosse fisicamente capaz, desfrutaria de umas férias de aventura que envolvesse algum risco?			

**Medida de Inibição Comportamental para Adultos (AMBI)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

EAESDIS

(Pinto- Gouveia, Cunha, & Salvador, 2003)

Assinale o grau de desconforto ou ansiedade e o grau de evitamento que cada uma das situações assinaladas lhe provoca, utilizando a escala de resposta de 1 a 4, abaixo indicada.

Situações Sociais	Desconforto/ Ansiedade				Evitamento			
	Nenhum	Ligeiro	Médio	Severo	Nunca (0%)	Às vezes (1-33%)	Muitas vezes (34-67%)	Quase sempre (68-100%)
1 Participar numa atividade de grupo.	1	2	3	4	1	2	3	4
2 Comer em público.	1	2	3	4	1	2	3	4
3 Beber num local público.	1	2	3	4	1	2	3	4
4 Representar, agir ou falar perante uma audiência.	1	2	3	4	1	2	3	4
5 Ir a uma festa.	1	2	3	4	1	2	3	4
6 Trabalhar enquanto se está a ser observado.	1	2	3	4	1	2	3	4
7 Escrever enquanto se está a ser observado.	1	2	3	4	1	2	3	4
8 Telefonar a alguém que não conhece bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
9 Falar com alguém que não conhece bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
10 Encontrar-se com estranhos/desconhecidos.	1	2	3	4	1	2	3	4
11 Urinar num W.C. público.	1	2	3	4	1	2	3	4
12 Entrar numa sala onde os outros já estão sentados.	1	2	3	4	1	2	3	4
13 Ser o centro das atenções.	1	2	3	4	1	2	3	4
14 Levantar-se e fazer um pequeno discurso, sem preparação prévia, numa festa.	1	2	3	4	1	2	3	4
15 Fazer um teste às suas capacidades, competências ou conhecimentos.	1	2	3	4	1	2	3	4
16 Expressar desacordo ou reprovação a alguém que não conhece muito bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
17 Olhar diretamente nos olhos de alguém que não se conhece muito bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
18 Apresentar oralmente um trabalho.	1	2	3	4	1	2	3	4
19 Tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar).	1	2	3	4	1	2	3	4
20 Devolver um artigo e obter um reembolso.	1	2	3	4	1	2	3	4
21 Dar uma festa.	1	2	3	4	1	2	3	4
22 Resistir à pressão elevada de um elevador.	1	2	3	4	1	2	3	4

23	Ir a uma entrevista para arranjar emprego.	1	2	3	4	1	2	3	4
24	Pedir uma informação a uma pessoa desconhecida (ex: perguntar as horas, o nome da rua, morada, etc).	1	2	3	4	1	2	3	4
25	Juntar-se, numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
Situações Sociais		Desconforto/ Ansiedade				Evitamento			
		Nenhum	Ligeiro	Médio	Severo	Nunca (0%)	Às vezes (1-33%)	Muitas vezes (34-67%)	Quase sempre (68-100%)
26	Pedir um favor a outra pessoa.	1	2	3	4	1	2	3	4
27	Falar com uma pessoa que admire.	1	2	3	4	1	2	3	4
28	Numa festa, participar em jogos e/ou danças.	1	2	3	4	1	2	3	4
29	Convidar alguém, pela primeira vez para sair.	1	2	3	4	1	2	3	4
30	Aproximação do empregado quando se entrou numa loja só para ver.	1	2	3	4	1	2	3	4
31	Conversar com pessoas do sexo oposto.	1	2	3	4	1	2	3	4
32	Aceitar um elogio.	1	2	3	4	1	2	3	4
33	Participar num encontro com pessoas de cultura diferente.	1	2	3	4	1	2	3	4
34	Ir a uma discoteca com um(a) amigo(a).	1	2	3	4	1	2	3	4
35	Pedir a outra pessoa que mude um comportamento que nos desagrada.	1	2	3	4	1	2	3	4
36	Ser chamado ao gabinete do chefe ou professor.	1	2	3	4	1	2	3	4
37	Falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem.	1	2	3	4	1	2	3	4
38	Fazer um exame oral.	1	2	3	4	1	2	3	4
39	Queixar-se quando alguém tenta passar à sua frente na fila.	1	2	3	4	1	2	3	4
40	Ser chamado para “ir ao quadro”.	1	2	3	4	1	2	3	4
41	Tomar iniciativa de colocar uma questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião.	1	2	3	4	1	2	3	4
42	Responder a uma questão colocada pelo professor no meio da aula.	1	2	3	4	1	2	3	4

43	Chegar atrasado ou adiantado a uma reunião ou aula.	1	2	3	4	1	2	3	4
44	Falar com pessoas em condição sociocultural superior.	1	2	3	4	1	2	3	4

Das situações atrás apontadas escolha, agora as cinco situações que lhe provocam mais desconforto, colocando os respectivos números nos quadros abaixo indicados:

Aponte, nas linhas em branco, outras situações que lhe causam desconforto ou que evite mas que não estejam mencionadas.

**Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

POM

(Edwards, Rapee, & Kennedy, 2008)

Este questionário foi concebido para reunir informações sobre vários aspetos da parentalidade. Cada criança tem necessidades únicas; deste modo, não existem respostas certas nem erradas. Para cada item, assinale o número que melhor representa a forma como normalmente atua com o seu filho.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Um pouco	Às vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1					
1	Conforto imediatamente o meu filho quando ele/a chora.				
2	0	1	2	3	4
2	Enquanto brinca no parque, mantenho uma curta distância do meu filho (até cerca de 30m).				
3	0	1	2	3	4
3	Protejo o meu filho das críticas.				
4	0	1	2	3	4
4	Dou uma atenção redobrada ao meu filho quando ele se agarra a mim.				
5	0	1	2	3	4
5	Não permito que o meu filho saia com amigos da família sem que eu esteja presente.				
6	0	1	2	3	4
6	Levo o meu filho quase sempre ao médico quando não se sente bem.				
7	0	1	2	3	4
7	Mantenho sempre uma vigilância apertada sobre o meu filho.				
8	0	1	2	3	4
8	Tenho tendência a ser superprotetor com o meu filho.				
9	0	1	2	3	4
9	Tento antecipar e/ou evitar situações em que o meu filho possa fazer algo arriscado.				
10	0	1	2	3	4
10	Tento proteger o meu filho de cometer erros.				
11	0	1	2	3	4
11	Não permito que o meu filho suba às árvores.				
12	0	1	2	3	4
12	Protejo o meu filho das dificuldades da vida.				
13	0	1	2	3	4
13	Quando estamos fora de casa, tenho tendência a entrar em pânico se perco o meu filho de vista, nem que seja por um instante.				
14	0	1	2	3	4
14	Sinto-me relutante em deixar o meu filho praticar alguns desportos, por medo que se possa magoar.				
15	0	1	2	3	4
15	Só deixarei o meu filho com amigos próximos ou familiares se tiver de me ausentar.				
16	0	1	2	3	4
16	Acompanho o meu filho em todas as suas saídas.				
17	0	1	2	3	4
17	Protejo o meu filho de conflitos.				
18	0	1	2	3	4
18	Faço tudo o que é possível para proteger o meu filho de potenciais danos.				

19 Protejo o meu filho dos seus medos.

0 1 2 3 4

**Medida de Superproteção Parental (POM)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

EASP

(Pereira & Barros, 2010)

Este questionário pretende conhecê-lo melhor como pai ou mãe. Os pais são diferentes e cada criança tem necessidades únicas. Não existem respostas certas nem erradas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Um pouco	Alguma	Muita	Muitíssima
Para as questões de 1 a 9, por favor, assinale o grau de semelhança entre a afirmação e a forma como habitualmente pensa e se sente relativamente ao seu filho:					
1	Só fico tranquilo quando o meu filho está ao pé de mim.				0 1 2 3 4
2	Pergunto-me muitas vezes se o meu filho será capaz de se defender na escola.				0 1 2 3 4
3	Penso muitas vezes que pode acontecer algo mau ao meu filho (ser assaltado, atropelado, agredido,...).				0 1 2 3 4
4	Se o meu filho se atrasa fico logo aflito.				0 1 2 3 4
5	Durante o dia pergunto-me muitas vezes se o meu filho estará bem.				0 1 2 3 4
6	As pessoas dizem-me que me preocupo demais com o meu filho.				0 1 2 3 4
7	Se o meu filho fosse passear sem mim, para eu ficar tranquilo teria que ter alguma forma de o contactar.				0 1 2 3 4
8	Preocupo-me muito com as amizades do meu filho.				0 1 2 3 4
9	Dou por mim a pensar que podem acontecer coisas más ao meu filho sem que eu possa fazer nada.				0 1 2 3 4
Para as questões de 10 a 20, por favor assinale o grau de semelhança entre a afirmação e a forma como habitualmente se comporta relativamente ao seu filho:					
10	Eu tento proteger o meu filho de todas as dificuldades do dia-a-dia.				0 1 2 3 4
11	Eu procuro proteger o meu filho de tudo aquilo que lhe pode causar medo.				0 1 2 3 4
12	Quando o meu filho está nervoso, tenho de o acalmar imediatamente.				0 1 2 3 4
13	Quando sinto que o meu filho é criticado pelo professor ou outro adulto, eu defendo-o				0 1 2 3 4
14	Tenho que estar sempre atento a tudo aquilo que o meu filho faz.				0 1 2 3 4
15	Digo ao meu filho que a melhor forma de lidar com os medos é enfrentá-los.				0 1 2 3 4
16	Por vezes dou conta que para evitar que o meu filho cometa erros faço as coisas por ele.				0 1 2 3 4

17	Quando uma criança da mesma idade se mete com o meu filho eu defendo-o.	0	1	2	3	4
18	Encorajo o meu filho a lidar com as situações que lhe metem medo.	0	1	2	3	4
19	Quando algo assusta o meu filho, digo-lhe muitas vezes que é importante ser corajoso.	0	1	2	3	4
20	Apercebo-me muitas vezes que trato o meu filho como se fosse mais pequeno.	0	1	2	3	4

**Escala de Avaliação da Ansiedade e Superprotecção Parentais (EASP)

CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES

ANEXO I - Análise da Normalidade dos Indicadores

Modelo da Mãe

Variáveis	Min	Máx	Sk	c.r.	VIF	Ku	c.r.
Menino							
<i>AS Mãe</i>	-2.123	2.298	0.193	0.986	1.113	-0.593	-1.513
<i>Superproteção</i>	-2.384	2.171	-0.138	-0.704	1.092	-0.537	-1.369
<i>AS Criança</i>	-1.760	2.938	0.339	1.729		-0.402	-1.025
<i>Inibição Criança</i>	-3.051	3.353	0.089	0.456	1.069	0.492	1.254
<i>Multivariate</i>						-0.340	-0.306
Menina							
<i>AS Mãe</i>	-2.123	2.916	0.571	2.825	1.362	-0.136	0.337
<i>Superproteção</i>	-2.384	2.171	0.071	0.351	1.279	-0.461	-1.140
<i>AS Criança</i>	-1.760	2.938	0.483	2.391		0.124	0.307
<i>Inibição Criança</i>	-2.012	2.877	0.213	1.054	1.082	-0.208	-0.514
<i>Multivariate</i>						0.211	0.184

Modelo do Pai

Variáveis	Min	Máx	Sk	c.r.	VIF	Ku	c.r.
Menino							
<i>AS Pai</i>	-1.896	2.473	0.380	1.685	1.153	-0.358	-0.794
<i>Superproteção</i>	-2.529	2.116	-0.251	-1.113	1.137	-0.483	-1.072
<i>AS Criança</i>	-1.781	3.080	0.427	1.892		-0.360	-0.799
<i>Inibição Criança</i>	-2.982	3.247	0.338	1.498	1.017	0.494	1.095
<i>Multivariate</i>						0.381	0.299
Menina							
<i>AS Pai</i>	-1.896	2.577	0.414	1.850	1.067	-0.197	-0.441
<i>Superproteção</i>	-2.182	1.908	0.077	0.342	1.068	-0.757	-1.692
<i>AS Criança</i>	-1.781	2.810	0.412	1.841		-0.054	-0.121
<i>Inibição Criança</i>	-1.972	2.784	0.150	0.670	1.061	-0.139	-0.310
<i>Multivariate</i>						-1.075	-0.850