



Universidade Federal da Bahia – UFBA

Instituto de Psicologia – IPsi

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI

Janaína Nascimento Teixeira

A Relação entre o Controle Psicológico Materno e a Ansiedade Infantil

Salvador

2014

Janaína Nascimento Teixeira

A Relação entre o Controle Psicológico Materno e a Ansiedade Infantil

Dissertação elaborada como requisito de avaliação parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA).

Área de Concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Professora Orientadora: Dr.^a Patrícia Alvarenga

Salvador

2014

Teixeira, Janaína Nascimento

T266 A relação entre o controle psicológico materno e a ansiedade infantil / Janaína Nascimento Teixeira. – 2014.
115f.: il.

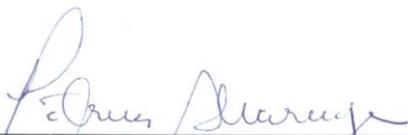
Orientadora: Prof^a Dr^a Patrícia Alvarenga
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Salvador, 2014.

1. Psicologia infantil. 2. Ansiedade em crianças. 3. Educação de crianças – Participação dos pais. 4. Controle (Psicologia). I. Alvarenga, Patrícia. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 155.4

TERMO DE APROVAÇÃO

BANCA EXAMINADORA:



Profª Drª **Patrícia Alvarenga** (orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA



Profª Drª **Lidia Natália Dobrianskyj Weber**
Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profª Drª **Eulina da Rocha Lordelo**
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 05 de junho de 2014.

Aos meus amados pais, por serem exemplos de dedicação e amor aos filhos.
Aos meus amados sobrinhos, geração que espero que seja beneficiada pelos avanços nos
estudos sobre as práticas educativas.

Agradecimentos

À Deus, por se mostrar presente em todos os momentos da minha vida, não me deixando nunca desamparada, e por colocar em meu caminho as pessoas, que cito abaixo, que foram importantes para que eu alcançasse esse resultado final.

À minha mãe, Adelzi, exemplo de mulher guerreira, que sempre foi a luta pelos seus filhos. Dedicada, amorosa, sempre por perto, cuidando e se preocupando conosco. Se cheguei aonde estou é fruto de tudo o que sempre fez e ainda faz por mim. Te amo muito!

Ao meu pai, Edgar, por todo apoio, amor e dedicação que sempre me deu. Por continuar cuidando de mim, principalmente quando o cansaço batia e nem comer eu queria, sempre estava por perto, trazendo um sanduiche e um suco para fortalecer o corpo para que o cérebro continuasse trabalhando. Te amo!

À Lu, irmã que a vida me deu, amiga da época em que nem sonhava fazer psicologia, hoje sócia e parceira de tantos projetos profissionais, obrigada por tudo que sempre fez, faz e fará por mim. Como sempre digo, seria muito mais difícil sem você ao meu lado, principalmente nos momentos em que o estresse tomava conta e a ansiedade me paralisava. Eram esses momentos que você sempre conseguia me ajudar a enxergar que eu era capaz, fortalecendo meu sentimento de autoconfiança com carinho, paciência, apoio, amizade. Além de toda ajuda ao ler e reler tanto o projeto, quanto a dissertação.

À minha avó, Argentina, por ser meu exemplo de força e determinação em tudo o que quer. Amo muito você! E ao meu avô José (em memória), que, apesar de não ter participado dessas etapas de minha formação (graduação e mestrado), esteve sempre presente na minha “mente” em todos os momentos importantes de minha vida, como esse. Saudades eternas!

A toda minha família (tias, primas, irmãos, cunhadas e sobrinhos) e, junto com ela, a minha família de coração (Assis Silva), sempre torcendo por mim e me ajudando, no que podem, em todos os meus projetos.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Patrícia Alvarenga, por exercer tão bem esse papel de orientadora, me ajudando na condução do trabalho de forma tão competente, respeitosa, dedicada e, até mesmo, conselheira e carinhosa nos momentos em que passei por problemas pessoais ou por cansaço e desmotivação com estresses da coleta e excesso de trabalho. Obrigada por me inserir nesse mundo da pesquisa científica e ter sido um excelente modelo de pesquisadora, professora e orientadora. Saio do mestrado uma profissional muito mais completa e, uma parcela significativa dessa evolução, devo a você.

Às escolas, pelo apoio e incentivo a participação das mães na pesquisa. E, ao mesmo

tempo, agradeço as mães que, neste corre-corre diário, separaram um tempo do seu dia para dividirem informações das suas vidas e de seus filhos para que essa pesquisa fosse realizada.

Às graduandas em psicologia Carla Patrícia Gonçalves, Josiane Souza e Luana Karina Pereira, pela valiosa participação na coleta dos dados, realizada de forma brilhante com seriedade e comprometimento. Sem vocês seria muito mais difícil a realização desta pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Lídia Weber, pela pronta disponibilidade para vir de tão longe avaliar essa dissertação como membro da banca de defesa.

À Prof.^a Dr.^a Eulina Cardoso pelas contribuições nos seminários de qualificação e como membro da banca de defesa.

À pós-graduação em Psicologia da UFBA, por me possibilitar a realização desse projeto e ampliar meu conhecimento sobre a psicologia do desenvolvimento e a tarefa de pesquisadora científica.

Aos secretários do Programa, Ivana e Henrique, por se mostrarem tão disponíveis em diversos momentos que requisitei a ajuda deles.

Aos colegas da pós-graduação que de alguma forma puderam contribuir com o enriquecimento do meu repertório acadêmico. Em especial, a colega Andrea Matos, que ao longo desse percurso se tornou uma pessoa que tenho a esperança de ter sempre por perto.

Aos colegas do grupo de pesquisa pelas contribuições ao projeto de pesquisa e preocupação nos momentos de dificuldade na coleta. Em especial a Quele Gomes, João Marcos de Oliveira e Taiane Lins pelas muitas dicas, seja de material, bibliografia ou escola. Sempre que precisei, me trataram com carinho e responderam imediatamente as minhas solicitações.

Ao colega Emanuel Palma, que participou desse caminho desde a seleção (não é *teacher*?) até a construção final da dissertação com o *abstract*. Não posso esquecer das aulas conjuntas que demos no estágio em docência. Sempre muito divertido estar ao seu lado. *Thanks!*

Aos amigos do Instituto Transformação, muitos já citados aqui, pelo apoio em diversos momentos dessa etapa de minha vida e pelo trabalho conjunto com o objetivo de divulgar e difundir a Análise do Comportamento.

A todos os meus amigos. Algumas até se tornaram mães e até hoje não conheço seus filhos. Com toda essa correria desses anos de mestrado, me desculpem a ausência em alguns momentos e espero correr atrás de tantas dívidas de visitas e saídas em breve.

“A ciência é uma disposição de aceitar os
fatos mesmo quando eles são opostos aos
desejos”

B.F. Skinner (1953/2003), p. 13

Resumo

O presente estudo investigou as relações entre o controle psicológico materno, e suas duas categorias, controle crítico e superproteção, e o controle comportamental materno (suporte apropriado), e os problemas de ansiedade em crianças com idades entre seis e oito anos. A hipótese foi de que os problemas de ansiedade infantil estivessem positivamente correlacionados às práticas de controle psicológico (controle crítico e superproteção) e negativamente correlacionados ao controle comportamental (suporte apropriado), sendo que a expectativa era de que a correlação entre superproteção materna e ansiedade infantil fosse mais alta do que a correlação entre controle crítico e ansiedade infantil. Participaram do estudo 83 mães com idade média de 36,75 anos (DP=7,53). As mães foram selecionadas em 10 escolas de Salvador. As mães que aceitaram participar da pesquisa responderam os seguintes instrumentos: Ficha de Informações Demográficas da Família, Inventário dos Comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL 6 - 18 anos) e Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil. Os resultados obtidos confirmaram apenas parcialmente as hipóteses testadas, visto que foram encontradas correlações positivas apenas entre a ansiedade infantil e o controle psicológico assim como com uma de suas categorias, o controle crítico. A análise de regressão confirmou apenas o poder preditivo do controle crítico, pois a dimensão mais ampla que o inclui, denominada controle psicológico, foi excluída do modelo. Por fim, a análise comparativa das diferenças entre as práticas das mães de crianças com problemas de ansiedade (grupo clínico) e as práticas de mães de crianças sem problemas de comportamento (grupo não clínico), além de confirmar a importância do controle crítico para a compreensão da ansiedade infantil, também revelou diferenças significativas para as práticas de suporte apropriado, com uma maior frequência de relatos dessas práticas feitos pelas mães do grupo não clínico. De acordo com o modelo teórico da Análise do Comportamento, a relação encontrada entre o controle crítico e a ansiedade infantil pode ser explicada pela estimulação aversiva intensa presente nos comportamentos maternos característicos desse tipo de prática. Essas contingências coercitivas intensas levam a criança a perceber os ambientes em que está inserida como aversivos e ao desenvolvimento do sentimento de responsabilidade excessivo, o que pode produzir problemas de ansiedade. Discute-se também a importância das variáveis culturais nos estudos sobre as relações entre práticas educativas e ansiedade infantil.

Palavras-chaves: ansiedade infantil, práticas educativas maternas, controle parental.

Abstract

This study investigated the relationships among maternal psychological control and its two dimensions, critical control and overprotection, appropriate maternal control (appropriate support) and anxiety problems in children aged six to eight years old. The hypothesis was that child anxiety problems would be positively correlated with practices involving psychological control (critical control and overprotection) and negatively correlated with behavioral control (appropriate support). It was also expected that the correlation between maternal overprotection and child anxiety problems would be stronger than the one between critical control and child anxiety. Participants in the study were 83 mothers with the mean age of 36,75 years ($SD=7,53$). The mothers were recruited in ten schools in Salvador. Those who consented to participate in the study completed the following measures: The Family Demographic Data Sheet; The Child Behavior Checklist (CBCL 6-18 yrs), and The Structured Interview about Parental Childrearing Practices and Child Socialization. The results revealed only a partial corroboration of the tested hypothesis. There was only one positive correlation between child anxiety and psychological control and its critical control dimension. Regression analysis revealed only the predictive power of critical control since the broader dimension that included it, called psychological control, was excluded from the model. Finally, the comparative analysis of the differences between the practices of mothers whose children had anxiety problems (clinical group) and the practices of mothers whose children did not have behavior problems (nonclinical group) highlighted the important role of critical control in understanding child anxiety, and it also revealed significant differences in the appropriate control dimension. Mothers in the nonclinical group were more likely to report appropriate control practices. According to the Behavior Analysis theoretical model, the relationship found between critical control and child anxiety can be accounted for by the intensive aversive stimulation by mothers who use these practices. These coercive contingencies make children perceive their surrounding environments as aversive, and they may also lead to the development of the feeling of excessive responsibility, which may result in anxiety problems. The importance of cultural variables in the studies about the relationships between childrearing practices and child anxiety is also discussed.

Key words: child anxiety, maternal childrearing practices, parental control.

Sumário

Introdução	13
Ansiedade	13
Ansiedade Infantil	25
Preditores da Ansiedade Infantil	33
Práticas Educativas Parentais e Ansiedade Infantil	39
Controle psicológico e controle comportamental: O modelo de Barber	52
Justificativa e objetivos do estudo	63
Método	65
Participantes	65
Delineamento	66
Procedimento	67
Considerações éticas	67
Instrumentos	68
Análise dos dados	71
Resultados	73
Ansiedade Infantil	73
Práticas Educativas Maternas	75
As relações entre as Práticas Educativas Maternas e a Ansiedade Infantil	77
Discussão	81
Considerações Finais	91
Referências	92
Anexo A – Convite enviado as mães	105
Anexo B – Cartaz informativo para os murais das escolas	106
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
Anexo D – Ficha de Informações Demográficas da Família	108
Anexo E – Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil – Meninas	109
Anexo F – Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil – Meninos	112
Anexo G – Cartões de Resposta do CBCL e NFV	115

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Possíveis relações funcionais entre eventos ambientais e respostas ansiosas (Zamignani & Banaco, 2005).....	22
<i>Figura 2.</i> Itens para avaliação da ansiedade no Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – 6 a 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2001).....	32
<i>Figura 3.</i> - Modelo explicativo da Análise do Comportamento: Relações entre as práticas educativas parentais e ansiedade infantil.....	61
<i>Figura 4.</i> Diagrama dos escores apresentados pelo NFV no presente estudo.....	71
<i>Figura 5.</i> Itens que compõe as categorias Suporte Apropriado e Superproteção da Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil (NFV)	85

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas das participantes</i>	66
Tabela 2. <i>Classificação e Média da Ansiedade Infantil no CBCL (n = 83)</i>	73
Tabela 3. <i>Correlações de Pearson entre as Variáveis Sociodemográficas e Ansiedade Infantil (n = 83)</i>	74
Tabela 4. <i>Análises da associação (Qui-quadrado) entre as Variáveis Sociodemográficas e Ansiedade Infantil</i>	75
Tabela 5. <i>Média das Práticas Educativas no NFV (n = 83)</i>	76
Tabela 6. <i>Correlações de Pearson entre as Variáveis Sociodemográficas e Práticas Educativas Maternas (n = 83)</i>	77
Tabela 7. <i>Correlações de Pearson entre Ansiedade Infantil e Práticas Educativas Maternas (n=83)</i>	78
Tabela 8. <i>Resumo da Análise de Regressão Múltipla (Stepwise) da Ansiedade Infantil sobre o Controle Psicológico, o Controle Crítico e a Idade Materna (n = 83)</i>	79
Tabela 9. <i>Comparação das Práticas Educativas Maternas nos Grupos Clínico e Não-clínico (n = 54)</i>	80

Introdução

A etiologia dos transtornos ansiosos infantis é multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais. Estudos demonstram a influência de componentes genéticos e neurobiológicos, características de temperamento, processos de formação do apego, práticas educativas parentais, ansiedade parental, entre outros (Ollendick, & Benoit, 2012; Zanoni, 2004).

Evidências têm se acumulado nos últimos anos apoiando o papel dos fatores familiares na etiologia da ansiedade em crianças e jovens, e esse tema tem sido um importante alvo de novas pesquisas (Ginsburg, Grover, & Ialongo, 2005). Nessa perspectiva, a dimensão da parentalidade, denominada controle, tem recebido destaque como um importante preditor de sintomas de ansiedade na infância. O controle parental diz respeito ao envolvimento dos pais nas atividades, rotinas ou nas experiências emocionais da criança, ou ainda ao maior ou menor incentivo à dependência da criança em relação a eles, assim como pode também manifestar-se na presença ou ausência de instruções sobre como a criança deve pensar ou sentir (Barber, 1996; McLeod, Wood, & Avny, 2011).

O presente estudo propôs uma investigação da relação entre as práticas educativas parentais de controle e a ansiedade infantil. Inicialmente, serão apresentadas definições de ansiedade, bem como suas principais características, válidas para todas as etapas do desenvolvimento humano. Em seguida, serão abordados os aspectos diferenciais da ansiedade na infância. Na seção seguinte, serão apresentados os preditores da ansiedade infantil, que compõem uma questão essencial e, ao mesmo tempo, um dos pontos que reúne as maiores controvérsias. As práticas educativas parentais, por serem as variáveis preditoras investigadas neste estudo, serão abordadas separadamente na próxima seção. Por fim, serão apresentados e discutidos o modelo de Barber (1996), que define as noções de controle comportamental e de controle psicológico e, as relações entre esse construto e a ansiedade infantil, que constituem o foco desta dissertação.

Ansiedade

A expressão ansiedade tem origem grega, “anshein”, e significa estrangular, sufocar ou oprimir. Angustia, sentimento muito próximo e, para alguns, até semelhante, provém do latim, “angor”, e significa falta de ar. Esses significados remetem a alguns dos principais sintomas da ansiedade. A distinção entre ansiedade e angústia é feita por alguns autores, porém não há

consenso a respeito do assunto (Graeff, 1999). Também discute-se sobre a distinção entre ansiedade e medo, dois estados emocionais claramente relacionados. Alguns autores, de forma geral, utilizam o termo medo quando o perigo é provocado por estímulo ou situação real e o sentimento está vinculado ao momento da apresentação do estímulo eliciador. Por outro lado o uso do termo ansiedade seria mais complexo, estando relacionado aos estímulos condicionados, que são mais difíceis de especificar e estão vinculados a um evento futuro (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005; Graeff, 1999; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997).

A ansiedade é um sentimento desencadeado por situações ameaçadoras, em que o perigo é potencial, porém, ainda não está presente no ambiente (Bravin & Farias, 2010), ou seja, é um alerta, que adverte sobre a probabilidade de perigo, possibilitando um tempo para que a pessoa decida entre enfrentar ou evitar a situação temida (Kaplan et al., 1997). Trata-se, portanto, de um sentimento desagradável e caracterizado por uma sensação de apreensão e medo, já que está subentendida a sensação de proximidade de uma ameaça futura que deve ser evitada (Banaco & Zamignani, 2004; Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000; Kaplan et al., 1997; Rodrigues, 2011). Além disso, a reação ansiosa faz parte da condição humana, é natural do organismo em algumas situações ambientais ou eventos psicológicos e é considerada adaptativa e necessária à sobrevivência do indivíduo (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Esperidião et al., 2008; Vianna, 2010). Todas as pessoas vivenciam algum sintoma ansioso, em algum momento de sua vida. É uma resposta presente e considerada natural até mesmo entre os animais (Kaplan et al., 1997).

Embora seja considerada uma emoção básica e positiva, a ansiedade também é uma das principais dificuldades enfrentadas pelo ser humano no que se refere a suas vivências emocionais e pode ser encontrada nas diversas fases da vida – em crianças, adolescentes, adultos e idosos (Andrade & Gorenstein, 1998; Cunha, 2001). Em situações mais críticas, os sintomas podem provocar até uma impressão de morte ou colapso iminente (Andrade & Gorenstein, 1998; Kaplan et al., 1997). Essa evitação de situações percebidas como ameaçadoras é considerada como um dos principais sintomas de ansiedade (van der Bruggen, Stams, & Bögels, 2008). Sua definição engloba tanto uma resposta frente a um perigo real quanto a uma ameaça imaginária, porém, caso o risco seja real, normalmente, a emoção nas pessoas ansiosas é considerada desproporcionalmente mais intensa do que a das pessoas sem transtornos de ansiedade (Andrade & Gorenstein, 1998; Banaco & Zamignani, 2004; Kaplan et al., 1997; Rodrigues, 2011).

Intensas alterações fisiológicas acompanham as respostas comportamentais da ansiedade. O senso comum costuma descrever a ansiedade como “frio na barriga”, “coração

apertado”, “nó na garganta”, “mãos suadas” e também como um sentimento “paralisante” (Banaco & Zamignani, 2004). Os sintomas fisiológicos mais comuns são aumento da frequência cardíaca, hipertensão arterial, transpiração e tensão muscular (Chorpita & Barlow, 1998; Dalgalarrodo, 2000; Gentil & Lotufo-Neto, 1996; Kaplan et al., 1997). Esses sintomas são as características orgânicas mais utilizadas para medir a ansiedade, apesar do valor de tais medidas serem relativos, já que, normalmente, esses sintomas encontram-se alterados em diferentes situações, ou seja, não são exclusivos da ansiedade (Graeff, 1999). Outras manifestações fisiológicas são sintomas comuns na ansiedade: frequência respiratória aumentada, diminuição no fluxo sanguíneo de vasos periféricos, dilatação da pupila, aumento dos reflexos e desconforto abdominal (Dalgalarrodo, 2000; Gentil & Lotufo-Neto, 1996; Kaplan et al., 1997). Alguns sintomas psíquicos também são característicos da ansiedade, tais como, tensão, nervosismo, insegurança, dificuldade de concentração e conciliação do sono, bem como sentimentos de apreensão e antecipação da ameaça (Dalgalarrodo, 2000; Gentil & Lotufo-Neto, 1996).

Atualmente, a perspectiva biológica explica a ansiedade pelo paradigma evolucionário, construído por Charles Darwin, seguido pela Etiologia (Bravin & Farias, 2010; Graeff, 1999). Os sintomas ansiosos têm a função de evitar danos e preservar o organismo de perigos. De fato, ao se avaliar a função biológica das respostas de ansiedade, nota-se que os aumentos das frequências cardíaca e respiratória, com provável aumento da pressão arterial, produzem maior fluxo sanguíneo no organismo e oxigênio no sangue, fundamentais para o aumento do metabolismo nos músculos, que podem ser utilizados numa necessidade de luta ou fuga. A diminuição do fluxo sanguíneo nos vasos periféricos evita ou, pelo menos diminui, o sangramento caso ocorra algum ferimento. A dilatação da pupila permite uma amplitude do campo de visão e, auxiliada pelo aumento dos reflexos, favorece uma condição de fuga, além de um melhor desempenho em situação de luta (Bravin & Farias, 2010).

O princípio da seleção natural é a principal explicação para a perpetuação da ansiedade, já que a mesma capacita os organismos para comportamentos de luta ou fuga na presença, real ou potencial, de um perigo. Esse paradigma busca explicar o valor adaptativo dos processos comportamentais e psicológicos (Graeff, 1999). É possível supor que animais que apresentavam essas respostas frente a predadores e adversários eram mais eficientes nas fugas e lutas, o que garantia maior tempo de vida para poder procriar, aumentando as possibilidades de transmissão de genes relacionados às respostas ansiosas. Animais que não apresentavam essas respostas teriam desvantagem nas situações de luta e fuga, sendo facilmente derrotados, diminuindo suas possibilidades de gerar descendentes e transmitir seus

genes (Baptista et al., 2005; Bravin & Farias, 2010; Graeff, 1999).

Alguns estudos e artigos dividem a ansiedade em dois subtipos: ansiedade-estado ou ansiedade-traço. De acordo com Andrade e Gorenstein (1998), essa concepção dualística foi proposta primeiramente por Cattell e Scheier em 1961. A ansiedade-estado é conceituada como um estado emocional transitório, que varia ao longo do tempo, ocorre em uma determinada ocasião pontual da vida do indivíduo, e geralmente é contingente a algum evento estressante, aumentando ou diminuindo de intensidade pela apresentação ou retirada desse evento. Por outro lado, o conceito de ansiedade-traço refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na disposição para os sintomas de ansiedade, ou seja, uma característica do indivíduo que pode ter uma tendência estável ao longo da vida de sentir-se mais ou menos ansioso diante das circunstâncias da vida. Esse padrão é menos sensível a mudanças ambientais e, relativamente mais constante ao longo do tempo (Andrade & Gorenstein, 1998; Baptista et al., 2005; McLeod, Wood & Weisz, 2007).

O primeiro conceito, de ansiedade-estado, refere-se ao sentimento natural que acomete qualquer indivíduo, algumas vezes, ao longo de sua vida, sem causar maiores complicações, enquanto o segundo, de ansiedade-traço, refere-se a um sentimento desproporcional, que desencadeia uma série de sofrimentos e problemas de ordem social e, portanto, pode ser considerado patológico, na medida em que causa prejuízo à pessoa em função dos comportamentos de fuga e esquiva de situações importantes da sua vida afetiva/emocional, familiar, social, acadêmica e/ou profissional (Banaco & Zamignani, 2004; Kaplan et al., 1997). Sabe-se que certo grau de ansiedade é necessário para um bom desempenho em tarefas cognitivas, por exemplo. Contudo, uma ansiedade exagerada pode ser inadequada, podendo, inclusive, perturbar o desempenho nessa mesma tarefa (Graeff, 1999).

Alguns pesquisadores operacionalizaram o conceito de ansiedade em três dimensões de respostas: (1) a dimensão comportamental, que corresponde à presença intensa de comportamentos paralisantes, evitativos ou de fuga; (2) a dimensão cognitiva, que se refere ao relato avaliativo de uma situação como perigosa ou ameaçadora; (3) e a dimensão fisiológica, que está relacionada aos indicadores de ativação autonômica periférica, modificação de padrões de configuração muscular, alterações nos parâmetros dos sistemas imunológicos e endocrinológicos e índices centrais no funcionamento do sistema nervoso. A ansiedade pode, assim, ser definida por uma variedade de medidas em cada um dos três sistemas de resposta: o que se faz, ou o comportamento não verbal; o que se pensa ou se diz, isto é, a linguagem; e o que se sente perante uma ameaça real ou imaginada, ou seja, a fisiologia (Baptista et al., 2005; Stallard, 2010).

Essas três dimensões de respostas são contempladas na operacionalização do conceito de ansiedade pela Análise do Comportamento. Zamignani e Banaco (2005) afirmam que a definição de ansiedade abarca tanto respostas reflexas condicionadas - ou seja, o que se sente perante uma ameaça real ou imaginada – quanto respostas operantes que modificam o ambiente – o que se pensa ou se diz e o que se faz diante de tal situação. Esses operantes são respostas de fuga e esquiva de estímulos aversivos incondicionados e condicionados. Segundo Skinner (1953/2003), a resposta é de fuga quando o organismo elimina ou diminui a intensidade de um estímulo incondicionado. Já quando o indivíduo posterga ou elimina um estímulo aversivo condicionado, essa resposta é chamada de esquiva.

Ainda de acordo com Zamignani e Banaco (2005), a apresentação de estímulos aversivos incondicionados – ou seja, estímulos que são aversivos para toda espécie – eliciam respostas de medo. Ou seja, a resposta do medo seria um reflexo incondicionado, que não dependeria de uma história de aprendizagem anterior. Já a ansiedade que envolveria um perigo em potencial, um evento futuro, poderia ser explicada pelo condicionamento respondente. Ou seja, estímulos habitualmente neutros para a resposta de medo, se forem seguidos consistentemente ou apresentados simultaneamente – pareados – com estímulos aversivos incondicionados, adquirirão propriedades aversivas e passarão a elevar respostas “semelhantes ao medo” – que tendem a ser denominadas e reconhecidas como respostas de ansiedade. Dessa forma, a antecipação de estímulo aversivo incondicionado, isto é, um perigo em potencial, seria uma resposta condicionada a um estímulo aversivo condicionado presente no ambiente, que é denominado estímulo pré-aversivo. Assim, as respostas de ansiedade, apesar de serem semelhantes às de medo, não são iguais em suas propriedades, tais como magnitude, latência, entre outras, pelo fato de serem elevidas por estímulos condicionados (Estes & Skinner, 1941/1961; Zamignani & Banaco, 2005).

Tomando a ansiedade como um conjunto de respostas reflexas caracterizadas fundamentalmente pela ativação do sistema nervoso simpático, as respostas associadas a esse quadro com mais frequência são o aumento da frequência cardíaca, a hipertensão arterial, a respiração e a tensão muscular. Apesar dessas respostas serem representativas dos quadros de ansiedade, outras situações emocionais poderiam causar também reações reflexas semelhantes, tais como, a busca por reforçadores naturais (alimento, sexo etc.) e esportes radicais. Logo, fica evidente a necessidade da inclusão da análise de respostas operantes para a compreensão da ansiedade. Segundo Sidman (1989/2003), numa situação de ansiogênica, o organismo tende a emitir respostas que têm por consequência eliminar, diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção de estímulos aversivos.

Além das respostas de fuga e esquiva observadas na presença de estimulação aversiva, pode-se observar também uma interação dessas manifestações respondentes sobre o comportamento operante que estiver ocorrendo no momento da apresentação do estímulo aversivo incondicionado. Estes e Skinner (1941/1961) elaboraram o primeiro estudo que investigou essa interação do respondente agindo sobre o desempenho operante, que foi denominada como supressão condicionada. Na supressão condicionada, o arranjo entre os estímulos da contingência respondente é uma variável importante na produção da supressão condicionada do responder operante (Regis Neto, Banaco, Borges, & Zamignani, 2012). Por exemplo, quando existe a possibilidade de emissão das respostas de fuga do estímulo condicionado e/ou de fugir do estímulo incondicionado, essas respostas tendem a ocorrer numa frequência maior do que as que produzem reforçadores positivos. Quando não é possível a emissão de respostas de fuga e esquiva, o efeito reflexo da estimulação condicionada paralisa a emissão de respostas operantes que produziriam o estímulo reforçador positivo (Zamignani & Banaco, 2005). Por exemplo, uma pessoa com fortes sintomas ansiosos poderia dizer: “Meu corpo não me obedece mais”, “Sinto que não vou para a frente”, “Meu braço formiga”, “Sinto tontura”, “Tenho sensação que vou desmaiar” etc e poderia relatar a supressão de comportamentos, tais como: ir trabalhar, dirigir, ir ao shopping.

Na Análise do Comportamento, o paradigma da supressão condicionada é a forma mais bem aceita para descrição do fenômeno da ansiedade, pois proporciona um efeito marcado, bem descrito e que produziu grande quantidade de estudos experimentais (Calton & Didamo, 1960; Estes & Skinner, 1941/1961; Stein, Sidman & Brady, 1958). Contudo, observam-se algumas críticas a esse modelo, principalmente, quando ele é transposto diretamente do laboratório animal para a prática clínica, já que existem outras contingências importantes no estudo da ansiedade de seres humanos em contextos fora do laboratório (Banaco, 2001; Zamignani & Banaco, 2005).

Além da eliminação do estímulo aversivo, qualquer outra resposta presente na situação ansiogênica pode ser reforçada. Ou seja, a resposta ansiosa está submetida, concomitantemente, a diferentes possibilidades de reforçamento adicionais à consequência de eliminação do pré-aversivo ou do aversivo. Por exemplo, pode ocorrer reforçamento negativo pela eliminação de outros estímulos aversivos – que não a eliminação do estímulo aversivo ou pré-aversivo da resposta ansiosa – caso a resposta produza, por exemplo, a eliminação de uma tarefa indesejada, como no caso de uma adolescente que ao fazer um ritual de TOC é liberada de limpar a casa. Além disso, pode ocorrer também reforçamento positivo caso a resposta de esquiva for seguida por um reforçador social, como atenção (Zamignani & Banaco, 2005).

Logo, essas respostas podem continuar ocorrendo mesmo que haja uma extinção entre o pré-aversivo e o aversivo sob controle dessas outras consequências adicionais (Kanfer & Phillips, 1970). Caso não ocorram novos pareamentos entre o pré-aversivo e o aversivo, a conexão entre ambos poderia enfraquecer configurando o processo de extinção respondente e, em decorrência, enfraquecer a relação operante entre a resposta de esquiva e a sua consequência reforçadora negativa. Mas, as outras consequências adicionais poderiam manter a ocorrência das respostas operantes (Kanfer & Phillips, 1970, Zamignani, 2001).

Uma outra possibilidade é que as respostas públicas de ansiedade poderiam ocorrer independentemente da ocorrência de respostas privadas de medo e ansiedade, como resultado dessas operações de reforçamento (Zamignani, 2001). Nesse caso, a relação operante que controlaria a emissão dessas respostas poderia envolver apenas os estímulos ambientais antecedentes e as consequências reforçadoras que se seguem às respostas públicas, sem, necessariamente, passar pelas respostas privadas de medo, ansiedade ou obsessões (Zamignani & Banaco, 2005). Um exemplo dado por Zamignani (2001), relata a situação de uma criança com Transtorno Obsessivo Compulsivo que após a emissão de uma resposta compulsiva, tal como ajeitar o copo na hora do almoço ou lavar as mãos excessivamente, é segurado no colo pela mãe, que lhe pergunta se está tudo bem, dando carinho e atenção com maior intensidade do que o usualmente dado aos demais comportamentos não compulsivos da criança. Além do carinho da mãe, ao ficar a par da situação, o pai, que geralmente chega cansado do trabalho e não tem tempo para nada, poderia passar a conversar mais com o filho na tentativa de que ele falasse sobre o que está acontecendo. O carinho dado pela mãe e a atenção do pai, provavelmente, passariam a exercer controle operante e, consequentemente aumentariam a frequência, não só das respostas compulsivas, mas também de toda a cadeia/classe de respostas (respostas obsessivas, ansiosas e de esquiva). De acordo com Skinner (1953/2003), a resposta pode não ter mais nenhuma relação com a contingência original, mas ainda assim ser mantida pelas novas contingências em operação.

Além disso, as respostas envolvidas nos quadros ansiosos são emitidas na presença de um conjunto de estímulos antecedentes que, junto ao estímulo eliciador (incondicionado ou condicionado), podem se tornar estímulos relevantes para a emissão futura da resposta ansiosa (Zamignani & Banaco, 2005). Zamignani e Banaco (2005) descrevem, como exemplo, uma situação na qual uma pessoa teve um primeiro ataque de pânico. A primeira resposta ansiosa pode ser considerada um reflexo incondicionado eliciado pela ativação biológica do organismo, configurando um ataque de pânico. Contudo, essa resposta ocorreu em uma situação no qual estavam presentes muitos outros estímulos e outras respostas (públicas e/ou

privadas). Provavelmente, os estímulos que estavam presentes na ocasião do ataque de pânico, e as respostas que estavam sendo emitidas, por associação com o estímulo aversivo incondicionado, podem adquirir a função de estímulo aversivo condicionado e estímulo discriminativo para emissão de respostas de esquiva. Além disso, pelo processo de generalização de estímulos ou formação de classes de equivalência de estímulos, as funções eliciadoras e discriminativas podem ser deslocadas para outros estímulos por meio de novos pareamentos.

De acordo com Catania (1999), existem algumas respostas que podem permanecer ocorrendo, mesmo que as consequências imediatas sejam alteradas, essas respostas podem participar de classes de respostas mais amplas (ordem superior), cujas consequências que as controlam necessitam ser identificadas e manipuladas para que se possa produzir a mudança esperada. Retomando o exemplo de Zamignani e Banaco (2005) sobre ataque de pânico, pode-se imaginar que se esse ataque de pânico ocorreu em uma sala de aula, a partir disso, a pessoa passou a se esquivar de entrar em salas de aula, evitando ter um novo ataque. Contudo, considerando-se que logo após esse ataque, o indivíduo obteve atenção e cuidado da professora e dos colegas por meio de reforçamento positivo, a partir da história de reforçamento, novas contingências podem ir ocorrendo, e os ataques de pânico podem passar a fazer parte de uma classe mais ampla, controlada pelas consequências da atenção e cuidado recebido e não apenas pela consequência imediata (no caso, evitar sala de aula – estímulo aversivo condicionado).

Por fim, as operações estabelecedoras, ou motivacionais, também podem influenciar nas respostas ansiosas. De acordo com Michel (1982), essas operações estabelecem ou alteram os valores reforçadores de determinados estímulos. Ou seja, elas momentaneamente alteram a efetividade reforçadora dos eventos e a frequência de ocorrência de todo o comportamento que foi reforçado por esses eventos (Michel, 1982;1988). De acordo com Zamignani e Banaco (2005), duas operações estabelecedoras têm efeitos diretos na ansiedade: a privação e a estimulação aversiva.

Muitas pessoas que possuem um padrão comportamental do tipo ansioso apresentam um repertório comportamental bastante limitado, tanto no que se refere a habilidades diversas, necessárias para o enfrentamento e a resolução de problemas, quanto a habilidades sociais. A partir disso, sua ação no ambiente pode produzir poucas consequências reforçadoras. Dessa forma, existe baixa probabilidade de que respostas alternativas à resposta-problema (no caso a ansiosa) sejam estabelecidas tanto por seu repertório limitado quanto por um ambiente pobre de reforçadores (Queiroz & Guilhardi, 2001; Zamignani, 2001; Zamignani & Banaco, 2005).

Como já foi explicado anteriormente, a privação altera a probabilidade de emissão de qualquer resposta que produza o estímulo reforçador do qual o indivíduo está privado (mesmo quando a resposta envolve uma estimulação aversiva). Logo, se as respostas ansiosas têm como consequência os poucos reforçadores ambientais disponíveis (cuidado, atenção especial, proximidade dos familiares, isenção de responsabilidades), esse padrão se manterá. Além disso, a privação intensa pode ser considerada condição de estimulação aversiva, que produz respostas de fuga e esquiva. Essa privação intensa, por sua vez, reduz a variabilidade comportamental, produzindo respostas estereotipadas (Sidman, 1989/2003). Em relação à operação estabelecida, estimulação aversiva, quando o indivíduo está exposto a um ambiente rico em estimulação aversiva, existe uma condição crônica de interações que produzem respostas de ansiedade e esquiva, além de baixa probabilidade de respostas que produzam reforçamento positivo, o que também diminui a variabilidade e produz estereotipia da resposta.

A partir dessas possíveis interações entre variáveis nos transtornos de ansiedade, Zamignani e Banaco (2005) apresentam um quadro (figura 1) com uma proposta de análise das contingências envolvidas. No esquema proposto pelos autores, a condição antecedente do comportamento ansioso observável (resposta ansiosa aberta) é composta por: operações estabelecidas, que podem ser condições de privação ou estimulação aversiva; estimulação pública, que podem ser os estímulos eliciadores e discriminativos (aversivos ou pré-aversivos) do ambiente externo; e estimulação privada, que podem ser as respostas autonômicas, sentimentos de medo/desconforto ou pensamentos obsessivos e preocupações. De acordo com os autores, as consequências mantenedoras das respostas ansiosas poderiam ser as seguintes: eliminação ou adiamento da estimulação aversiva derivadas da exposição ao estímulo ansiogênico; possíveis consequências reforçadoras positivas que agiriam sobre operações estabelecidas envolvendo estados de privação; e, possíveis consequências reforçadoras negativas que produziriam o adiamento ou cancelamento das operações estabelecidas constituídas por estimulações aversivas. Essas consequências passariam a controlar toda a cadeia de eventos comportamentais, mantendo um padrão de responder repetitivo e com a variabilidade restrita da resposta. Dessa forma, o repertório do indivíduo torna-se empobrecido e estereotipado. Além disso, os estímulos e respostas presentes em qualquer elo da cadeia de eventos poderiam se estabelecer como parte de classes de estímulos equivalentes, por meio de relações de equivalência e de generalização de estímulos, eliciando ou evocando respostas de ansiedade. Como resultado de tal processo, a seta tracejada representa uma possível ocorrência de resposta aberta sem a participação dos elos encobertos.

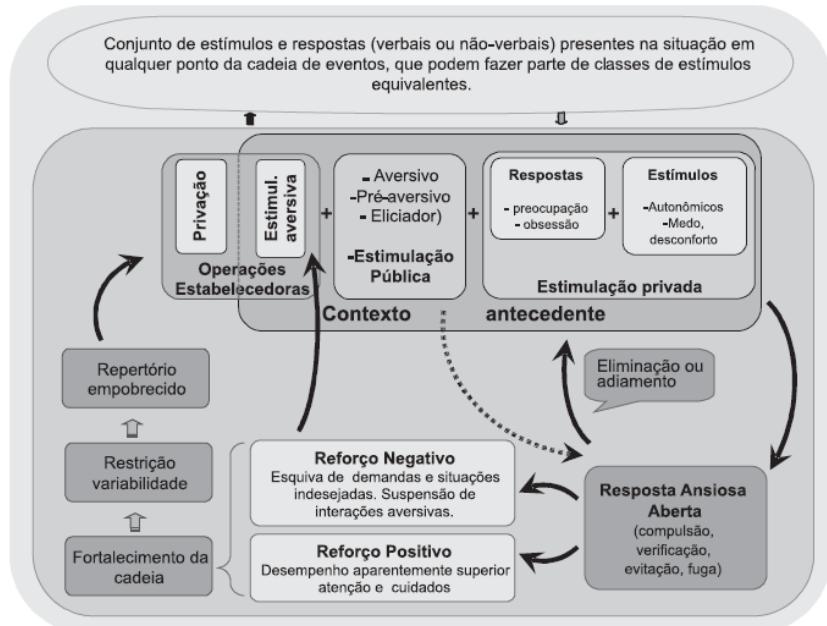


Figura 1. Possíveis relações funcionais entre eventos ambientais e respostas ansiosas (Zamignani & Banaco, 2005)

Por fim, Tourinho (2006) sugere que para compreender os fenômenos emocionais é necessário dar conta de sua complexidade que varia ao longo de um *continuum*, analisando relações produzidas nos níveis filogenético, ontogenético e cultural. Essa noção de um *continuum* de complexidade afirma que os fenômenos comportamentais podem ser entendidos de acordo com o grau de complexidade em que se apresentam as diversificadas relações envolvidas. Assim, comportamentos que existem apenas relações de origem filogenética seriam menos complexos do que aqueles dos quais participam também relações produzidas pelo condicionamento respondente e operante; estes seriam ainda menos complexos do que aquelas dos quais participam adicionalmente relações que se originam em um nível cultural. A partir disso, dependendo dos tipos de relações envolvidas, a ansiedade poderia apresentar-se sob o formato de um evento de maior ou menor complexidade.

Já em relação a identificação da ansiedade enquanto doença, somente a partir do final do século XIX, a ansiedade passou a ser vista como um problema de saúde (Graeff, 1999; Vianna, Campos & Fernandez, 2009). Desde então, existem muitas tentativas de classificação para os transtornos ansiosos. Os critérios de classificação inicialmente utilizados eram muito subjetivos, o que levava a acentuadas discordâncias entre diferentes observadores. Tal fato dificultava o uso de classificações psiquiátricas em estudos controlados. Atualmente, adotam-se critérios mais operacionais, tanto no Código Internacional das Doenças (CID-10), da

Organização Mundial de Saúde (OMS) como, sobretudo, nas últimas classificações elaboradas pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR e DSM-V). Esses manuais são constantemente atualizados e revisados.

Para se diferenciar a ansiedade normal da patológica, deve-se avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e/ou relacionada a um estímulo presente (Castillo et al., 2000). A ansiedade define-se enquanto problema de saúde e fenômeno clínico quando envolve: (1) excitação biológica com manifestações musculares e neurovegetativas exageradas, desproporcionais, ou qualitativamente diferentes do que se observa como norma naquela faixa etária; (2) relatos verbais de estados internos desagradáveis; (3) redução na eficiência comportamental, impedindo o andamento das atividades profissionais, sociais e acadêmicas e interferindo na qualidade de vida e conforto emocional do indivíduo; (4) reações de fuga ou esquiva; (5) relatos verbais de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e (6) evidências de que as respostas de fuga-esquiva tomam considerável parte do dia (Asbahr, 2004; Banaco & Zamignani, 2004; Bravin & Farias, 2010; Castillo et al., 2000).

No DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), os seguintes transtornos estão contidos na seção de Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Pânico sem Agorafobia, Transtorno de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem História do Transtorno de Pânico, Fobia Específica, Fobia social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-traumático, Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação. Os parâmetros para a definição das categorias diagnósticas levam em consideração os seguintes fatores: a circunstância desencadeadora que elicia ou evoca os sintomas ansiosos, as respostas consideradas como sintomas, o tipo de comportamento emitido para reduzir o contato com o estímulo eliciador/evocativo, bem como a persistência dos comportamentos eliciados/evocativos (Banaco & Zamignani, 2004; Bravin & Farias, 2010; Graeff, 1999; Kaplan et al., 1997).

As fobias em geral são caracterizadas por medo exagerado e consequente evitação de situações mais ou menos específicas. A Agorafobia refere-se ao medo de lugares públicos, a Fobia Social implica na evitação de contatos sociais, enquanto a Fobia Específica implica na evitação de estímulos particulares, tais como, aranhas, elevadores, entre outros (APA, 2000; Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Graeff, 1999).

O Transtorno de Pânico, outro tipo de transtorno ansioso, caracteriza-se pela

ocorrência repetida de ataques de pânico que são caracterizados por episódios de terror repentinos, acompanhados de intensas manifestações autonômicas, tais como palpitação, falta de ar, tremores e tontura. O quadro é geralmente acompanhado de medo de ter um novo ataque de pânico, sensação de morte, bem como comportamento de evitação de lugares onde um ataque pode ser muito constrangedor, em geral lugares públicos, o que indica possíveis relações com a Agorafobia. Contudo, embora a Agorafobia esteja frequentemente associada a ataques de pânico, há casos em que se verifica Agorafobia sem história de Transtorno de Pânico e vice-versa (APA, 2000; Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Dalgalarondo, 2000; Graeff, 1999).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada refere-se a um estado de apreensão constante, embora com intensidade flutuante, cuja causa não é identificável. É necessário que os sintomas persistam por seis meses ou mais para que o diagnóstico seja definido (APA, 2000; Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Dalgalarondo, 2000; Graeff, 1999; Vianna et al., 2009).

Algumas patologias médicas não psiquiátricas podem provocar sintomas semelhantes àqueles observados nos transtornos de ansiedade e são classificados como “Transtorno de Ansiedade Devido a uma Condição Médica Geral”. O diagnóstico depende da identificação de sintomas de um transtorno de ansiedade, sejam eles relacionados a ansiedade generalizada, a ataques de pânico, ou a sintomas obsessivos-compulsivos associados a uma doença ou condição orgânica (APA, 2000; Dalgalarondo, 2000; Graeff, 1999). Finalmente, o rótulo de Transtorno de Ansiedade Sem Outra Especificação é reservado para as demais formas de ansiedade primária, que não se enquadram nas definições anteriores (APA, 2000; Graeff, 1999).

Há ainda outros dois transtornos agrupados também como transtornos ansiosos no DSM-IV-TR. O Transtorno Obsessivo-Compulsivo representa uma recorrência involuntária de pensamentos repugnantes ou sem sentido, obsessão, que podem ser acompanhados da necessidade imperativa de realizar comportamentos estereotipados ou rituais para aliviar a ansiedade, compulsão (APA, 2000; Graeff, 1999). O Transtorno de Estresse Pós-Traumático consiste em reviver experiências perturbadoras, seja em sonhos, seja como lembranças vívidas de imagens do passado, que invadem involuntariamente a consciência - os chamados flashbacks. Já as manifestações que se seguem à experiência traumática compreendem o Transtorno de Estresse Agudo e não são suficientes para o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (APA, 2000; Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Graeff, 1999). Porém, ambos os transtornos foram retirados e tiveram critérios diagnósticos distintos dos

transtornos ansiosos na quinta revisão feita do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), lançada em maio de 2013.

Vale ressaltar que os sintomas ansiosos estão presentes em muitos distúrbios psiquiátricos e somente são considerados componentes de um transtorno de ansiedade quando a presença desses sintomas não pode ser explicada por nenhuma outra enfermidade (Caíres & Shinohara, 2010; Castillo et al., 2000). Frente a esta característica, é comum que uma pessoa com um transtorno de ansiedade, antes de procurar um psicólogo ou psiquiatra, busque outros profissionais de saúde, tais como médicos cardiologistas ou pneumologistas (Kaplan et al., 1997).

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns na população de uma forma geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida (Andrade & Gorenstein, 1998). Com relação à comorbidade, cerca de 50% dos pacientes diagnosticados com ansiedade possui algum outro tipo de distúrbio médico, sendo comum a presença de diferentes subtipos de transtornos ansiosos e depressão, além de abuso de álcool e outras substâncias (Asbahr, 2004; Kaplan et al., 1997). Existem múltiplos caminhos para o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, incluindo fatores importantes como: influências genéticas; temperamento, particularmente a característica de inibição comportamental; exposição a um evento traumático; práticas educativas e psicopatologia dos pais, no caso de ansiedade na infância; fatores cognitivos; e experiências de condicionamento (Stallard, 2010). Embora algumas causas da ansiedade já tenham sido identificadas, a etiologia dos diferentes transtornos ansiosos é complexa e remete a múltiplas variáveis e diferentes trajetórias de vida (Drake & Ginsburg, 2012; Mckay & Storch, 2011). Essa característica é um grande desafio para os pesquisadores, principalmente nos estudos sobre ansiedade infantil, que possuem lacunas ainda maiores, visto que as pesquisas nessa área são recentes, como será visto na seção seguinte.

Ansiedade Infantil

Após definição e características gerais da ansiedade, descritas na seção anterior, válidas tanto para adultos quanto para crianças, adolescentes e idosos, esta seção irá abordar os aspectos diferenciais da ansiedade na infância. No que se refere aos transtornos específicos, de acordo com os sistemas classificatórios vigentes, a Ansiedade de Separação é a única perturbação de ansiedade específica da infância (APA, 2000; Castillo et al., 2000; Oliveira, 2011; Vianna et al., 2009). É caracterizada por ansiedade excessiva em relação ao afastamento

dos pais ou seus substitutos, não adequada ao nível de desenvolvimento, que persiste por, no mínimo, quatro semanas, causando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente. Contudo, a vivência da ansiedade nesse período do desenvolvimento não se restringe apenas a esse tipo específico de transtorno.

Na infância, os medos e as preocupações são naturais e parecem fazer parte do desenvolvimento normal, mas passam a ser problemáticos quando se tornam persistentes, graves e interferem ou limitam a vida e o funcionamento diário da criança (Stallard, 2010). Esses sintomas são características primordiais da ansiedade, destacando-se uma elevada capacidade em identificar perigos e o baixo repertório para compreender e emitir comportamentos que possam exercer controle sobre a situação ameaçadora (Baptista et al., 2005).

Os medos e preocupações são transitórios, normativos e específicos a cada fase do desenvolvimento (Baptista et al., 2005; Castillo et al., 2000). Conforme a criança vai se desenvolvendo e a sua capacidade cognitiva aumenta, o foco das preocupações e temores muda (Russo, 2011; Stallard, 2010; Weems & Stickle, 2005). Até os dois anos e meio, é comum crianças sentirem medos mais concretos, imediatos e tangíveis, tais como ruídos altos, presença de desconhecidos ou separação de figuras com as quais têm vínculos. À medida que vão envelhecendo, seus medos tornam-se mais abstratos, tais como escuridão, fantasmas, sangue, doenças, ferimentos ou avaliação social (Russo, 2011; Weems & Stickle, 2005).

Até a década de 80, havia a crença de que medos e preocupações durante a infância eram transitórios e benignos. Atualmente, se reconhece que podem constituir quadros patológicos, quando excessivos e frequentes, causando sofrimento e disfunções (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Stallard, 2010). Porém, as crianças, especialmente as mais novas, podem ter dificuldade em reconhecer seus medos e preocupações como exagerados ou irracionais (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000). Essa, entre outras razões, torna a ansiedade um dos quadros da psicopatologia infantil mais difíceis de serem estudados. Soma-se a isso a baixa confiabilidade da auto avaliação feita pela própria criança. A avaliação é difícil porque muitas vezes as crianças e adolescentes têm dificuldade em falar sobre suas preocupações e medos. No entanto, os pais têm se mostrado informantes confiáveis sobre os sinais de ansiedade de seus filhos (Costello, Egger, & Angold, 2005).

A interpretação de um estímulo ou situação como sendo perigosa depende de operações de natureza cognitiva, tais como a capacidade de processar estímulos e contextos físicos, e de compará-los com expectativas formadas a partir de informações arquivadas na memória. Essas operações são fundamentais para detecção do perigo, avaliação de sua

intensidade e iminência e para escolha da estratégia de defesa a ser adotada. Essa característica é típica tanto de animais quanto dos seres humanos, porém, no ser humano, em particular, fatores cognitivos adquirem importância muito maior, devido à intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não-verbal. Desse modo, as causas mais comuns de ansiedade no ser humano se situam em um plano mais abstrato e complexo, onde predominam fatores socioculturais (Caíres & Shinohara, 2010; Graeff, 1999).

O conceito de ansiedade é bastante complexo, principalmente no contexto psicopatológico, sendo difícil realizar o diagnóstico do transtorno. Essa dificuldade é agravada nos casos em que vários transtornos estão presentes ao mesmo tempo e não se consegue identificar o que é ou não primário, sendo recomendável referir que o paciente apresenta comorbidades, ou seja, mais de um diagnóstico coexistente (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000). Em vista dessa sobreposição, os transtornos de ansiedade específicos podem ser confundidos. Esta dificuldade é ainda maior no caso do diagnóstico de psicopatologia nas crianças. Por exemplo, no Transtorno de Ansiedade de Separação, a criança pode expressar uma série de preocupações ou temores que podem ser confundidos erroneamente com o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Igualmente, a esquiva social que caracteriza a Fobia Social pode ser confundida com a apatia, que é uma característica comum da Depressão (Stallard, 2010).

Estima-se que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentem algum problema de saúde mental, situação que pode trazer consequências negativas em curto e longo prazo nas trajetórias de desenvolvimento dos indivíduos (Benetti, Pizetta, Schwartz, Hass & Melo, 2010). Os transtornos ansiosos encontram-se entre as doenças psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes, ficando atrás, apenas, dos Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e dos Transtornos de Conduta. As taxas de prevalência dos transtornos ansiosos infantis, de uma forma geral, variam entre 10 a 18% (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Costello et al., 2005; Silva Junior, 2010). Apesar da alta prevalência e da substantiva morbidade associada, os transtornos de ansiedade infanto-juvenis ainda se encontram subdiagnosticados e subtratados (Vianna et al., 2009; Walkup et al., 2008).

De modo geral, os transtornos de ansiedade tendem a ser mais prevalentes em meninas do que em meninos, bem como em crianças mais velhas. Assim como nos adultos, o sexo feminino tem maior probabilidade em desenvolver transtornos ansiosos do que o masculino. A diferença tende a ser duas vezes mais significativa nas meninas (Costello et al., 2005; Oliveira, 2011; Rapee, Schniering, & Hudson, 2009; Russo, 2011; Stallard, 2010). No que se refere às amostras clínicas, essa discrepância entre sexos não é tão acentuada, o que pode

sugerir que os pais consideram os problemas de ansiedade das suas filhas como comportamentos normais e mais aceitáveis, recorrendo menos à ajuda profissional (Macedo, 2011; Russo, 2011).

Alguns estudos sugerem que os diferentes tipos de transtornos de ansiedade têm as suas idades de início em determinados períodos de desenvolvimento (Costello et al., 2005; Rapee et al., 2009). A Fobia Específica e a Ansiedade de Separação aparecem com mais frequência na idade escolar – entre seis e nove anos –, enquanto a Fobia Social costuma surgir na pré-adolescência e adolescência – entre oito e 12 anos. Os dados sobre a Ansiedade Generalizada são menos consistentes, podendo encontrar-se em todas as fases de desenvolvimento até à idade adulta (Russo, 2011). Além disso, há maior probabilidade de encontrar transtornos de ansiedade em crianças de quatro e cinco anos (11,9%) do que entre as de dois e três anos (7%) (Costello et al., 2005).

Quanto aos transtornos específicos, a Ansiedade Generalizada, a Ansiedade de Separação e as Fobias Específicas são quase sempre os transtornos de ansiedade mais comumente diagnosticados, enquanto a Fobia Social, a Agorafobia, o Transtorno de Pânico e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo são raros (Caíres & Shinohara, 2010; Stallard; 2010). Costello et al. (2005), numa revisão de literatura sobre os dados epidemiológicos da ansiedade infantil, relatam que existe uma grande variação nesses estudos. De acordo com esse estudo de revisão, o Transtorno de Ansiedade de Separação teve prevalência variando entre 0,2 % e 11,5%; o Transtorno de Ansiedade Generalizada variou de 0,3% a 6,5%; as Fobias Específicas tiveram prevalência entre 0,1% e 12,7%; a Fobia Social teve prevalência entre 0,2% e 13,1%; e, por fim, o Transtorno de Pânico teve prevalência variando entre 0,1% e 9,1%. É importante destacar que esses dados epidemiológicos baseiam-se em amostras de crianças com idades que variaram entre 2 e 6 anos.

No Brasil, um estudo de base populacional realizado na cidade de Porto Alegre, encontrou índices de prevalência de 4,6% em crianças e de 5,8% em adolescentes para os transtornos de ansiedade, em geral (Silva Jr, 2010). Um levantamento descritivo sobre queixas escolares revelou que 54% das crianças encaminhadas a um ambulatório de psicologia, da cidade do Rio de Janeiro, vinculado ao SUS apresentaram algum tipo de transtorno de ansiedade. Dessa porcentagem, 37% eram queixas de Fobia Específica; 19% de Ansiedade de Separação; 17% de Ansiedade Generalizada; 17% de Fobia Social; 11% de Estresse Pós-Traumático; e entre 2 e 5% de obsessões e compulsões (D'Abreu & Marturano, 2011).

Os distúrbios ansiosos apresentam elevadas taxas de comorbidade. Segundo Rapee et al. (2009), é estimado que entre 40% e 60% das crianças ansiosas possuam mais do que uma

perturbação de ansiedade. Costello et al. (2005) afirmaram que 53% dos casos de Transtornos de Ansiedade Generalizada e 100% dos casos de Fobias Específicas possui comorbidade com algum outro transtorno psiquiátrico. Estima-se que cerca de metade das crianças com transtornos ansiosos tenham também algum outro tipo de transtorno de ansiedade, distúrbios do humor, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Desafiante-Opositor e/ ou abuso de álcool e outras substâncias (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Costello et al., 2005; Stallard, 2010).

A identificação precoce dos transtornos de ansiedade pode evitar repercussões negativas na vida da criança. A demora no diagnóstico e tratamento desse tipo de transtorno na infância pode causar um prejuízo significativo em vários domínios do funcionamento e desenvolvimento humano, tais como, nas capacidades intelectuais e acadêmicas, relacionais e emocionais da criança, seja na sua rotina diária, na escola, com a família e/ou nas relações interpessoais (Asbahr, 2004; Russo, 2011; Stallard, 2010). Além disso, outros danos comuns causados por esses distúrbios são o absenteísmo e a evasão escolar e a utilização demasiada de serviços de pediatria por queixas somáticas associadas à ansiedade (Castillo et al., 2000).

De maneira geral, os transtornos ansiosos na infância apresentam um curso crônico, com apresentação de sintomas intermitentes ou episódicos, quando não são tratados (Castillo et al., 2000). Ou seja, muitos dos transtornos são persistentes e, se não forem tratados, aumentam a probabilidade de problemas psiquiátricos na vida adulta, tais como diminuição da autoestima e associação com as psicopatologias comorbidas, entre elas a depressão, com possibilidade de tentativas de suicídio (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Stallard, 2010; Vianna et al., 2009; Walkup et al., 2008).

A ideia de que existe uma continuidade na presença dos transtornos de ansiedade da infância para a adolescência e posteriormente para a idade adulta só não se mantém para o Transtorno de Ansiedade de Separação. Contudo, estudos longitudinais sugerem que a presença de ansiedade de separação na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de diversos transtornos de ansiedade e de humor na vida adulta (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Manfro, Isolan, Blaya, Santos & Silva, 2002).

A necessidade de identificar os transtornos de ansiedade entre os mais jovens é uma questão de saúde pública e de grande importância científica (Albano et al., 2003). A ansiedade patológica, como foi destacado, é altamente prevalente entre os jovens e esta associada a sofrimento significativo e prejuízo de vida, e muitas vezes está relacionada a resultados negativos a longo prazo, como por exemplo, problemas de saúde mental crônica.

É notória a importância do uso de instrumentos de avaliação da ansiedade adequados e

de qualidade para a garantia de dados confiáveis em pesquisas e avaliação dos Transtornos de Ansiedade, tanto no âmbito clínico quanto no acadêmico (DeSousa, Moreno, Gauer, Manfro, & Koller, 2013; Silva & Figueiredo, 2005). Uma revisão realizada por Silva e Figueiredo (2005) sobre os instrumentos de avaliação da ansiedade infantil sinaliza que, no Brasil, nota-se a carência de instrumentos específicos de avaliação da ansiedade em crianças, pois o único instrumento que era comercializado (Inventário de Ansiedade Traço Estado para Criança – IDATE) está desatualizado e recebeu parecer desfavorável para uso pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2003, avaliação que se mantém inalterada até o corrente ano. A revisão identificou algumas escalas que foram traduzidas e adaptadas ao contexto brasileiro, mas sua utilização tem sido apenas para fins de pesquisa e esses instrumentos não foram avaliados pelo Conselho Federal de Psicologia. De modo geral, essas escalas refletem apenas as traduções ou adaptações feitas de forma superficial, com um número reduzido de casos ou limitadas ao centro do país. Além disso, as normas publicadas como provisórias acabam sendo utilizadas como se fossem definitivas, sem que exista um processo adequado de normatização e validação das medidas (DeSousa et al., 2013; Silva & Figueiredo, 2005).

Aschenbrand, Angelosante e Kendall (2005) mostram a utilidade clínica do CBCL para o diagnóstico de ansiedade entre os mais jovens através de um estudo com 130 mães e pais de crianças com idades de 7 a 14. Os resultados indicam uma alta correlação entre a síndrome Ansiedade/Depressão do CBCL e o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Muitos pesquisadores do Brasil estão utilizando a versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL – Achenbach & Rescorla, 2001) para avaliação dos problemas emocionais e comportamentais das crianças e adolescentes (Borsa & Nunes, 2008; Lins, 2013; Moura, Marinho-Casanova, Meurer, & Campana, 2008). Existem duas versões desse instrumento: uma para crianças de 1 ½ a 5 anos e outra para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Este instrumento permite avaliar diversas áreas do funcionamento infantil a partir das respostas dos pais ou cuidadores a um grande número de questões. O instrumento avalia as seguintes síndromes: Reatividade Emocional (traduzidas por alguns estudos como Retraimento), Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo e Problemas de Sono (comuns à ambas versões), Violação de Regras, Problemas Sociais e Problemas de Pensamento (presente apenas na versão de 6 a 18 anos). A soma das três primeiras síndromes compõe a Escala de Problemas Internalizantes e a soma das síndromes Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo compõe a Escala de Problemas Externalizantes. Todas as síndromes somadas recebem a nomenclatura de Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. A partir dos escores obtidos, a criança ou

adolescente pode ser incluído nas faixas clínica, limítrofe ou normal, em relação ao seu funcionamento nessas escalas ou síndromes.

Os Problemas Internalizantes podem ser caracterizados por preocupação em excesso, retraimento ou pouca interação social, timidez, insegurança, medos e tristeza. São frequentemente manifestados em transtornos como depressão, isolamento social e ansiedade. Já, os Problemas Externalizantes envolvem impulsividade, agressividade física e/ou verbal, agitação, provocações, comportamentos opositores ou desafiantes e condutas antissociais (Achenbach & Rescorla, 2001). Nos problemas internalizantes, os indivíduos sentem angústia dentro de si (causam sofrimento a si) e nos externalizantes, os indivíduos causam sofrimento a pessoas externas.

Além das escalas e síndromes supracitadas, o instrumento também oferece seis classificações elaboradas a partir dos critérios diagnósticos descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), são elas: Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Somáticos, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio e Problemas de Conduta (Achenbach e Rescorla, 2001). O instrumento, portanto, avalia sinais e sintomas de ansiedade através da síndrome Ansiedade/Depressão e da escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade. A síndrome ansiedade/depressão é composta por comportamentos da criança caracterizados por dependência de seus cuidadores, fobias/medos e sentimento de tristeza sem motivo aparente. A escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade avalia sintomas dos seguintes Transtornos Ansiosos: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Específica e Transtorno de Ansiedade de Separação. A figura 2 apresenta os itens utilizados para avaliar a ansiedade no Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – 6 a 18 anos.

Síndrome Ansiedade/Depressão	Escala, segundo o DSM-IV-TR, de Problemas de Ansiedade
14. Chora muito	11. Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente
29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola
30. Tem medo da escola	30. Tem medo da escola
31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada	45. É nervoso(a) ou tenso(a)
32. Acha que tem que fazer tudo perfeito	50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)	112. É muito preocupado(a)
35. Sente-se sem valor ou inferior	
45. É nervoso(a) ou tenso(a)	
50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)	
52. Sente-se muito culpado(a)	
71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com que os outros vão pensar dele(a)	
91. Fala que vai se matar	
112. É muito preocupado(a)	

Figura 2. Itens para avaliação da ansiedade no Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – 6 a 18 anos (Achenbach & Rescorla, 2001)

Por fim, é importante destacar que, de modo geral, o tratamento dos transtornos de ansiedade em crianças é constituído por uma abordagem multimodal, que inclui orientação aos pais e à criança, tratamento psicoterápico, uso de psicofármacos e intervenções familiares. Um importante estudo sobre tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes (Walkup et al., 2008), revelou que 80,7% das crianças para as quais o tratamento foi conduzido combinando psicoterapia e farmacologia relataram melhorias significativas,

enquanto somente 59,7% das tratadas apenas com psicoterapia e 54,9% das tratadas apenas com farmacologia relataram esse tipo de melhora. Além disso, as intervenções familiares geralmente têm um papel crucial no tratamento. Diferentemente do que ocorre no tratamento de adultos, medicamentos psicoativos, como antidepressivos e ansiolíticos, não são considerados a terapêutica de primeira escolha no tratamento desses distúrbios na infância, visto que o risco de eventos adversos, tais como os efeitos colaterais, são muito mais frequentes ou mais graves no tratamento farmacológico de crianças (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Walkup et al., 2008).

Como foi exposto nessa seção, a ansiedade infantil, apesar de muitas características comuns à ansiedade nas demais etapas do desenvolvimento, possui algumas especificidades (Drake & Ginsburg, 2012). Na seção seguinte iremos revisar os estudos sobre a etiologia da ansiedade infantil, que constitui uma questão essencial e, ao mesmo tempo, um dos pontos que reúne algumas controvérsias.

Preditores da Ansiedade Infantil

Existem múltiplos caminhos para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade em crianças que envolvem uma interação complexa entre fatores biológicos, ambientais e individuais (Castillo et al., 2000; Drake & Ginsburg, 2012; Manfro et al., 2002; Stallard, 2010). Isso está baseado no princípio de multifinalidade, de acordo com o qual um único fator pode conduzir a resultados múltiplos, e no princípio de equifinalidade, que prevê que diversos fatores podem ocasionar o mesmo resultado. Presume-se, por exemplo, que características de temperamento inibido, um tipo de vulnerabilidade biológica, predispõem a criança a um transtorno de ansiedade, sendo ativado e mantido por fatores ambientais, tais como o comportamento parental, processos cognitivos – as cognições distorcidas –, e experiências de aprendizagem, como o condicionamento (Stallard, 2010). Nessa perspectiva, os estudos demonstram a influência de diversos fatores no desenvolvimento da ansiedade infantil: genética, temperamento, processos de formação dos padrões de apego, psicopatologia dos pais, fatores cognitivos, experiências de condicionamento, e estilos e práticas educativas parentais (Castillo et al., 2000; Graeff, 1999; Ollendick & Benoit, 2012; Stallard, 2010; Zanoni, 2004).

De acordo com Graeff (1999), estudos sugerem modesta participação de fatores genéticos, sendo a sua influência bem menor do que em outras psicopatologias, tais como a esquizofrenia e os transtornos afetivos. Apesar da leve influência, o caráter transgeracional

dos transtornos de ansiedade está bem estabelecido, sendo o risco de morbidade para os transtornos de ansiedade em geral, significativamente maior em parentes de primeiro grau de indivíduos ansiosos do que em parentes de pessoas que não possuem esse tipo de transtorno. Estudos que avaliam a prevalência de transtornos de ansiedade nos filhos de pais ansiosos ou nos pais de jovens ansiosos revelaram taxas mais elevadas, quando essas famílias foram comparadas com outras sem indivíduos diagnosticados com um transtorno de ansiedade (Drake & Ginsburg, 2012; Graeff, 1999; Rapee et al., 2009). Embora esses estudos sejam úteis na identificação da influência familiar, eles não explicam os mecanismos pelos quais a família influencia o desenvolvimento da ansiedade, ou seja, se as contribuições estão relacionadas a fatores genéticos ou ambientais (Eley, Napolitano, Lau & Gregory, 2010).

A compreensão quanto às influências genéticas e ambientais sobre os transtornos ansiosos vem de estudos que compararam irmãos gêmeos que viviam em ambientes diferentes, quando, em geral, um deles mora com a família de origem e o outro é adotado. Revisões recentes estimam que os genes sejam responsáveis por aproximadamente 30% da variância na ansiedade da criança, enquanto ambientes compartilhados, ou seja, fatores que são similares para os membros da família como status socioeconômico, explicam cerca de 20% da variância. Ambientes não compartilhados, ou seja, fatores que são únicos para cada pessoa, como influências de grupos de pares, explicam os 50% restantes da variância na ansiedade durante a infância (Gregory & Eley, 2007; Hettema, Neale, & Kendler, 2001; Stallard, 2010). Estudos genéticos também indicam que podem haver diferenças entre vários tipos de transtornos de ansiedade. De acordo com algumas revisões, o componente hereditário parece ser maior no Transtorno do Pânico, seguido das fobias e, finalmente, pelo Transtorno Obsessivo Compulsivo. No Transtorno de Ansiedade Generalizada, há clara evidência de transmissão familiar, porém, não genética (Asbahr, 2004; Castillo et al., 2000; Gregory & Eley, 2007; Hettema et al., 2001).

Uma das limitações nos estudos sobre as influências genéticas é a falta de investigação da relação entre os genes e o ambiente enquanto fatores de risco conjuntos para o desenvolvimento da ansiedade. Pesquisas que demonstrem quais fatores ambientais intensificam a vulnerabilidade genética de crianças, bem como os mecanismos que potencializam essas interações podem melhorar a prevenção e o tratamento para jovens em risco (Eley et al., 2010; Smoller, Block, & Young, 2009).

Outro preditor da ansiedade relacionado à hereditariedade e aos aspectos individuais que tornam o indivíduo vulnerável aos transtornos de ansiedade é o temperamento (Asbahr, 2004; Drake & Ginsburg, 2012; Rapee et al., 2009; van Brakel, Muris, Bögels, & Thomassen,

2006). Evidências científicas apontam para a noção de que traços duradouros e precoces de temperamento podem estar correlacionados à ansiedade (Drake & Ginsburg, 2012; Rapee et al., 2009). O temperamento é um constructo emocional muito estudado e se refere a um padrão inato e estável de humor e de reação, que se refere a diferenças constitucionais na reatividade emocional, motora e atencional (Sanson, Hemphill, & Smart, 2002; Schwebel & Plumert, 1999). Originalmente descrito por Kagan, em 1987, o termo temperamento inibido refere-se à tendência apresentada pela criança de se afastar frente a situações novas ou que não são familiares, especialmente, em situações sociais; é um estilo caracterizado por inibição, timidez e retraimento. Os modelos teóricos sobre a ansiedade têm apontado esse tipo de perfil de temperamento, em crianças, como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade (Asbahr, 2004; Chorpita & Barlow, 1998; Drake & Ginsburg, 2012; Hudson & Rapee, 2001; Rapee et al., 2009).

Segundo revisões de pesquisas sobre o tema, afirma-se que crianças com temperamento inibido nos primeiros anos de vida possuem um risco consideravelmente maior de apresentarem transtornos de ansiedade posteriormente, além de uma variedade de dificuldades na idade adulta, incluindo depressão e risco de suicídio (Drake & Ginsburg, 2012; Rapee et al., 2009). Alguns estudos retrospectivos têm verificado que mães de crianças ansiosas, apresentam maiores dificuldades com os filhos durante os primeiros 12 meses de vida, tais como, mais choro, insônia e dor, em comparação com mães de crianças não ansiosas (Rapee et al., 2009). Esses resultados corroboram o trabalho de Fox, Henderson, Rubin, Calkins e Schmidt (2001) que relacionou níveis mais elevados de atividade motora e reatividade emocional nos bebês com cerca de 3 a 6 meses a um risco maior de exibir mais comportamentos característicos de fobia social no período de 2 a 6 anos.

Naturalmente, os dados que demonstram que a ansiedade pode ser precedida por um estilo particular de temperamento podem não proporcionar um grande avanço na compreensão da etiologia desses transtornos, pois o conhecimento dos determinantes do temperamento é ainda incipiente. De qualquer modo, alguns teóricos consideram que o temperamento reflete um processo biológico fundamental que é, de forma geral, geneticamente determinado (Winter & Bienvenu, 2011). Partindo desse pressuposto, pode-se argumentar que a ligação entre um temperamento particular com transtornos de ansiedade nos permite pressupor as bases biológicas da ansiedade (Rapee et al., 2009).

No entanto, as medidas de temperamento refletem um conjunto de comportamentos que tem determinações múltiplas e que quase certamente envolvem uma combinação de risco biológico e ambiental (Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Ghera, 2005). Por exemplo, os

fatores genéticos são responsáveis por uma magnitude de variância no temperamento inibido semelhante àquela encontrada para a variância na ansiedade. Pesquisas recentes também demonstraram que a interação gene-ambiente tem significativa contribuição na predição de inibição aos 7 anos de idade (Fox et al., 2005). Portanto, os fatores que oferecem riscos para o desenvolvimento de um temperamento inibido podem ser os mesmos que também oferecem riscos para transtornos de ansiedade.

Além dos estudos sobre temperamento e influências genéticas, regiões cerebrais específicas têm merecido destaque especial em estudos de neuroimagem com pacientes portadores de diversos transtornos ansiosos (Asbahr, 2004). Os percursos cerebrais implicados na experiência do medo e da ansiedade em humanos não estão completamente estabelecidos (Asbahr, 2004; Baptista et al., 2005). De qualquer modo, as áreas cerebrais relacionadas à ansiedade são a amígdala e o córtex pré-frontal (Lau & Pine, 2008). Estudos neuropsicológicos sugerem que os indivíduos com algum tipo de transtorno de ansiedade infantil apresentam desempenho prejudicado no que se refere à memória e às funções executivas. A amígdala parece estar relacionada à memória e o córtex pré-frontal às funções executivas (Graeff, 1999). De acordo com Lau e Pine (2008), esses fatores associados aos fatores de hereditariedade e psicológicos poderiam predispor a criança aos transtornos de ansiedade.

A qualidade da ligação afetiva entre a criança e os pais ou principais cuidadores que se forma ao longo do primeiro ano de vida, referida como apego também tem sido apontada como um preditor importante do desenvolvimento de transtornos de ansiedade. De acordo com Brumariu e Kerns (2010), crianças com apego inseguro têm maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade em geral e, mais especificamente, de apresentar sintomas de ansiedade social. O apego inseguro é caracterizado por Bowlby (1969/1990), em linhas gerais, pela ausência de sentimento de segurança e valorização. Teoricamente, é postulado que as experiências iniciais com respostas imprevisíveis do cuidador podem levar a criança à vigilância crônica, angústia e medo de abandono potencial, impactando futuras relações sociais (Shamir-Essakow, Ungerer, & Rapee, 2005). Numerosos estudos demonstram que um padrão de apego inseguro está associado a sintomas de ansiedade elevados e a taxas mais elevadas de transtornos de ansiedade (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; Muris, Meesters, Merckelbach, & Hulsenbeck, 2000; Roelofs, Meesters, Ter Huurne, Bamelis, & Muris, 2006; van Brakel et al., 2006).

Para entender o impacto do apego inseguro em relação à ansiedade infantil é necessário identificar outros fatores predisponentes associados, como possíveis

psicopatologias dos pais e/ou temperamento inibido da criança. Manassis e Bradley (1994) propuseram um modelo de desenvolvimento de ansiedade em que o temperamento e o apego igualmente estabeleciam risco, mas o nível de risco é maior para crianças que têm tanto características de temperamento inibido quanto um padrão de apego inseguro. Em geral, as evidências disponíveis indicam que as crianças com temperamento inibido e/ou apego inseguro podem ter um risco elevado de desenvolver um transtorno de ansiedade, embora existam resultados mistos e as relações entre esses fatores de risco (e outros) permanecem ainda pouco compreendidas (Brumariu & Kerns, 2010; Manassis & Bradley 1994).

Em resumo, as pesquisas sugerem que características de hereditariedade, temperamento e apego estão associadas ao risco aumentado de transtornos de ansiedade posteriores. Contudo, embora exista uma associação importante entre esses fatores e a ansiedade, nem todas as crianças com a predisposição ou vulnerabilidade estabelecidas por essas características desenvolvem transtornos de ansiedade. Outros fatores ambientais e individuais específicos também desempenham um papel significativo na etiologia e manutenção desses transtornos (Stallard, 2010).

Uma das principais fontes de influências ambientais para o desenvolvimento de ansiedade em crianças é a família (Chorpita & Barlow, 1998; Hudson & Rapee, 2001; Rapee et al., 2009). Ela fornece um contexto dentro do qual o comportamento ansioso pode ser modelado ou reforçado. O comportamento parental ocupa um papel central na compreensão do desenvolvimento típico e atípico da criança (Cummings & Davies, 2002) e o estudo dessas influências pode contribuir para a etiologia de diversos transtornos ansiosos. Muitos modelos teóricos postulam que variações em diferentes dimensões da conduta parental são parcialmente responsáveis por alterações na ansiedade da criança (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007; Wood, 2006; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003; Hudson & Rapee, 2001; Rapee, 2002). Além das práticas educativas parentais, outras influências parentais associadas à ansiedade infantil são possíveis quadros psicopatológicos dos pais e fatores cognitivos (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007; Wood et al., 2003).

A presença de psicopatologias nos pais, tal como algum tipo de transtorno de ansiedade, por exemplo, pode resultar na exposição repetida da criança a modelos de comportamento ansioso. Muitos estudos mostram que esse modelo ansioso provido pelos pais, isto é, a exposição a comportamentos indicadores de ansiedade dos pais, exerce influência sobre a ansiedade da criança, através da modelação do comportamento temeroso e de esquiva. Esse constructo refere-se à tendência de um pai ou mãe demonstrar pensamentos, sentimentos ou comportamentos ansiosos diante da criança. Assim, a hipótese é a de que pais

ansiosos podem inadvertidamente ensinar seus filhos a serem ansiosos e evitativos através de processos de aprendizagem observacional (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Fisak Jr. & Grills-Taquetel, 2007; Rapee, 2002). Estudos demonstram uma correlação positiva entre a modelação do comportamento ansioso e a ansiedade infantil (Roelofs et al., 2006; van Brakel et al., 2006). No entanto, algumas pesquisas encontraram resultados controversos, além de existirem inconsistências consideráveis entre os estudos, o que torna difícil avaliar a magnitude da associação entre o modelo psicopatológico dos pais e a ansiedade da criança (Fisak Jr. & Grills-Taquetel, 2007; Wood et al., 2003). Esses comportamentos infantis também podem ser adquiridos pelo processo de condicionamento operante, quando os pais de crianças ansiosas reforçam comportamentos de fuga e/ou esquiva em seus filhos (Fisak Jr. & Grills-Taquetel, 2007; Rapee, 2002).

Outra importante característica dos transtornos de ansiedade na infância é a presença de distorções cognitivas, incluindo auto avaliações negativas. O processamento cognitivo é importante na determinação de como as crianças percebem e interpretam o ambiente. As abordagens de processamento da informação exploraram a forma como as crianças selecionam, direcionam a atenção e interpretam os sinais como perigosos ou ameaçadores. As crianças ansiosas têm mais probabilidade de prestar atenção a sinais de ameaça e de perceberem mais ameaças em situações ambíguas (Stallard, 2010). Alguns estudos confirmaram uma ligação entre cognições parentais, auto avaliações negativas e ansiedade da criança. Especificamente, crenças negativas dos pais sobre a disposição, capacidade de enfrentamento e as possibilidades de sucesso de seu filho têm sido associadas com baixas expectativas da criança em ter êxito em diferentes situações e maiores níveis de sintomas e transtornos de ansiedade (Kortlander, Kendall, & Panichelli-Mindel, 1997; Wheatcroft & Crewell, 2007). Estudos têm demonstrado também que os pais de crianças com transtornos de ansiedade relatam expectativas mais negativas sobre a capacidade de seus filhos do que os pais de crianças não ansiosas (Micco & Ehrenreich, 2008; Shortt, Barrett, Dadds, & Fox, 2001). Assim como nos estudos sobre genética, temperamento e apego, a magnitude dessas associações e os mecanismos pelos quais as cognições parentais influenciam a ansiedade da criança são pouco compreendidos.

As práticas educativas parentais constituem outro fator familiar associado a ansiedade infantil. Por serem as variáveis preditoras associadas que constituem o foco da presente pesquisa, as práticas educativas parentais, a definição e as características desse construto, assim como suas relações com os transtornos de ansiedade na infância serão abordadas na próxima seção.

Práticas Educativas Parentais e Ansiedade Infantil

O conceito de práticas educativas parentais pode ser definido como estratégias utilizadas pelos pais para incentivar comportamentos considerados adequados ou suprimir comportamentos inadequados, com o objetivo de promover a socialização dos filhos. De forma geral, são estratégias para incentivar, orientar, instruir e educar a criança, assim como para estabelecer regras e limites para o comportamento dos filhos (Alvarenga & Piccinini, 2001; Pacheco, Silveira, & Schneider, 2008).

De acordo com os resultados da meta-análise realizada por McLeod et al. (2007), a relação entre as práticas educativas, em geral, e a ansiedade infantil é considerada modesta, de pequena magnitude, sendo responsável por explicar cerca de 4%, apenas, da variância na ansiedade na infância. O tamanho do efeito dessa relação será diferente a depender das dimensões das práticas parentais avaliadas e suas respectivas subdimensões. Os achados dos estudos revisados por McLeod et al. (2007) indicam que a variância na ansiedade infantil explicada pelas práticas parentais pode variar entre cerca de 1% (tamanho do efeito = 0,06), que é considerado um efeito muito pequeno, e 18% (tamanho do efeito = 0,42), efeito considerado grande.

Com relação à síntese da literatura sobre a temática, é importante considerar que estudar a relação entre as práticas educativas parentais e a ansiedade infantil é um desafio, pois existem muitas escolhas teóricas e decisões metodológicas distintas que podem explicar inconsistências nos resultados encontrados. Essas diferenças dizem respeito a aspectos como a utilização de informantes variados; o emprego de técnicas de mensuração diferentes; a ausência da avaliação do nível de ansiedade dos pais e da criança, simultaneamente; a escassez de estudos sobre a natureza e a direção das relações entre a ansiedade dos pais, a ansiedade da criança e os comportamentos parentais; e, principalmente, diferenças na definição e na medição do construto. Tais variações metodológicas contribuíram para o avanço do conhecimento, porém, também são desafios para o estudo das relações entre as práticas parentais e a ansiedade infantil. Para enfrentar esses desafios, as definições dos constructos fundamentais precisam ser operacionalizadas e emparelhadas com técnicas de medição confiáveis que possam ser administradas a vários informantes, a fim de padronizar os comportamentos sob investigação e de obter dados de múltiplas fontes. Além disso, os autores recomendam, para estudos futuros, o exame de uma ampla gama de comportamentos parentais, como intrusividade, práticas disciplinares, coerção e padrões de interação pais-

crianças (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007).

Nos estudos que investigam as relações entre as práticas parentais e a ansiedade infantil, dois amplos domínios sobressaem: a) o afeto, englobando as subdimensões distanciamento/rejeição, aversividade e afeto positivo, e b) o controle, que inclui as subdimensões superproteção e suporte apropriado (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007; Wood et al., 2003). A primeira dimensão de práticas educativas parentais, o afeto, está relacionada aos níveis de afeto, cuidado, zelo, aprovação e responsividade (Clark & Ladd, 2000; McLeod et al., 2011; McLeod et al., 2007). Essa categoria pode ser subdividida em três subdimensões: (a) distanciamento/rejeição, definida como falta de envolvimento entre pai e filho, falta de interesse nas atividades da criança, ou falta de apoio emocional/reciprocidade; (b) aversividade, definida como hostilidade dos pais em relação à criança (crítica, punição e conflito) refletindo uma falta de aceitação parental (McLeod et al., 2007; Rapee, 1997); e (c) afeto positivo, definida como sentimento de consideração positiva dos pais para a criança, interações agradáveis entre pais e filho, ou envolvimento nas atividades da criança (Clark & Ladd, 2000; McLeod et al., 2007). A rejeição e a aversividade parental podem prejudicar a regulação emocional da criança, aumentando a sua vulnerabilidade à ansiedade e o risco de desenvolver transtornos ansiosos (McLeod et al., 2007). Por outro lado, a aceitação e o afeto auxiliam a regulação emocional, diminuindo a ansiedade da criança.

A rejeição e a aversividade são importantes subdimensões das práticas parentais relacionadas à ansiedade infantil. Essas subdimensões podem ser descritas por comportamentos de indiferença e abandono, ou hostilidade e desaprovação aos comportamentos da criança. Exemplos dessas práticas incluem gestos negativos, que indicam falta de responsividade em relação à criança, como franzir a testa para transmitir o descontentamento ou criticar em situações em que a criança está com dificuldade, ou ainda rir de forma inapropriada face à ansiedade da criança (Thirlwall & Creswell, 2010).

Alguns teóricos sinalizam a possibilidade de que a rejeição e a aversividade dos pais impactem negativamente a criança, aumentando o conflito pais-filhos, reduzindo o sentimento de autoestima e autoconfiança e, finalmente, aumentando o nível de ansiedade da criança (Ginsburg & Schlossberg, 2002; Rapee, 1997). De fato, diversos estudos têm mostrado que níveis mais altos de aversividade e rejeição parental estão relacionados aos transtornos e sintomas ansiosos (Festa & Ginburg, 2011; Hudson, Dodd, Lyneham, & Bovopoulous, 2011; Hudson & Rapee, 2001; Lieb, Wittchen, Höfner, Fuetsch, Stein, & Merikangas, 2000). Porém, no geral, as revisões concluíram que a associação entre as subdimensões aversividade e rejeição dos pais e a ansiedade infantil é relativamente pequena, explicando apenas 4% da

variância na ansiedade da criança (McLeod et al., 2007; Wood et al., 2003).

O afeto positivo, que constitui o polo oposto (positivo) da rejeição e da aversividade, pode ser definido por comportamentos verbais e não verbais dos pais que demonstram afeição e aceitação em relação ao filho. Crianças cujos pais assistem às suas necessidades emocionais, podem ter um sentimento de apoio e afiliação, o que pode diminuir a ansiedade. No entanto, as evidências que dão suporte a associação entre a subdimensão do afeto positivo e a ansiedade infantil são modestas e inconsistentes, explicando menos de um 1% da variância da ansiedade infantil em diferentes estudos (McLeod et al., 2007; Wood et al., 2003).

Siqueland, Kendall e Steinberg (1996) verificaram que crianças ansiosas descreveram os pais como pouco afetuosos, em comparação a crianças não ansiosas, no entanto, não foram detectadas diferenças significativas com base nos relatos dos pais ou na classificação da informação de observadores. Para os autores seria possível que as crianças ansiosas tivessem uma visão distorcida ou negativa em relação aos seus pais, que teria se refletido nos resultados desse estudo. No entanto, outras pesquisas relatam que pais com transtornos de ansiedade foram menos afetuosos com base em avaliações de observadores (Hudson et al., 2011; Hudson & Rapee, 2001). Enfim, as relações recíprocas entre as características de pais e filhos e a subdimensão afeto/aceitação requerem uma exploração mais profunda, devido às evidentes inconsistências. No entanto, devido à modesta magnitude dessas relações, outras práticas parentais e fatores familiares devem ser avaliados, pois podem ser preditores mais fortes da ansiedade.

A segunda dimensão de práticas educativas parentais relevantes para o estudo da ansiedade infantil, o controle, descreve o envolvimento parental nas atividades, rotinas ou nas experiências emocionais da criança, ou ainda o maior ou menor incentivo à dependência da criança em relação aos pais. Pode também manifestar-se na presença ou ausência de instruções sobre como a criança deve pensar ou sentir (McLeod et al., 2011; van der Bruggen et al., 2008). Essa categoria pode ser dividida em duas subdimensões: (a) superproteção/superenvolvimento, definida como restrição excessiva, incentivo à dependência exagerada dos pais, e interferência dos pais na autonomia naturalmente esperada para a idade da criança e na sua independência emocional (Wood et al., 2003; McLeod et al., 2007); e (b) suporte apropriado/concessão de autonomia, definida como o incentivo dos pais às opiniões e escolhas da criança, reconhecimento do seu ponto de vista independente sobre questões, e de solicitações de envolvimento da criança nas decisões e soluções de problemas. Esta ampla dimensão da parentalidade está especialmente relacionada ao desenvolvimento da autonomia da criança na regulação do seu comportamento e das suas emoções. Devido a sua definição

ser bastante extensa e englobar uma grande variedade de comportamentos praticados pelos pais, aumentam a inconsistência e a confusão na interpretação dos achados dos estudos que investigam essa dimensão (Drake & Ginsburg, 2012). Além disso, pode haver certa sobreposição entre essa dimensão e a dimensão do afeto, especialmente quanto às subdimensões aversividade e afeto positivo, o que requer atenção especial na operacionalização da dimensão do controle parental.

Segundo a meta-análise de van der Bruggen et al., (2008) existem pelo menos três formas através das quais o controle parental pode aumentar a ansiedade da criança: (a) aumentando a percepção, por parte da criança, de ameaça (Rapee, 2002), (b) reduzindo a percepção de controle da criança sobre a ameaça (Chorpita, Brown, & Barlow, 1998), e (c) não oferecendo à criança ocasiões para explorar o ambiente e desenvolver novas habilidades para lidar com eventos ambientais imprevistos. Alguns modelos teóricos pressupõem que quando os pais são altamente controladores em ambientes e contextos nos quais a criança possua desenvolvimento adequado para agir de forma independente, restringem as oportunidades da vivência pela criança de novas experiências e situações de desafio. Essa restrição diminui o desenvolvimento do domínio e da confiança da criança na sua habilidade em lidar com desafios, levando-a a experimentar uma diminuição da autoconfiança, e, portanto, aumento da ansiedade (McLeod et al., 2007; Wood, 2006; Rapee, 2002). Por outro lado, pais que incentivam a autonomia e a independência da criança podem aumentar sua percepção de domínio, levando a redução da ansiedade, além de propiciar oportunidades para que o repertório infantil se amplie, o que também fortalece o sentimento de autoconfiança e a autonomia (McLeod et al., 2007; Wood, 2006; Rapee, 2002).

Rapee (2002) também discutiu o efeito da ansiedade da criança sobre o controle parental. Evidências sugerem que quando crianças ansiosas demonstram dificuldades no enfrentamento de alguma situação, os pais passam a emitir comportamentos superprotetores/supercontroladores, independentemente do comportamento da criança, por associarem a nova situação a situações anteriores em que os filhos apresentaram um repertório pobre. Tais comportamentos dos pais podem involuntariamente reduzir as oportunidades da criança aprender a lidar com os desafios, reduzindo o seu sentimento de autoconfiança e aumentando o nível de ansiedade (Drake & Ginsburg, 2012).

Em virtude dos resultados desses estudos, tem sido postulado que os comportamentos supercontroladores restringem o acesso da criança ao ambiente e também comunicam a ela que há uma quantidade excessiva de ameaças, as quais ela não terá habilidade para enfrentar sozinha. Ou seja, esse comportamento dos pais reduz a possibilidade da criança desenvolver a

competência ou o domínio sobre o seu ambiente, em especial, em situações novas ou de risco (Wood, 2006; Hudson & Rapee, 2001). Teoricamente, é essa diminuição do sentimento de autoconfiança da criança que leva a um aumento do nível de ansiedade.

Por outro lado, práticas de concessão de autonomia, que levam a comportamentos mais independentes, permitindo que ela conquiste um sentimento de competência, domínio e habilidade sobre o seu ambiente, reduzem o nível de ansiedade (Wood et al., 2003). Esta hipótese tem recebido apoio de alguns estudos. Por exemplo, crianças ansiosas, em comparação com crianças não ansiosas, relatam significativamente mais sentimentos de baixa autoconfiança e percebem a si mesmas como menos aceitas por seus pares e menos competentes em atividades físicas (Ekornas, Lundervold, Tjus & Heimann, 2010). Teachman e Allen (2007) realizaram um estudo longitudinal com uma amostra comunitária de 185 adolescentes, acompanhados dos 13 aos 18 anos, para avaliar potenciais preditores de ansiedade social e temores de avaliação negativa. Como esperado, os resultados indicaram que a percepção de falta de aceitação social (ou competência) implicou em ansiedade social subsequente. Muris, Schouten, Meesters e Gijsbers (2003), em um estudo transversal, encontraram resultados semelhantes. Nesse estudo, os pesquisadores descobriram que baixos níveis de percepção de competência em adolescentes, entre 10 e 14, anos foram associados a sintomas de ansiedade e depressão.

Affrunti e Ginsburg (2012), a partir dos estudos que demonstram que práticas de supercontrole materno relacionam-se com o aumento da ansiedade e das pesquisas que evidenciaram que autopercepção de baixa competência em crianças foi preditora de ansiedade elevada, investigaram a relação entre supercontrole materno e ansiedade infantil, utilizando como variável mediadora a autopercepção de baixa competência pelas crianças. Para tal, os pesquisadores utilizaram uma amostra de 89 diádes mãe-criança com idades entre seis e 13 anos. Os resultados obtidos por esse estudo demonstraram que mães que apresentavam um maior número de práticas de superproteção, tinham filhos com baixa percepção de competência e níveis mais elevados de ansiedade. Ou seja, a auto percepção da criança como inábil para lidar com o seu ambiente mediou a relação entre a superproteção materna e a ansiedade da criança. Vale ressaltar que uma importante limitação desse estudo foi a avaliação das variáveis envolvidas. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *Anxiety Disorders Interview Schedule – Client Version* (SCARED-C) para avaliar a ansiedade da criança; subescala de superproteção/controle do instrumento *Egna Minnen av Barndoms Uppfostran – My memories of upbringing – Child version* (EMBU-C) para medir o supercontrole materno; e *Harter Self-Perception Profile for Children* para mensurar a percepção de competência da

criança. O uso desses instrumentos tem algumas desvantagens. Por exemplo, todas as medidas eram baseadas no autorelato e preenchidas pelas crianças. Embora a percepção das crianças sobre esses construtos seja importante, ela pode ser influenciada por muitos fatores, como pelo nível de compreensão da criança e pela desejabilidade social. Além disso, as consistências internas das medidas de supercontrole materno e ansiedade materna foram baixas, refletindo a grande dificuldade de se encontrar instrumentos que realmente avaliem os construtos que esses estudos se propõem a avaliar.

Alguns pesquisadores da área propuseram que outras variáveis poderiam estar relacionadas à ansiedade da criança e ao grau de controle executado pelos pais, como por exemplo, a ansiedade dos pais (Adam, Gunnar, & Tanaka, 2004; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Ginsburg et al., 2005; Turner, Beidel, Roberson-Nay, & Tervo, 2003). Pais ansiosos tendem a perceber novas situações desafiadoras para seus filhos como uma ameaça, e assim, o alto nível de ansiedade dos pais pode levar à evitação, por parte dos filhos, de situações percebidas como ameaçadoras pelos pais. Eles, portanto, podem executar maior controle parental, a fim de evitar situações de risco, impedindo a criança de enfrentar novas situações (Wood, 2006; Woodruff-Borden, Morrow, Bourland, & Cambron, 2002).

Porém, a hipótese de que o controle parental é resultado do maior nível de ansiedade dos pais tem se mostrado inconsistente. Pesquisas recentes indicaram que pais ansiosos e não ansiosos não diferem no uso de práticas educativas de controle (Becker, Ginsburg, Domingues, & Tein, 2010; van der Bruggen et al., 2008). Por outro lado, pesquisas que compararam pais de crianças ansiosas com pais de crianças não ansiosas, encontraram resultados consistentes de que pais de crianças ansiosas utilizam mais práticas de supercontrole (Wood et al., 2003; Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007; van der Bruggen, 2008). Em conjunto, esses achados sugerem que, independentemente do estado de ansiedade parental, o uso de supercontrole parental aparece relacionado a níveis mais elevados de ansiedade em crianças.

Por fim, há evidências recentes e significativas demonstrando que o controle parental prediz sintomas futuros de ansiedade em crianças (Edwards, Rapee, & Kennedy, 2010) e de ansiedade em adolescentes e jovens adultos (Beesdo, Pine, Lieb, & Wittchen, 2010). De acordo com McLeod et al. (2007), o efeito do controle na ansiedade infantil foi responsável por quase 6% (tamanho do efeito = 0,25) da variância na ansiedade da criança. Esses resultados indicam que níveis mais elevados de controle parental foram associados com maior ansiedade, o que demonstra consistência com a literatura teórica que enfatiza o papel do controle dos pais no desenvolvimento e manutenção da ansiedade na infância. Quando

subdimensões do controle dos pais foram analisadas, nesse mesmo estudo, os resultados apontaram que as práticas de concessão de autonomia explicavam cerca de 18% da variância na ansiedade da criança, enquanto que práticas de superproteção explicavam cerca de 10% da variância da ansiedade infantil. Esses dados sugerem que pais que concedem mais autonomia e apoio à independência, assim como aqueles que utilizam menos a superproteção, poderiam favorecer a confiança das crianças e atenuariam a ansiedade excessiva; ou, inversamente, que um maior nível de superproteção parental e menos concessão de autonomia estão significativamente relacionados ao aumento da ansiedade infantil (McLeod et al., 2007, van der Bruggen et al., 2008).

Contrariando a proposta de McLeod et al. (2007), Silk, Morris, Kanaya e Steinberg (2003) mostraram que a superproteção parental e a concessão de autonomia devem ser consideradas como dimensões distintas do processo de socialização infantil, em vez de dois extremos opostos de um continuo. Portanto, a força da associação entre a ansiedade da criança e o controle parental pode ser diferente em estudos sobre superproteção parental quando comparados com estudos que examinam os comportamentos de concessão de autonomia. Silk et al. (2003) verificaram que a superproteção parental, mas não a falta de concessão de autonomia dos pais, estava relacionada com um alto nível de ansiedade da criança. Em contraste, a meta-análise de McLeod et al. (2007) demonstrou que a categoria concessão de autonomia (explica cerca de 18% da variância da ansiedade infantil; tamanho do efeito = 0,42) esteve mais fortemente relacionada à ansiedade da criança do que a dimensão global controle parental (responsável por quase 6% da variância da ansiedade na infância; tamanho de efeito = 0,25), que a inclui. Esses dados contraditórios demonstram a necessidade de mais estudos investigando tanto a dimensão global do controle parental, como as suas subdimensões/categorias, superproteção e concessão de autonomia, separadamente. Ou seja, apontam para os benefícios potenciais de continuar a desagregar domínios ou dimensões amplas das práticas parentais, para descobrir os efeitos únicos de suas subdimensões. Afinal, a separação desses construtos permite um esclarecimento mais preciso da relação entre o controle e diferentes tipos de problemas emocionais e comportamentais durante a infância e a adolescência.

A partir da meta-análise realizada por McLeod et al. (2007), descrita acima, van der Bruggen et al. (2008) realizaram uma nova meta-análise com o objetivo de analisar a relação entre a ansiedade da criança e o controle parental, em estudos que haviam empregado metodologias observacionais. A opção pela inclusão apenas dos estudos que avaliam o controle parental por meio da observação comportamental ocorreu, porque a meta-análise de

McLeod et al. (2007) mostrou que tamanhos de efeito foram maiores para estudos utilizando medidas observacionais da parentalidade. Além disso, as observações das práticas parentais não estão tão sujeitas aos efeitos da desejabilidade social e ao viés do avaliador, como ocorre na aplicação de instrumentos de auto relatos de pais ou crianças.

Outro objetivo dessa revisão foi avaliar alguns fatores que moderavam a associação entre os níveis mais elevados de ansiedade da criança e maior frequência de práticas educativas de controle parental, ou seja, variáveis que têm um efeito sobre a direção e a força dessas relações. Os fatores avaliados foram: características das medidas (por exemplo, o método de medição, tarefa de interação observada e a confiabilidade da medida), características da amostra (por exemplo, sexo de pais e filhos, condição socioeconômica da família e idade da criança), características dos delineamentos (por exemplo, o tamanho da amostra), e características da publicação (ano da publicação e o fator de impacto da revista).

Dezessete estudos que examinavam a ligação entre a ansiedade da criança e controle parental foram incluídos na revisão de van der Bruggen et al. (2008). A meta-análise produziu um tamanho de efeito global significativo, $d = 0,58$, $p < 0,001$ (CI $0,51 < d < 0,64$), considerado moderado, indicando que os níveis mais elevados de ansiedade da criança estavam relacionados a mais controle parental, confirmado os dados obtidos por McLeod et al. (2007). Quatro moderadores categóricos foram considerados muito significativos ($p < 0,001$) nos estudos avaliados: (a) amostras que utilizaram apenas os pais ou ambos os pais na coleta de dados ($d = 0,84$) produziram maiores tamanhos de efeito do que amostras com apenas a mãe ou outros cuidadores primários ($d = 0,50$); (b) amostras com famílias de níveis econômicos mais altos ($d = 0,81$) tiveram maiores tamanhos de efeito do que amostras com nível socioeconômico médio ($d = 0,58$) ou baixo ($d = 0,26$); (c) maiores tamanhos de efeito foram encontrados para estudos que utilizaram delineamento de grupos contrastantes ($d = 0,77$) quando comprados com estudos correlacionais ($d = 0,20$); e (d) estudos que utilizaram tarefas de discussão ($d = 0,80$) produziram maiores tamanhos de efeito do que estudos que utilizaram tarefas de *performance* ($d = 0,74$) ou tarefas não estruturadas ($d = 0,20$). Três moderadores contínuos foram considerados muito significativos ($p < 0,001$) e produziram maiores tamanhos de efeito para a relação entre ansiedade infantil e controle parental nos mesmos estudos analisados: (a) estudos que tinham amostras com maior porcentagem de meninas (mais de 50%); (b) estudos com amostras com crianças em idade escolar (maiores de 6 anos); e (c) estudos publicados em revistas de maior fator de impacto.

Dentre os resultados encontrados nessa meta-análise, é importante destacar alguns pontos. Como sinalizado, a variável sexo dos pais indicou maiores tamanhos de efeitos em

amostras com ambos os pais ou apenas o pai (van der Bruggen et al., 2008). Porém, pesquisas utilizando o relato ou observação das práticas paternas ainda são poucas e apresentam resultados inconsistentes (McShane & Hastings, 2009). Alguns estudos encontraram resultados similares nas práticas utilizadas tanto pelas mães quanto pelos pais das crianças avaliadas (Hastings, Sullivan, McShane, Coplan, Utendale, & Vyncke, 2008; McLeod et al., 2007; Rogers, Buchanan, & Winchell, 2003). Porém, outras pesquisas encontram diferenças entre as práticas paternas e maternas utilizadas. Kaczynski, Lindahl, Malik e Laurenceau (2006) identificou uma associação mais significativa para pais, quando comparados às mães, na relação entre as práticas (de rejeição e suporte apropriado) e problemas internalizantes de seus filhos. Bögels e Phares (2008) também encontraram diferenças, sendo que mais pais do que mães utilizaram práticas de concessão de autonomia. Outros estudos também relataram relações mais consistentes entre as práticas maternas de controle psicológico e a ansiedade infantil (Bögels & van Melik, 2004) e também entre essas práticas e os problemas internalizantes (Aunola & Nurmi, 2005). McShane e Hastings (2009) ao avaliar as categorias suporte apropriado, controle crítico e superproteção, encontraram diferenças significativas apenas para os relatos das práticas de suporte apropriado, no qual mães relataram mais práticas desta categoria do que pais. Fica claro assim, a inconsistência dos dados obtidos, sendo necessários novos estudos avaliando as diferenças de práticas paternas e maternas e suas relações com a ansiedade infantil.

Com relação a variável socioeconômica van der Bruggen et al. (2008) verificaram que famílias com maior poder aquisitivo produziram tamanhos de efeito maiores. Martini, Root e Jenkins (2004) investigaram a influência do status socioeconômico sobre o comportamento das mães frente às respostas emocionais das crianças. Eles constataram que as mães de classe média exercem mais comportamentos de controle hostil diante das respostas de ansiedade, medo e tristeza de seus filhos, do que as mães de classe social baixa. Além disso, pais de classe baixa também podem ser menos receptivos e atentos às emoções de seus filhos (Martini et al., 2004). Portanto, a relação entre a ansiedade da criança e o controle parental pode ser mais fraca em famílias de estratos socioeconômicos mais baixos do que em famílias de estratos socioeconômico médio ou alto (van der Bruggen et al., 2008). Porém, os dados sobre as diferenças envolvendo variáveis ligadas ao status socioeconômico familiar ainda são inconsistentes. Hoff, Laursen e Tardif (2002), demonstraram que os pais de níveis socioeconômicos inferiores executavam um controle maior do que os pais de famílias de renda média ou alta. Possivelmente, os pais de nível socioeconômico mais baixo, muitas vezes, experimentam condições ambientais adversas, que podem resultar em altos níveis de

controle parental. Assim, com relação a esse preditor da ansiedade infantil, também são necessários novos estudos que esclareçam as inconsistências que ainda existem.

Com relação ao gênero da criança, estudos que tinham um número maior de meninas na amostra tiveram o tamanho do efeito global maior (van der Bruggen et al., 2008). Assim como no estudo de van der Bruggen e colaboradores (2008), a análise do gênero da criança tem se mostrado um aspecto relevante, porém ainda com resultados inconsistentes, em estudos que avaliam a relação entre a ansiedade da criança e o controle parental. Há provas empíricas de que as crianças com um alto nível de sensibilidade à ansiedade são mais suscetíveis às influências dos pais (Keenan & Shaw, 1997; Kochanska & Aksan, 2006). Assim como a sensibilidade à ansiedade (Silverman, Goedhart, Barrett, & Turner, 2003), a sensibilidade a práticas de controle psicológico, caracterizada por comportamentos de superproteção e controle crítico, (Zahn-Waxler, 1993; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan, & Slattery, 2000) parece ser maior em meninas do que em meninos. Porém, apenas um estudo encontrou uma relação mais forte entre as práticas de controle psicológico e os problemas internalizantes para meninas mais velhas (Pettit, Laird, Dodge, Bates, & Criss, 2001). O fato do resultado ter sido significativo apenas para meninas mais velhas, corrobora os achados de estudos que mostram tendência das diferenças de gênero nas taxas de problemas internalizantes aparecerem mais tarde no desenvolvimento, pois, normalmente, meninos e meninas nos primeiros anos da infância possuem semelhantes taxas de problemas internalizantes (Keenan & Shaw, 1997; Nottelmann & Jensen, 1995). Com o passar do tempo, os pais passam a responder à ansiedade e à tristeza das meninas de forma mais concreta, e talvez também mais reforçadora, o que explicaria pelo menos em parte, a relação mais forte entre o controle psicológico e a ansiedade em meninas maiores (Chaplin, Cole, & Zahn-Waxler, 2005). Entretanto esses resultados não são consistentes, pois alguns estudos não relataram diferenças nas práticas de controle psicológico utilizadas pelos pais com filhos e filhas (McShane & Hastings, 2009; Rubin, Burgess, & Hastings, 2002).

Quanto à faixa etária, a maior idade da criança (idade escolar, maiores de seis anos) foi relacionada aos tamanhos de efeito maiores. Existem inconsistências com relação à moderação da idade da criança na relação entre controle parental e ansiedade infantil. Connell e Goodman (2002) consideram que os pais podem ter a maior influência sobre o comportamento dos filhos durante a infância, quando existem menos influências não familiares na vida da criança. Além disso, como a infância é um momento de grande aprendizado e crescimento, facilitado pelo ambiente social, crianças mais jovens podem ser mais suscetíveis ao comportamento dos pais do que as crianças mais velhas. Porém,

contrariando essa teoria, o tamanho do efeito para a relação entre o controle parental e a ansiedade da criança se mostrou positivamente associada à idade da criança na meta-análise de van der Bruggen et al. (2008). Uma possível explicação pode ser encontrada no estudo feito por Hudson e Rapee (2001), que demonstrou que o controle foi consistentemente alto em pais de crianças clinicamente ansiosas, enquanto que, nos pais de crianças não ansiosas, o controle diminuiu com o crescimento da criança devido à maturação e ampliação do seu repertório. Ou seja, os pais de crianças não ansiosas agiam de acordo com o repertório da criança, diminuindo o controle à medida que a criança amadurecia, enquanto os pais de crianças ansiosas, com o crescimento da criança e, consequente, aumento das expectativas de desempenho e desafios, relacionados à nova idade, mantinham o nível de controle utilizado anteriormente, passando a executar um controle inadequado.

Estudos realizados com amostras de outras faixas etárias também apoiam a hipótese da relação entre o supercontrole e a ansiedade infantil. Um recente estudo longitudinal com mais de 3.000 adolescentes e jovens adultos, com idade entre 14-24 anos na linha de base, demonstrou que os transtornos de ansiedade foram significativamente preditos pelos relatos de superproteção dos pais, mas não de rejeição ou de falta de afeto, enquanto os transtornos de humor foram preditos por rejeição e falta de afeto positivo, mas não por superproteção (Beesdo et al., 2010). É importante relatar que todos os estudos incluídos eram não experimentais, o que limita a possibilidade de se fazer inferências sobre um nexo de causalidade entre a ansiedade da criança e o controle parental (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007; van der Bruggen et al., 2008).

De qualquer modo, apesar de a maioria das pesquisas empregar metodologias correlacionais, alguns estudos longitudinais também foram realizados (Edwards et al., 2010; Rapee, 2009). Esses estudos envolveram crianças muito jovens, em idade pré-escolar. Os resultados, que foram relativamente variados, apoiam duas direções diferentes de relacionamento: (a) superproteção no tempo anterior prediz a ansiedade em um momento posterior, e (b) ansiedade no tempo anterior é preditora de superproteção em um momento posterior (Rapee, 2012). Um dos poucos estudos que têm apoiado a hipótese de relação de reciprocidade dentro desse tema de pesquisa avaliou pais de mais de 600 crianças com idade em torno de quatro anos no início do estudo, que foram reavaliadas um ano mais tarde (Edwards et al., 2010). Com base em resultados derivados dos relatos das mães, a superproteção inicial foi preditora de ansiedade da criança um ano mais tarde, assim como a ansiedade da criança pôde predizer a superproteção materna, um ano depois. Em contraste, os dados relatados pelos pais sobre o supercontrole paterno apoiam apenas a relação entre a

superproteção paterna e a ansiedade infantil posterior. Vale ressaltar que apesar dos demais estudos não deixarem claro que apoiam a relação de reciprocidade, as metodologias utilizadas em estudos correlacionais e longitudinais são limitadas na capacidade de fazer inferências sobre um nexo de causalidade entre a ansiedade da criança e o controle parental.

Com relação à possibilidade de atribuição de causalidade a essa relação de natureza recíproca, foram encontrados apenas dois estudos experimentais que fornecem apoio adicional à hipótese que atribui efeito causal do controle parental sobre a ansiedade infantil (de Wilde & Rapee, 2008; Thirlwall & Creswell, 2010). De Wilde e Rapee (2008) foram pioneiros ao realizar um estudo experimental piloto investigando a natureza causal da relação entre o controle materno e a ansiedade da criança numa situação de possível ameaça social. Nesta pesquisa, 26 crianças, com idades entre sete e 13 anos, com nível de ansiedade considerado não-clínico, foram convidadas a preparar e apresentar um discurso. As mães das crianças estavam presentes enquanto seu filho preparava o discurso e as diádicas foram alocadas aleatoriamente a duas condições distintas: um grupo de 13 mães foi orientado a agir de forma altamente protetora e controladora, e o outro grupo de 13 mães foi orientado a se comportar de modo a se envolver o mínimo possível na tarefa, porém, apoiando a criança. Durante a execução da tarefa (discurso), as crianças, cujas mães haviam agido de forma superprotetora, demonstraram sinais mais evidentes de ansiedade do que as crianças cujas mães tinham sido anteriormente minimamente controladoras. Uma importante limitação desse estudo foi que as instruções dadas para as mães que deveriam ser superprotetoras, incluíram verbalizações negativas e que sugeriam a sua incapacidade de realizar a tarefa com êxito. Portanto, não está claro se os efeitos encontrados se devem às diferenças de controle materno ou a outros comportamentos parentais sobrepostos como, por exemplo, a negatividade. Além disso, a amostra do estudo foi pequena, sendo necessários novos estudos com outras crianças em diferentes faixas etárias, principalmente, com crianças mais jovens.

Com base nessas limitações, Thirlwall e Creswell (2010) construíram uma segunda investigação experimental que buscava investigar a influência específica de comportamentos de controle materno sobre a cognição, comportamentos e afeto de crianças ansiosas mais jovens (com idades entre quatro e cinco anos). Assim como no estudo anterior, a tarefa solicitada à criança era um discurso. Porém, diferentemente do estudo anterior, nesse estudo a criança precisava fazer dois discursos, já que todas elas experimentaram as duas condições investigadas: mães emitindo comportamentos de controle parental e mães engajando-se em comportamentos de concessão de autonomia. A amostra consistiu de 24 crianças classificadas como não-clínicas para problemas de ansiedade e suas mães. Afim de

eliminar possíveis efeitos de ordem, 12 crianças experimentaram suas mães sendo primeiro controladoras (grupo A) e 12 crianças experimentaram suas mães estando primeiro na condição de concessão de autonomia (grupo B). Comportamentos maternos foram observados e codificados para os níveis de controle e negatividade, para garantir que os efeitos encontrados fossem especificamente associados às diferenças no controle parental. Os resultados encontrados foram bastante semelhantes aos do estudo anterior. Quando as mães desempenharam comportamentos de controle parental, as crianças tinham cognições e afetos mais negativos sobre o seu desempenho na tarefa e isso foi moderado pelo traço ansioso infantil. Além disso, crianças com elevado traço de ansiedade apresentaram um aumento significativo de comportamentos de ansiedade na condição de controle. Esses achados são consistentes com as teorias que sugerem que o controle parental é um fator de risco no desenvolvimento da ansiedade infantil.

Um último ponto de fundamental relevância são as diferenças identificadas nas relações entre as práticas educativas parentais e a ansiedade de seus filhos dos estudos transculturais (Anderson & Mayes, 2010; Crevelling, Varela, Weems, & Corey, 2010; Varela, Sanchez-Sosa, Biggs, & Luis, 2009). Alguns estudos apontam para o fato de que as teorias atuais sobre os problemas de ansiedade infantil devem levar em conta que variações culturais significativas podem estar implicadas na forma como as práticas parentais e estilos cognitivos estão relacionados com os níveis de ansiedade das crianças. Anderson e Mayes (2010) realizaram uma revisão que examina o impacto da raça/etnia e diferenças culturais na apresentação e taxas de prevalência de transtornos internalizantes na juventude, bem como uma variedade de fatores associados. Há suporte robusto para taxas mais elevadas de prevalência de depressão e ansiedade na vida de jovens de minorias étnicas nos Estados Unidos. Creveling e colaboradores (2010) realizaram um estudo no qual foi testado um modelo teórico de inter-relações entre pais controladores, estilos cognitivos negativos, ansiedade da criança e raça/etnia. O modelo sugere que, em geral, o estilo cognitivo media a relação entre o controle materno e a ansiedade infantil, mas que o conjunto de associações pode variar em função da etnia. Varela e colaboradores (2009) examinaram a relação entre a ansiedade em crianças latino-americanas, esquemas culturais latinos, e estratégias de parentalidade. Participaram do estudo crianças latino-americanas ($n=72$), e crianças branco-europeias americanas ($n = 46$), que moravam nos EUA. O estudo envolveu ainda um grupo de crianças mexicanas que moravam no México ($n = 99$), e pelo menos um dos pais por família. Crianças mexicanas e latino-americanas expressavam mais sintomas de ansiedade do que as crianças europeias americanas. Maior controle materno e menor aceitação paterna foram

associados com ansiedade na infância em todos os três grupos. Entretanto, o controle paterno foi associado com maior ansiedade para o grupo europeu americano, mas não para o grupo latino americano, e aceitação materna foi associada com maior ansiedade para as crianças europeias americanas e latino americanas, mas com menor ansiedade para o grupo mexicano. Os estudos transculturais apontam para diferenças tanto dos comportamentos parentais, quanto do desenvolvimento infantil entre as culturas. Esses dados mostram a importância da realização de estudos no Brasil, visto que além de ser uma cultura macro e pouco estuda, o povo brasileiro apresenta intensa diversidade cultural entre as diferentes regiões do país.

Para finalizar, é importante destacar que as pesquisas sobre a relação entre a ansiedade da criança e o controle parental têm várias falhas metodológicas, como amostras pequenas, ou ausência de avaliação das práticas paternas. Além disso, há múltiplas definições do que seria o controle parental e com isso variam suas dimensões operacionais, o que gera certa inconsistência. Por exemplo, o controle parental, segundo van der Bruggen et al. (2008), tem sido referido por muitos termos diferentes, como controle psicológico (Caron, Weiss, Harris, & Catron, 2006), envolvimento (Hudson & Rapee, 2001) e intrusividade (Feldman, Greenbaum, Mayes, & Erlich, 1997). Cada um desses termos é definido com variações em sua dimensão operacional. Na próxima seção será operacionalizado o conceito de práticas educativas utilizados no presente estudo, apresentando modelo de controle parental definido e sistematizado por Barber (1996).

Controle psicológico e controle comportamental: O modelo de Barber

No presente estudo, utilizaremos a definição de controle parental proposta por Barber (1996). Esse autor utiliza o termo controle parental para fazer referência ao amplo conjunto de práticas e comportamentos dos pais utilizados para regular o comportamento dos filhos. Nesse sentido o termo controle parental equivale ao termo práticas educativas parentais. O controle parental se divide em duas dimensões independentes: controle psicológico e controle comportamental.

De acordo com os pressupostos de Barber (1996), o controle psicológico começou a ser estudado por volta da década de 60 referindo-se ao comportamento parental que apela ao orgulho e à culpa. O controle psicológico inclui práticas de constranger, invalidar e manipular a expressão e experiência emocional e psicológica da criança. Além disso, o conceito envolve a expressão parental de desapontamento, distanciamento/isolamento da criança, ameaça e/ou retirada de afeto, indução de culpa e humilhação. Implica na restrição da expressão verbal

infantil, superproteção e outras formas de manipulação dos pensamentos e sentimentos da criança, com o objetivo de que ela cumpra com as expectativas, e também para promover mudança das opiniões, emoções e padrões de pensamento da criança. É uma forma de disciplina orientada para o afeto negativo que ao controlar o comportamento infantil, manipula a relação emocional entre os pais e a criança. Em resumo, é o comportamento parental de tentar intrometer-se e inibir o desenvolvimento psicológico/emocional e a autonomia da criança através do controle do domínio pessoal da vida da criança e da manipulação e pressão intencional para que a criança aja em conformidade com os padrões parentais. Para alcançar essa conformidade ou reagir ao mau comportamento da criança, os pais utilizam-se de comportamentos, muitas vezes coercitivos, tais como: exploração do vínculo pais-filho – retirada de afeto/atenção e indução de culpa; negatividade, expressões e críticas carregadas de emoções – desapontamento e humilhações; e excessivo controle pessoal – possessividade e superproteção (Barber, 1996; Barber, 2002; Barber & Harmon, 2002; Barber & Xia, 2013).

A quantidade de estudos sobre controle comportamental, a outra dimensão de controle parental apresentada por Barber (1996), é muito inferior e menos clara do que os estudos sobre o uso de controle psicológico pelos pais. Barber e Xia (2013), em uma revisão e sistematização dos conceitos utilizados pelo modelo de Baber (1996), destacaram o ritmo crescente dos estudos sobre o controle psicológico, com resultados uniformes, convergindo para apoiar e aperfeiçoar a definição do construto como uma violação do mundo psicológico da criança. Em contraste, os estudos sobre o controle comportamental dos pais são esporádicos, não sistemáticos, e controversos, levando a pouco consenso sobre o conceito dessa dimensão. Porém, mesmo com essa dificuldade, é comum entre as definições utilizadas, a caracterização do controle comportamental como comportamentos de monitoramento e estabelecimento de disciplina condizente com a idade da criança e o contexto social/ambiental, ou seja, comportamentos parentais que se destinam a regular os comportamentos das crianças em função das normas sociais ou regras familiares (Barber, 1996). Pais que utilizam as práticas que compõem essa dimensão costumam explicar claramente as regras para as crianças, emitir práticas consistentes com a situação/comportamento do filho e estar atentos e responder prontamente às necessidades da criança. É possível perceber que essa dimensão se assemelha ao estilo parental autoritativo, proposto por Baumrind (1971).

Existem três tipos distintos de controle parental, segundo Baumrind (1971), os quais ela refere como três distintos estilos parentais: permissivo, autoritário e autoritativo. No estilo

permissivo, os pais utilizam pouco comportamentos “controladores”, poucos castigos e punições, alta tolerância aos impulsos da criança e bom envolvimento afetivo com seus filhos. O estilo autoritário é caracterizado por pais extremamente “controladores”, que tendem a interferir, restringir e impor os comportamentos dos filhos, de forma rígida e exigente, utilizando-se de contingências coercitivas, tais como, castigos, ameaças, proibições etc, para fazer com que os filhos atendam as normas sociais, porém sem se tornarem independentes. Os pais autoritários mantêm pouco envolvimento afetivo e não se preocupam com os desejos e opiniões da criança. Por fim, o estilo autoritativo pode ser definido por comportamentos dos pais que buscam um equilíbrio entre afeto e controle, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e da independência infantil. Os pais tendem mais a reforçar os comportamentos adequados dos filhos, do que punir os inadequados, através de uma disciplina indutiva (utilização de explicações e argumentos lógicos), com comunicação, normas e limites claros, e de uma relação baseada no respeito mútuo.

De forma semelhante ao que ocorre com o estilo autoritativo, e com as práticas indutivas, o conceito de controle comportamental proposto por Barber (1996) também está relacionado a melhores resultados desenvolvimentais nas esferas socioemocional e cognitiva da criança, enquanto que o controle psicológico, assim como ocorre com o estilo autoritário, estaria mais relacionado a sentimentos de insegurança, de ansiedade e de agressividade nos filhos (Baumrind, 1971; Barber, 1996). Assim, o controle parental seria prejudicial quando se intromete de modo excessivo ou desrespeita o desenvolvimento psicológico da criança e sua necessidade crescente de autonomia, e seria benéfico quando facilita a conformidade com as expectativas sociais ou culturais, que normalmente encontram expressão nos padrões comportamentais, através de uma comunicação clara e assertiva, que permite à criança compreendê-las e negociá-las em certa medida, e de uma relação de respeito e reciprocidade entre pais e filhos (Barber, 2002; Barber & Xia, 2013).

De acordo com alguns estudos de revisão da relação entre ansiedade infantil e as práticas educativas parentais, a definição do controle parental requer uma atenção especial devido a possíveis inconsistências no conceito (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007). Assim, comparando o modelo proposto por Barber (1996) ao modelo anteriormente revisado na seção anterior, que fora proposto por McLeod et al. (2007), numa meta-análise de estudos sobre ansiedade infantil, notam-se algumas semelhanças.

McLeod e colaboradores (2007) sinalizam que os domínios do afeto e do controle parental se destacam no estudo da ansiedade infantil. A dimensão afeto está relacionada às questões emocionais envolvidas na relação pais-criança e pode ser divida em três categorias:

distanciamento/rejeição (pouco ou nenhum envolvimento entre pai e filho, falta de apoio emocional); aversividade (hostilidade dos pais em relação à criança; falta de consentimento parental aos comportamentos dos filhos); e afeto positivo (interações agradáveis e envolvimento dos nas atividades da criança). A dimensão controle está relacionada aos comportamentos parentais que implicam em um maior ou menor desenvolvimento da autonomia da criança e pode ser dividida em duas categorias: superproteção (interferência dos pais na autonomia naturalmente esperada para a idade da criança) e concessão de autonomia (reconhecimento do ponto de vista independente da criança sobre questões e situações). De acordo com McLeod et al. (2007), a definição de controle parental, utilizada por muitos estudiosos em suas pesquisas, parece justapor na definição os comportamentos característicos dessa dimensão com os comportamentos parentais representativos da outra dimensão do modelo, o afeto parental, especialmente quanto aos comportamentos característicos das categorias aversividade e afeto positivo. Isso se deve ao fato da dificuldade para se definir operacionalmente essas categorias, o que pode gerar certa inconsistência, como a inclusão de comportamentos similares em construtos distintos. Tais inconsistências, por sua vez, levam a falhas metodológicas, como por exemplo, instrumentos padronizados ou sistemas de estudos que podem classificar um elogio do pai ao comportamento adequado do filho tanto na categoria concessão de autonomia quanto na categoria afeto positivo.

Como se pode observar, as dimensões superproteção, aversividade e rejeição mencionadas por McLeod et al. (2007) estão inclusas na definição do conceito de práticas de *controle psicológico* do modelo de Barber (1996), que inclui comportamentos parentais coercitivos, tais como: retirada de afeto/atenção e indução de culpa; expressões de desapontamento e humilhações, referidas como negatividade; e possessividade e superproteção. Da mesma forma, as dimensões de concessão de autonomia e afeto positivo mencionadas por McLeod et al. (2007) fazem parte da definição do conceito de práticas de *controle comportamental* do modelo de Barber (1996), que descreve comportamentos parentais de monitoramento e estabelecimento de disciplina condizente com a idade da criança e o contexto social/ambiental. Ao contrário das práticas de controle psicológico, as práticas de controle comportamental buscam um equilíbrio entre afeto e controle, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e da independência infantil. A partir da constatação de similaridades entre os modelos, o presente estudo adotará o modelo proposto por Barber (1996). Assim, a dimensão controle psicológico designará comportamentos de superproteção, rejeição e aversividade, que correspondem a componentes das dimensões controle (superproteção) e afeto (distanciamento/rejeição e aversividade) do modelo de McLeod et al.

(2007). Da mesma forma, o conceito de controle comportamental (Barber, 1996) será utilizado para fazer referência aos comportamentos de afeto positivo e concessão de autonomia que no modelo de McLeod et al. (2007) encontram-se ligados às dimensões afeto e controle, respectivamente.

A revisão feita na seção anterior destaca, apesar de algumas poucas inconsistências, que a superproteção, rejeição e aversividade parental podem prejudicar a regulação emocional da criança, aumentando a sua vulnerabilidade à ansiedade e o risco de desenvolver transtornos ansiosos. Da mesma forma, evidências empíricas apontam para a correlação positiva entre controle psicológico e problemas internalizantes (Barber, 1996; Barber & Harmon, 2002; Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006; Caron et al., 2006; Feng, Shaw, & Moilanen, 2011) e, também, com a ansiedade (Loukas, Paulos, & Robinson, 2005; Pettit et al., 2001; Wei & Kendall, 2014).

Há vantagens em se utilizar o modelo de Barber (1996). Como pode ser observado, o conceito de controle parental, construído nesse modelo, parece ser o mais completo, pois abrange as duas dimensões de práticas identificadas pela meta-análise de McLeod et al. (2007) como significativas no estudo das relações entre as práticas educativas parentais e ansiedade infantil. Além disso, existe um instrumento de avaliação do controle parental baseado nesse modelo, o *The New Friends Vignettes* (NFV – McShane & Hastings, 2009). O NFV é uma medida que avalia o controle parental através do relato dos pais. McShane e Hastings (2009) definem controle parental como o modo como os pais se comportam frente às respostas de timidez de seus filhos diante de situações de novos compromissos sociais com pares. A dimensão do controle psicológico foi definida como tentativas dos pais de controlar o comportamento de seus filhos através da: manipulação das emoções, interferência nos comportamentos de independência, ou restrição das experiências das crianças, podendo ser melhor identificado ao incluir características, tais como, intrusividade (ou grande intromissão na autonomia da criança), infantilização, superproteção, carinho excessivo e supercontrole crítico. Já o controle comportamental engloba os esforços de gerenciamento baseados em consequências e em regras, incluindo a monitorização e os limites dados pelos pais.

Os itens do instrumento foram desenvolvidos conceitualmente a partir de estudos observacionais (Hudson & Rapee, 2001; Rubin et al., 2002) e divididos em três categorias independentes, ou seja, a variação de uma não estaria necessariamente relacionada à variação da outra. As três categorias propostas são: suporte apropriado, superproteção e controle crítico. Assim como em outros estudos (Bayer et al, 2006; Rapee, 1997; Rubin et al, 2002), os itens referentes as categorias superproteção e controle crítico compõem a dimensão controle

psicológico (Barber, 1996). A categoria superproteção é composta por itens que avaliam a restrição da independência e experiências da criança, carinho ou afeto excessivo ou desnecessário, o reforço da timidez da criança, e da falta de incentivo ao engajamento social. No geral, a superproteção é focada em ações dos pais que interferem nas oportunidades da criança funcionar de forma independente. A categoria controle crítico inclui itens que refletem a rejeição dos pais ou desprezo da criança ou do comportamento da criança, que poderiam ameaçar a sensação de segurança do filho no vínculo que tem com seus pais ou fazer com que a criança tenha sentimentos ruins em relação a si mesma. Por fim, a categoria suporte apropriado inclui itens que avaliam a orientação e o incentivo dos pais à participação da criança nas interações sociais com outras crianças, concedendo-lhe autonomia e apoando-a em seus comportamentos diante de novos compromissos sociais. Esses comportamentos caracterizam-se pela facilitação dos pais da competência e compromisso social da criança (McShane & Hastings, 2009).

Além do estudo para investigar a força psicométrica, confiabilidade e validade do instrumento, McShane e Hastings (2009) realizaram um estudo longitudinal para analisar as relações entre controle psicológico (superproteção e controle crítico), controle comportamental (suporte apropriado), e o funcionamento socioemocional de crianças ao longo do tempo. Participaram do estudo 115 crianças, entre os dois e quatro anos de idade, e seus pais (115 mães e 92 pais). Superproteção e controle crítico materno e paterno, isto é, o controle psicológico, previram mais problemas internalizantes e ansiedade nas crianças. Na segunda coleta, após um ano, identificou-se um aumento das respostas na categoria controle crítico para pais e mães de crianças com ansiedade e problemas internalizantes. Assim como na meta-análise feita por McLeod et al. (2007), os resultados da pesquisa realizada por McShane e Hastings (2009), demonstraram que superproteção, aversividade e rejeição, que correspondem às noções de superproteção e controle crítico, foram robustamente associados a sintomas e diagnósticos de ansiedade das crianças. Outros estudos sobre práticas parentais demonstram que quanto mais frequentes forem práticas de controle psicológico, maior a presença de sintomas ansiosos (Loukas et al., 2005; Pettit et al., 2001; Wei & Kendall, 2014).

O modelo explicativo da Análise do Comportamento também oferece alternativas interessantes para a interpretação das relações existentes entre o controle psicológico e a ansiedade infantil. A categoria do controle psicológico que denominamos controle crítico pode ser compreendida como um conjunto de contingências coercitivas utilizadas pelos pais na regulação do comportamento infantil, visto que os comportamentos parentais típicos dessa categoria podem ser caracterizados como estimulação aversiva para a criança. Como já

abordado no início dessa introdução, esses estímulos aversivos podem gerar tanto respostas autonômicas (taquicardia, sudorese etc) quanto de respostas operantes peculiares da ansiedade (compulsivas, de verificação, evitação ou fuga; que irão variar de acordo com a classificação do transtorno ansioso), que se mantêm tanto por fuga/esquiva da estimulação aversiva (reforço negativo) quanto pela presença de uma maior atenção e cuidados por parte do ambiente social (reforço positivo), por exemplo.

Baseando-se nesse modelo explicativo, Guilhardi (2002) afirma que o uso de contingências coercitivas é determinante para o desenvolvimento do sentimento de responsabilidade na criança, porém, destaca que essa aversividade deve ser amena. A partir desse pressuposto, entende-se que o sentimento de responsabilidade pode ser descrito como um comportamento de fuga/esquiva através da emissão de respostas adequadas, do ponto de vista da comunidade social, mantidas pela retirada da ameaça de punição. Após a instalação desse repertório comportamental de responsabilidade, as respostas pertencentes a mesma classe de “comportamentos esperados pela sociedade” se mantêm, e até se ampliam, mesmo que as contingências coercitivas não estejam mais presentes. Porém, segundo esse autor, quando as contingências aversivas são intensas, a consequência é a emissão de comportamentos de contracontrole indesejáveis pela criança (tais como excessivas respostas de evitação, fuga etc), supressão comportamental (diminuição generalizada dos comportamentos), e/ou diminuição da variabilidade comportamental. Essas consequências (respostas de fuga/esquiva excessiva, diminuição do repertório comportamental e sua variabilidade) estão presentes na definição/explicação do sentimento de ansiedade pelos pressupostos da Análise do Comportamento. Ou seja, responsabilidade desenvolvida através de contingências coercitivas intensas, interfere no desenvolvimento afetivo e comportamental, levando a um forte sentimento de ansiedade. A ansiedade, quando muito intensa e persistente pode levar a um possível comprometimento do funcionamento do indivíduo, configurando algum tipo de transtorno ansioso.

De acordo com o Guilhardi (2002), os comportamentos parentais que estão relacionados ao desenvolvimento de comportamentos de responsabilidade excessiva na criança, e que poderiam ser considerados exemplos de práticas de controle crítico, são: (1) contingências coercitivas muito intensas (distanciamento físico e/ou emocional dos pais, ameaça e/ou retirada de afeto, indução de culpa, humilhação); (2) exigências muito elevadas de desempenho (críticas mesmo que na presença de comportamentos que a sociedade, de forma geral consideraria satisfatórios, por exemplo, não basta tirar nota boa, tem que tirar dez); (3) Punições não contingentes a comportamentos específicos (punições que não

possuem relação com o comportamento emitido pela criança, que ocorrem sob controle de outros eventos, tais como alcoolismo, doença psiquiátrica, humor dos pais etc). Vale ressaltar que a questão da imprevisibilidade, que está envolvida no terceiro comportamento citado, é um elemento novo, introduzido pela abordagem, que não foi levado em conta pelos estudos analisados nesta revisão, mas que pode ser importante como destacado por Guilhardi (2002). Aproximando os dados dos estudos sobre práticas parentais com o modelo explicativo apresentado por Guilhardi (2002), é possível que a relação entre as práticas de controle crítico e a ansiedade na criança esteja relacionada, portanto, à estimulação aversiva intensa que contribui para a percepção distorcida (ou não) de um ambiente ameaçador (Laskey & Cartwright-Hatton, 2009), que pode levar a respostas de fuga/esquiva pela percepção de uma ameaça futura de punição e, consequente, desenvolvimento de sentimentos de responsabilidade excessiva na criança. A figura 3 ilustra esse modelo explicativo.

A superproteção parental, outra característica do controle psicológico, não caracteriza-se, necessariamente, como uma estimulação aversiva, porém, como pode ser observado na figura 3, a partir do momento que os pais apresentam respostas superprotetoras, muitas vezes agindo pela criança em ambientes e contextos nos quais a criança teria repertório para agir de forma independente, reduzem a possibilidade da criança se desenvolver. Isso significa que os pais que impedem seus filhos de emitirem tais comportamentos, impedem-nos de obterem os reforços naturais provindos das atividades, restringem as oportunidades para desenvolverem habilidades motoras e verbais, reduzem as chances da criança aprender repertórios adequados para lidar com o mundo em que está inserida, já que a mesma não aprende a tomar iniciativas (comportar-se na ausência de controles manejados por outros), nem a solucionar problemas. Nesse contexto, a criança tende a desistir facilmente diante do insucesso, tornando-se dependente dos outros e desenvolvendo sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, fobias, entre outros (Guilhardi, 2002). Ou seja, ao interferir na autonomia naturalmente esperada para a idade da criança e incentivar os comportamentos de dependência, os pais promovem uma redução no sentimento de autoconfiança da criança e, portanto, ampliam a possibilidade de que um número maior de situações/ambientes seja vivenciado como contextos aversivos, o que leva as crianças a se sentirem com medo, inseguras, produzindo, assim, um aumento da ansiedade (Guilhardi, 2002; McLeod et al., 2007; van der Bruggen et al., 2008).

O modelo explicativo da Análise do Comportamento é uma relevante opção para interpretar também as relações existentes entre o controle comportamental e a ansiedade infantil. A prática de controle comportamental, composta pela categoria suporte apropriado, é composta por comportamentos parentais que se destinam a regular os comportamentos das

crianças de modo condizente com a idade da criança e com o contexto social/ambiental (Barber, 1996). Pais que utilizam esse padrão de comportamento costumam explicar claramente as regras para as crianças ou emitem práticas consistentes com a situação/comportamento do filho e estão atentos e respondem prontamente às necessidades da criança. Ou seja, criam condições adequadas para o filho emitir comportamentos, prestam atenção na dificuldade da tarefa que a criança vai desempenhar e adequam as dificuldades da tarefa às habilidades da criança. Por exemplo, ao subir uma escada no parquinho, o pai pode segurar firmemente as mãos do filho, de modo que ele suba todos os degraus com sucesso; quando o filho demonstrar que sua habilidade evoluiu, o pai pode reduzir progressivamente a ajuda, até que os comportamentos de subir e descer a escada ocorram sem hesitação por parte da criança. Consequentemente, as crianças, diante desse contexto, adquirem o sentimento de autoconfiança. Esse sentimento surge a partir da emissão de respostas adequadas pelas crianças, que seriam naturalmente reforçadas no contexto em que ocorrem. É por meio desse reforçamento natural dos comportamentos da criança que elas aprendem a ter iniciativa, a resolver problemas sozinhas (através da emissão de respostas até alcançar o reforço pela solução do problema), a persistir diante de tentativas fracassadas até alcançar o sucesso, tornando-se independentes dos outros e desenvolvendo sentimentos de segurança, satisfação, coragem. Tais sentimentos são agrupados com o nome de autoconfiança (Guilhardi, 2002). Esses comportamentos mais independentes, que permitem que a criança adquira o sentimento de autoconfiança, levam a redução do nível de ansiedade (Wood et al., 2003). Essas relações estão esquematizadas na figura 3.

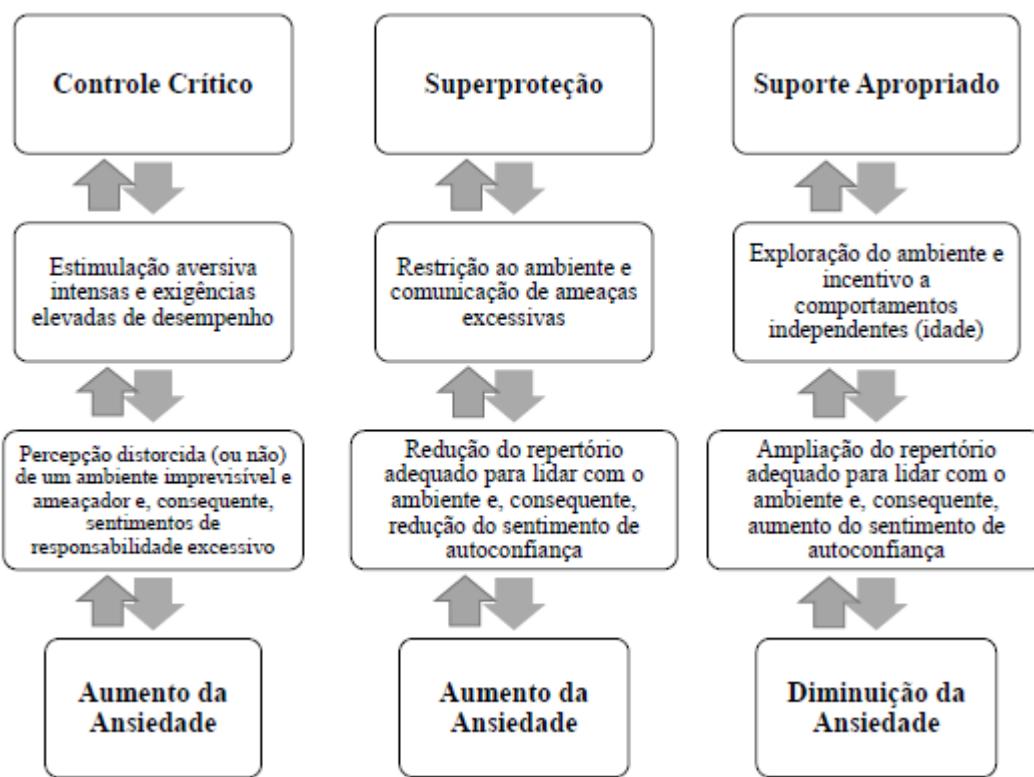


Figura 3. - Modelo explicativo da Análise do Comportamento: Relações entre as práticas educativas parentais e ansiedade infantil

Outra questão importante referente às relações entre o controle parental e a ansiedade infantil diz respeito à bidirecionalidade. Adota-se a hipótese de que o controle parental estaria relacionado à ansiedade infantil de forma bidirecional sendo o comportamento dos pais influenciado pelo comportamento infantil e vice-versa. Ou seja, ao mesmo tempo em que os comportamentos dos pais modificam e interferem nos comportamentos das crianças, eles também são influenciados pelas ações de seus filhos. Segundo Skinner (1957/1978), “os homens agem sobre o mundo, modificam-no e, por sua vez, são modificados pelas consequências de sua ação” (p.15).

Apesar de ampla literatura internacional sobre o tema da presente pesquisa, poucos estudos têm sido realizados em âmbito nacional, empregando o modelo de Barber (Nunes, 2013). A presente revisão identificou apenas dois estudos brasileiros que investigaram a relação entre as práticas educativas parentais e os problemas internalizantes (Lins, 2013; Nunes, 2012) e um com a ansiedade (Zanoni, 2004).

O estudo de Lins (2013) investigou as relações do controle psicológico (controle crítico e superproteção) e suporte apropriado, utilizando o NFV, com os problemas internalizantes através do relato de 103 mães cujos filhos, de ambos os sexos, tinham idade

entre três e cinco anos. Ao contrário do que era esperado, o escore total de problemas internalizantes não foi predito pelas práticas educativas maternas investigadas. Porém, foram verificadas correlações significativas e positivas, mas de fraca intensidade, entre as síndromes ansiedade/depressão e retraimento, que compõem o agrupamento de problemas internalizantes, e o controle crítico. Contudo, as análises de regressão realizadas indicaram que apenas o retraimento foi predito significativamente pelo controle crítico. A discussão dos resultados mostrou a relevância das dimensões afetivas e de aspectos culturais para a compreensão das relações entre as práticas educativas maternas e os problemas internalizantes, assim como das limitações do instrumento utilizado para avaliar as práticas educativas parentais.

Assim como o estudo de Lins (2013), a investigação conduzida por Nunes (2012) também não confirmou a hipótese levantada. O objetivo do estudo foi investigar o papel do vínculo de apego (com a mãe e o pai) e das práticas parentais (rejeição, controle comportamental, controle psicológico) sobre os problemas externalizantes (agressividade e delinquência) e internalizantes (retraimento social e ansiedade/depressão). Esperava-se que os problemas internalizantes estivessem correlacionados com as práticas de controle psicológico e rejeição, porém, apenas a síndrome ansiedade/depressão esteve correlacionada com as práticas de rejeição, que se assemelham conceitualmente à noção de controle crítico (McShane & Hastings, 2009).

Uma importante hipótese para justificar os resultados dos dois estudos é a questão cultural. Em uma revisão da literatura sobre as práticas de controle parental em famílias latinas, Halgunseth, Ispa e Rudy (2006), avaliaram a importância do papel cultural nos estudos da relação do controle psicológico parental sobre o desenvolvimento socioemocional das crianças. Foi identificada a presença de mais práticas de proteção e monitoramento entre os pais de famílias latinas. Apesar dessa relação estar significativamente presente no estudo, não foram verificadas relações entre os problemas internalizantes e as práticas superprotetoras. Os pesquisadores dessa revisão sugerem que diferentes comportamentos parentais, influenciados pela cultura da qual fazem parte, estariam associados a resultados desenvolvimentais distintos. Assim, o controle psicológico, considerado preditor de problemas internalizantes, em culturas euro-americanas, pode ser frequentemente utilizado por pais latinos e não estar relacionado à predição dos problemas internalizantes nessa outra cultura (Halgunseth et al., 2006).

Justificativa e objetivos do estudo

A literatura mostra que a ansiedade é um quadro psiquiátrico comum em crianças, com elevadas taxas de prevalência (Castillo et al., 2000; Costello et al., 2005). Esse distúrbio interfere em vários domínios do funcionamento infantil, tais como nas capacidades intelectuais e acadêmicas, relacionais e emocionais. Estudos mostram que quando esse problema é crônico e não é tratado, aumenta o risco de transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substâncias e tentativas de suicídio na vida adulta (Drake & Ginsburg, 2012; Vianna et al., 2009). Apesar da alta prevalência e da substantiva morbidade associada, os transtornos de ansiedade na infância e adolescência ainda se encontram subdiagnosticados e subtratados (Walkup et al., 2008). A necessidade de identificar os transtornos de ansiedade entre os mais jovens é uma questão de saúde pública e de grande importância científica (Albano et al., 2003). Estudos que auxiliem no entendimento desses quadros na infância serão úteis para o seu reconhecimento precoce, assim como para a formulação de estratégias de tratamento adequadas (Vianna et al., 2009).

O controle tem se destacado na literatura como uma dimensão das práticas educativas parentais particularmente associada à ansiedade infantil (Drake & Ginsburg, 2012; McLeod et al., 2007; Wood et al., 2003). Está associado basicamente a condutas parentais superprotetoras, controle crítico e suporte apropriado (McShane & Hastings, 2009). Contudo, alguns estudos sobre o tema consideram que a maioria das investigações que identificam essa relação possui diversas limitações metodológicas, tais como basear-se em relatos retrospectivos ou em uma operacionalização inconsistente dessa dimensão da conduta parental (Drake & Ginsburg, 2012; Rapee, 2012).

Mc Leod et al. (2007), em extensa metanálise sobre o tema, sinalizam a importância de mais estudos investigando tanto a dimensão global do controle parental, como as suas subdimensões ou categorias específicas. Isto é, os autores apontam para os benefícios em se separar as amplas dimensões das práticas parentais, para descobrir os efeitos únicos de suas categorias específicas. O modelo teórico elaborado para o presente estudo propõe, além da avaliação das amplas dimensões do controle parental (controle psicológico e controle comportamental), a avaliação de suas três categorias de forma independente (Barber, 1996; McShane & Hastings, 2009). Afinal, a separação desses construtos permite um esclarecimento mais preciso da relação entre o controle e diferentes tipos de problemas emocionais e comportamentais durante a infância e a adolescência. Além disso, Barber e Harmon (2002)

observaram que as pesquisas que investigaram a dimensão controle psicológico, ao adotarem preferencialmente medidas de autorelato, investigaram quase que exclusivamente amostras de adolescente. Assim são necessários mais estudos com crianças, especialmente com aquelas que se encontram nos primeiros anos da infância.

Por fim, estudos transculturais identificaram diferenças nas relações entre as práticas educativas parentais e a ansiedade de seus filhos (Anderson & Mayes, 2010; Crevelling et al., 2010; Varela et al., 2009). Contudo, apesar desse panorama, no Brasil, um país com grande diversidade cultural, pouquíssimos estudos têm sido realizados (Nunes, 2012). Foram identificadas na presente revisão de literatura, apenas duas pesquisas (Lins, 2013; Nunes, 2012) relacionando os comportamentos parentais ao desenvolvimento de problemas internalizantes em crianças e somente uma dissertação de mestrado (Zanoni, 2004) relacionando as práticas educativas parentais e a ansiedade infantil. A escassez de estudos constatada na literatura brasileira indica a necessidade da realização de novas pesquisas sobre essa temática. Vale ressaltar que os resultados encontrados pelas pesquisas de Nunes (2012) e Lins (2013) não confirmaram as hipóteses que foram baseadas na ampla literatura internacional disponível, reforçando a ideia da importância das diferenças culturais nos estudos sobre as relações entre comportamentos parentais e desenvolvimento infantil.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi verificar as relações entre o *controle psicológico materno*, e suas duas categorias, *controle crítico* e *superproteção*, e o *controle comportamental materno (suporte apropriado)*, e os problemas de ansiedade em crianças com idades entre seis e oito anos. Esperava-se que os problemas de ansiedade infantil estivessem positivamente correlacionados às práticas de controle psicológico (controle crítico e superproteção) e negativamente correlacionados ao controle comportamental (suporte apropriado). Porém, com base na literatura analisada, a expectativa era de que a correlação entre superproteção materna e ansiedade infantil fosse mais alta do que a correlação entre controle crítico e ansiedade infantil.

Método

Participantes

Participaram do estudo 83 mães com idade média de 36,75 anos ($DP=7,53$), que tinham filhos com idades entre seis e oito anos. A escolha dessa faixa etária, baseou-se nos resultados obtidos pela metanálise de van der Bruggen et al. (2008) que indicaram que estudos com amostras com crianças em idade escolar (maiores de 6 anos) tiveram maiores tamanhos de efeito. A escolaridade média da amostra foi de 13,33 anos ($DP=3,09$) de estudo e 84,3% das mães relataram trabalhar fora de casa. Com relação a sua situação conjugal, 56,6% relataram ser casadas, 15,7% viviam em união estável, 14,5% estavam separadas e 13,3% eram solteiras. Já em relação ao convívio com o pai da criança, 67,5% das mães residiam com o mesmo. Os pais das crianças tinham idade média de 41,18 anos ($DP=9,37$), 12,13 anos ($DP=2,61$) de escolaridade e 91,6% trabalhavam fora de casa. As crianças tinham média de idade equivalente a 6,66 anos ($DP=0,63$), sendo 63,9% do sexo feminino e 36,1% do sexo masculino. A média do número de irmãos dessas crianças foi de 0,89 ($DP=0,83$), sendo que 36,1% das crianças eram filhos únicos, 8,6% eram o filho mais velho e 36,1% eram o segundo filho na ordem de nascimento na família. A renda familiar média foi de R\$3222,89 ($DP=R\$1773,75$) e o número médio de moradores na residência foi de 3,80 ($DP=1,09$). A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das participantes do estudo.

Tabela 1.
Características Sociodemográficas das participantes

Variáveis	Níveis	Valores		
		N	%	M
Idade da mãe		83		36,75 (DP=7,53)
Escolaridade da mãe (em anos)		83		13,33 (DP=3,09)
Ocupação da mãe	Trabalham fora	71	85,5	
	Não trabalham fora	12	14,5	
Situação conjugal	Solteira	10	12	
	Casada	47	56,6	
	União Estável	13	15,7	
	Separada	12	14,5	
	Viúva	1	1,2	
Convive com o pai da criança?	Sim	56	67,5	
	Não	27	32,5	
Idade do pai		82		41,18 (DP=9,37)
Escolaridade do pai (em anos)		79		12,13 (DP=2,61)
Ocupação do pai	Trabalham fora	76	96,2	
	Não trabalham fora	3	3,8	
Idade da criança (em anos)		83		6,66 (DP=0,63)
Sexo da criança	Feminino	53	63,9	
	Masculino	30	36,1	
Número de irmãos		83		0,89 (DP=0,83)
Ordem de Nascimento	Filho único	30	36,1	
	Primeiro	7	8,4	
	Segundo	30	36,1	
	Terceiro	13	15,7	
	Quarto	3	3,6	
Renda familiar		83		R\$3222,89 (DP=R\$1773,75)
Número de moradores da residência		83		3,80 (DP=1,09)

Delineamento

No presente estudo, foi utilizado um delineamento correlacional (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006) para a análise das relações entre as variáveis preditoras, práticas educativas maternas de controle psicológico (e suas categorias controle crítico e superproteção) e controle comportamental; e a variável predita, ansiedade infantil.

Procedimento

Foram contatadas 15 escolas particulares de Salvador, cujas mensalidades variaram entre R\$ 190,00 e R\$ 380,00. Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado à direção dessas escolas. No total, 10 escolas permitiram que o estudo fosse apresentado aos pais ou responsáveis pelos alunos. Um convite (Anexo A) que informava sobre a realização do estudo na escola foi enviado pela agenda escolar das crianças. Nesse convite, solicitou-se que as mães interessadas em participar do estudo fornecessem informações para contato. Além dos convites individuais, as escolas receberam um cartaz informativo (Anexo B) para ser colocado no mural da escola. As mães, que concordaram em participar do estudo através do preenchimento do convite, foram contatadas para o agendamento da entrevista, na data e no horário de sua preferência.

Durante a entrevista, a mãe assinou o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo C), e respondeu os seguintes instrumentos: a *Ficha de Informações Demográficas da Família* (Anexo D), o *Inventário dos Comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos* (CBCL 6 - 18 anos) e a *Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil* (Anexo E e F). Todos os instrumentos foram aplicados em formato de entrevista, ou seja, o pesquisador leu os itens para as participantes e elas, com auxílio de cartões de respostas (Anexo G), indicavam a alternativa escolhida. Essa estratégia foi utilizada para reduzir a probabilidade das mães não entenderem algum item dos instrumentos. As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos.

Considerações éticas

O *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), do presente estudo, informava claramente os objetivos da pesquisa, o nome e o telefone do pesquisador responsável, assim como, uma descrição dos procedimentos do estudo e a explicação dos riscos e benefícios potenciais. Além disso, o termo garantia que os participantes não seriam identificados, e que podiam desistir de sua participação a qualquer momento. Assim como, também garantia que todo o material da pesquisa seria mantido em sigilo com o pesquisador. O documento informava, ainda, que o pesquisador deveria fornecer qualquer esclarecimento quando a participante considerasse necessário. O TCLE foi assinado por todas as participantes do estudo em duas vias, sendo que uma cópia foi mantida pelo pesquisador, e a outra devolvida as participantes.

O presente estudo foi cadastrado na plataforma Brasil em 20 de dezembro de 2012 e encaminhado para avaliação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, que aprovou o projeto de pesquisa em 29 de maio de 2013, conforme processo número 12540713.3.0000.5577.

Instrumentos

Ficha de Informações Demográficas da Família: visa obter informações demográficas da família, tais como: idade, profissão e nível de instrução dos pais, renda familiar, sexo e idade da criança.

Inventário dos Comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL 6 - 18 anos). Esse instrumento é parte de um sistema de avaliações desenvolvido por Achenbach & Rescorla (2001). Ele avalia problemas emocionais e comportamentais de crianças a partir dos relatos dos pais ou cuidadores, e permite a obtenção de escores padronizados. O instrumento é composto por 138 itens, dos quais 118 referem-se a problemas emocionais e comportamentais e 20, à competência social. O informante é orientado a comparar o comportamento da criança, nos últimos seis meses, com o comportamento de outras crianças em sua faixa etária, e a quantificá-los em uma escala de três pontos que indicam: (0) se a afirmação não for verdadeira; (1) um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira; ou (2) muito verdadeira ou frequentemente verdadeira. Esse instrumento permite avaliar diversas áreas do funcionamento das crianças e adolescentes distribuídos nas seguintes síndromes: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Atenção, Comportamento Agressivo, Problemas de Sono, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Violação de Regras. A partir de escores T padronizados, de acordo com a idade e o sexo, a criança pode ser incluída nas categorias clínica, limítrofe ou não clínica, em relação ao seu funcionamento global, nas síndromes específicas e nos perfis internalizante e externalizante. O perfil internalizante pode ser caracterizado por pouca interação social, ansiedade, fobia social, alienação e retraimento; enquanto que o perfil externalizante, por agressividade física e/ou verbal, comportamentos opositores ou desafiantes e condutas antissociais. O instrumento também oferece classificações em escalas baseadas no DSM-IV-TR para os seguintes problemas psicopatológicos: Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade, Problemas Desenvolvimentais Invasivos, Déficit de Atenção/Problemas de Hiperatividade e Problemas Desafiante Opositor.

Para avaliar os problemas de ansiedade das crianças, o presente estudo utilizou os

escores das crianças na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade e na síndrome Ansiedade/Depressão. A escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade avalia sintomas dos seguintes Transtornos Ansiosos: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobia Específica e Transtorno de Ansiedade de Separação. Os itens 11, 29, 30, 45, 50, 112 compõem este perfil. A síndrome Ansiedade/Depressão é avaliada pelos itens 14, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 50, 52, 71, 91 e 112. Os escores T padronizados para a escala de Problemas de Ansiedade e para a Síndrome Ansiedade/Depressão estabelecem a classificação da criança na categoria não clínica quando os escores T são inferiores a 65, na categoria limítrofe quando os escores T variam entre 65 e 70 e na categoria clínica quando a pontuação é superior a 70. Apesar da ansiedade e depressão terem classificações distintas nos manuais de classificações das doenças mentais, a escolha pela utilização da síndrome Ansiedade/Depressão para avaliação da ansiedade infantil no presente estudo baseou-se em pesquisas que, através de altas taxas de comorbidade e correlações, demonstram que esses transtornos não podem ser significativamente distinguidos na infância, se diferenciando apenas ao longo do desenvolvimento (Jacques & Mash, 2004; Kushner, Tackett, & Bagby, 2012; Seligman & Ollendick, 1998; Wadsworth, Hudziak, Heath, & Achenbach, 2001).

Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil: é uma adaptação realizada por Lins, Oliveira, Palma e Alvarenga (2012) do *The New Friends Vignettes* (NFV – McShane & Hastings, 2009). Esse instrumento tem como objetivo identificar os comportamentos dos pais frente a respostas tímidas dos filhos em episódios de interação com pares. A entrevista é formada por duas situações hipotéticas, o entrevistado deve se imaginar nessa situação e avaliar o que diria ou faria com o filho e com as outras pessoas naquela situação relatada. Durante a aplicação do instrumento, o pesquisador descreve cada episódio que é seguido por nove frases que o avaliado poderia falar para as pessoas envolvidas na situação e por nove frases que mostram coisas que os pais poderiam falar ou fazer com o filho. O instrumento é composto por 36 itens a serem avaliados. Essas frases têm como objetivo avaliar a utilização de controle comportamental (suporte apropriado) e de controle psicológico (controle crítico e superproteção). Cada escala (suporte apropriado, controle crítico e superproteção) é composta por 12 itens. O suporte apropriado (SA) é composto por itens que relatam práticas educativas que buscam facilitar a interação social dos filhos com os pares (ex.: “*Você tiraria o(a) seu(ua) filho(a) de trás de você e colocaria ele(a) na sua frente*”; “*Você diria: Diga ‘oi’ para Marcos/Juliana, filho(a)*”). O controle crítico (CC) inclui itens que abordam comportamentos indicativos de rejeição parental e uso de críticas (ex.: “*Você diria: Que menino(a) bobo(a)*”; “*Você diria: Olha o que eu passo com*

esse(a) menino(a)”). Por fim, os itens que compõe a categoria superproteção (SP) descrevem respostas parentais caracterizadas pelo envolvimento excessivo e/ou desnecessário, restrição da autonomia da criança e não incentivo a interações sociais dos filhos (ex.: “Você faria um cafuné em seu(ua) filho(a)”; “Você diria: Você quer voltar para casa para brincar comigo?”). As mães foram solicitadas a responder cada afirmativa/ítem de acordo com uma escala de três pontos: zero (Se não diria ou faria a mesma coisa), um (se talvez diria ou faria a mesma coisa) e dois (Se sim, diria ou faria a mesma coisa). Os escores das três escalas variam de zero a 24 pontos e são obtidos através do somatório das respostas maternas para cada ítem de cada uma das categorias.

De acordo com McShane e Hastings (2009), o controle psicológico e a superproteção são dois “aspectos” (p.481) do controle psicológico, assim como o suporte apropriado seria um “aspecto” do controle comportamental. No presente estudo, o controle crítico e a superproteção serão referidos como duas categorias distintas do controle psicológico, da mesma forma que o suporte apropriado será referido como uma categoria do controle comportamental. Desse modo, como pode ser observado na Figura 4, os escores referentes ao controle psicológico foram calculados em três medidas diferentes. Ele envolve os escores de controle crítico e superproteção. O escore de controle crítico corresponde a soma das respostas dos itens referentes a controle crítico. O escore de superproteção corresponde a soma das respostas dos itens referentes a superproteção. E, por fim, o escore de controle psicológico corresponde a média dos escores de controle crítico e superproteção. Já o controle comportamental teve seus escores calculados em apenas uma medida: a soma das respostas aos itens referentes a suporte apropriado, que constitui a única categoria de controle comportamental avaliada pelo instrumento. Vale ressaltar que o instrumento é composto por duas versões, uma para pais de crianças do sexo feminino (anexo E) e outra para pais de crianças do sexo masculino (anexo F). Além disso, é importante destacar que os espaços compostos por uma linha servem para sinalizar ao aplicador que deve ser utilizado o nome da filha ou do filho das participantes.

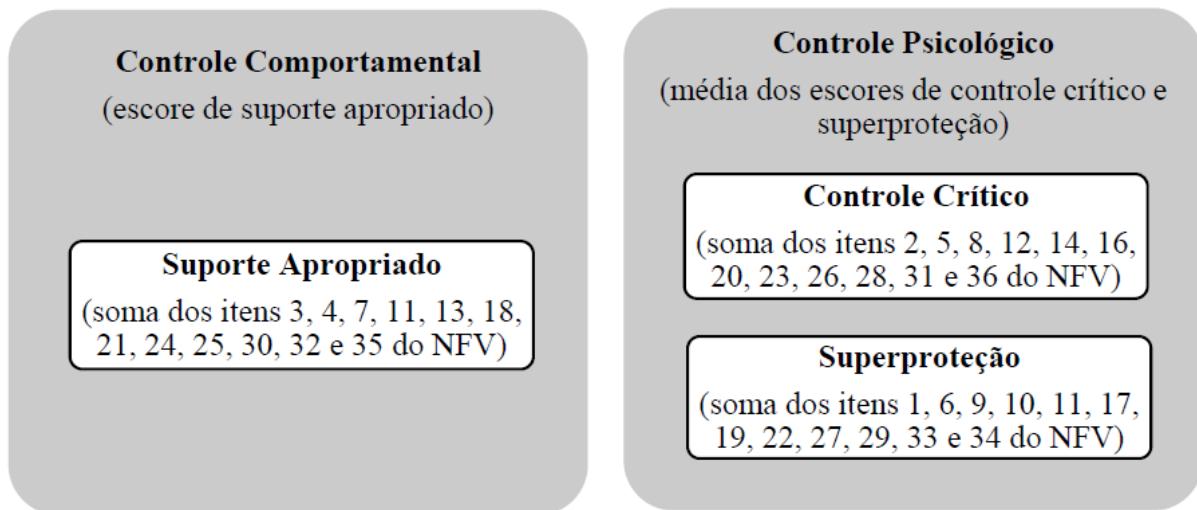


Figura 4. Diagrama dos escores apresentados pelo NFV no presente estudo

As escalas que compõem o instrumento original (McShane & Hastings, 2009) obtiveram bons índices de consistência interna, sendo 0,80 para o suporte apropriado, 0,75 para o controle crítico e 0,76 para a superproteção. O estudo realizado por Lins (2013), com população brasileira, também encontrou valores considerados aceitáveis para a consistência interna do instrumento traduzido e adaptado, levando em conta o número de itens e dimensões (Cortina, 1993). Para o presente estudo, o cálculo do coeficiente de consistência interna foi feito com base nos dados dos participantes do estudo de Lins (2013) juntamente com os dados dos participantes do presente estudo. Os resultados foram 0,71 para suporte apropriado; 0,75 para controle crítico; e 0,70 para superproteção.

Análise dos dados

Os dados coletados neste estudo foram analisados através de procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Inicialmente, para a exploração dos dados relativos às práticas educativas relatadas pelas mães e os escores de ansiedade das crianças foram utilizadas técnicas de estatísticas descritivas, as quais possibilitaram a identificação dos escores médios das variáveis preditoras, as práticas educativas maternas (obtidos pelos escores de controle comportamental, ou suporte apropriado, e controle psicológico, e suas categorias: controle crítico e superproteção do NFV), assim como da variável predita, a ansiedade infantil (obtidos pelos escores da síndrome Ansiedade/Depressão e da escala baseada no DSM-IV-TR dos Problemas de Ansiedade do CBCL). Além dos escores médios, foram calculados os percentuais de crianças classificadas nas categorias não-clínica e clínica (soma das classificações limítrofes e clínicas) para a síndrome Ansiedade/Depressão e para a

escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade.

A investigação da influência das variáveis sociodemográficas sobre as práticas educativas maternas e sobre a ansiedade infantil, assim como as relações entre as práticas educativas maternas e a ansiedade infantil foi realizada a partir do teste de correlação de Pearson e análises de regressão, utilizando o método stepwise. Por fim, foi realizada uma comparação entre dois grupos: um de crianças com problemas de ansiedade (escores clínicos ou limítrofes na síndrome Ansiedade/Depressão e na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade do CBCL) e outro de crianças sem problemas de ansiedade (escores não-clínicos em todas as síndromes, escalas baseada no DSM-IV-TR e escalas de problemas externalizantes e internalizantes), buscando identificar diferenças nos escores das práticas educativas maternas entre os dois grupos, através do teste não paramétrico de Mann Whitney e do teste paramétrico t de Student, a depender do tipo de distribuição dos dados das amostras dos grupos nas variáveis analisadas.

Resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados em três partes. Primeiro serão relatados os resultados relativos a ansiedade infantil e as suas relações com as características sociodemográficas. Depois serão examinados os dados coletados sobre as práticas educativas maternas e suas relações com as características sociodemográficas. E, por último, serão apresentadas as relações entre as práticas educativas maternas e os problemas de ansiedade.

Ansiedade Infantil

Nesta seção serão apresentados os dados obtidos a respeito da ansiedade infantil através dos escores da síndrome Ansiedade/Depressão e da escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade do CBCL 6-18 anos. Também será exposta a análise das relações entre a ansiedade infantil e as características sociodemográficas da amostra.

Como pode ser constatado na Tabela 2, o escore médio da amostra para a síndrome Ansiedade/Depressão e para escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade foram bastante próximos. Os escores médios de 60,06 (DP=7,58) e 60,48 (DP=6,91), respectivamente, seriam classificados como não-clínicos. Os percentuais de casos classificados como não-clínicos e clínicos (incluindo também nessa classificação os escores limítrofes da amostra) foram os mesmos para a síndrome Ansiedade/Depressão e para a escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade (32,5% de casos clínicos e 67,5% de casos não-clínicos). É interessante mencionar também o coeficiente de correlação (*Pearson*) entre os escores na síndrome e na escala, que foi de $r=0,75$; $p<0,01$, indicando forte tendência a covariação entre as duas medidas.

Tabela 2.

Classificação e Média da Ansiedade Infantil no CBCL (n = 83)

Variáveis	Valores		
	N	%	M
Ansiedade/Depressão	60,06 (DP=7,58)		
Não-clínico	56	67,5	
Clínico + Limítrofe	27	32,5	
Problemas de Ansiedade, segundo DSM	60,48 (DP=6,91)		
Não-clínico	56	67,5	
Clínico + Limítrofe	27	32,5	

Com o objetivo de examinar as relações entre a ansiedade infantil e as características sociodemográficas da amostra, foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Os detalhes são apresentados na Tabela 3. Tanto a síndrome Ansiedade/Depressão, quanto a escala segundo o DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade esteve negativamente correlacionada com a idade materna ($r = -0,22$; $p < 0,05$ e $r = -0,26$; $p < 0,01$, respectivamente). Esse resultado indica que quanto menor a idade da mãe, maiores serão os escores de ansiedade da criança tanto na síndrome Ansiedade/Depressão quanto na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade. Não foram encontradas correlações com as demais variáveis sociodemográficas.

Tabela 3.

Correlações de Pearson entre as Variáveis Sociodemográficas e Ansiedade Infantil (n = 83)

	Ansiedade/ Depressão	Problemas de Ansiedade/DSM
Ansiedade/Depressão	-	-
Problemas de Ansiedade/DSM	0,75**	-
Idade da mãe	-0,22*	-0,26**
Escolaridade da mãe	-0,08	-0,10
Idade do pai	-0,12	-0,10
Escolaridade do pai	0,09	0,02
Idade da criança	-0,08	-0,03
Número de irmãos	-0,07	-0,10
Renda familiar	0,04	-0,06
Número de moradores	0,03	0,02

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

Análises com o teste Qui-quadrado foram realizadas para verificar se houve associações significativas entre as variáveis sociodemográficas categóricas (ocupação da mãe, situação conjugal, convívio com o pai da criança, ocupação do pai, sexo da criança e ordem de nascimento) e as classificações, nas categorias clínica ou não clínica, dos escores na síndrome Ansiedade/Depressão e para a escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade. Como pode ser verificado na Tabela 4, para algumas variáveis sociodemográficas (ocupação da mãe, situação conjugal, convívio com o pai da criança, ocupação do pai e ordem de nascimento) não foi possível aplicar o teste Qui-quadrado, visto que o valor da frequência esperada em cada célula foi inferior a cinco. A única associação encontrada entre as análises realizadas foi entre o sexo da criança e a classificação na categoria clínica na escala baseada

no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade ($X^2=4,28$; $p=0,04$). A frequência de casos clínicos em meninos (46,67%) foi maior do que em meninas (24,53%).

Tabela 4.

Análises da associação (Qui-quadrado) entre as Variáveis Sociodemográficas e Ansiedade Infantil

N	Ansiedade/Depressão		Problemas de Ansiedade/DSM	
	% Grupo Clínico	$X^2(p)$	% Grupo Clínico	$X^2(p)$
Ocupação da mãe				
<i>Trabalham fora</i>	71	30,99	-	32,4
<i>Não trabalham fora</i>	12	41,66		33,33
Situação conjugal				
<i>Solteira</i>	10	50	-	40
<i>Casada</i>	47	31,92		31,91
<i>União Estável</i>	13	23,01		23,08
<i>Separada</i>	12	33,33		33,33
<i>Viúva</i>	1	0		100
Convive com o pai da criança?				
<i>Sim</i>	56	32,14	-	32,14
<i>Não</i>	27	33,33		33,33
Ocupação do pai				
<i>Trabalham fora</i>	76	35,53	-	32,89
<i>Não trabalham fora</i>	3	0		0
Sexo da criança				
<i>Feminino</i>	53	28,30	1,19 [#] (0,27)	24,53
<i>Masculino</i>	30	40		46,67
Ordem de nascimento				
<i>Filho único</i>	30	36,67	-	36,67
<i>Primeiro</i>	7	14,29		14,29
<i>Segundo</i>	30	40		36,67
<i>Terceiro</i>	13	23,08		23,08
<i>Quarto</i>	3	0		33,33

[#]gl=1

Práticas Educativas Maternas

Nesta seção serão analisadas as respostas das participantes na Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil (McShane & Hastings, 2009) traduzida e adaptada por Lins et al. (2012). Além disso, serão examinadas as relações entre os

dados obtidos com o instrumento e as características sociodemográficas da amostra.

Como pode ser visto na Tabela 5, a prática de controle comportamental, que corresponde a práticas de suporte apropriado, obteve maior média ($M = 20,55$; $DP = 3,15$) do que o controle psicológico ($M = 12,22$; $DP = 3,45$). Ao avaliar as categorias que compõem o controle psicológico, nota-se que a superproteção apresentou uma média superior ($M = 15,82$; $DP = 4,20$), quando comparada ao controle crítico ($M = 8,61$; $DP = 4,67$).

Tabela 5.

Média das Práticas Educativas no NFV (n = 83)

Práticas	M	DP
Controle Comportamental		
Suporte Apropriado	20,55	3,15
Controle Psicológico	12,22	3,45
Controle Crítico	8,61	4,67
Superproteção	15,82	4,20

Com o objetivo de examinar as relações entre as práticas educativas maternas e as características sociodemográficas da amostra foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Os dados são apresentados na Tabela 6. Foi encontrada uma correlação positiva entre o controle comportamental ou suporte apropriado e as variáveis idade do pai ($r = 0,22$; $p < 0,05$) e número de moradores da residência ($r = 0,18$; $p < 0,05$). Também verificou-se uma correlação positiva entre a categoria superproteção (controle psicológico) e a idade do pai ($r = 0,23$; $p < 0,05$). Além disso, o controle psicológico correlacionou-se negativamente com a variável escolaridade materna ($r = -0,20$; $p < 0,05$). Esses dados indicam que quanto maior a idade do pai, maior foi a frequência do relato da mãe de práticas de controle comportamental/suporte apropriado e superproteção (controle psicológico). Além disso, quanto maior foi o número de moradores na residência, mais frequente foi o relato de práticas de controle comportamental/suporte apropriado. Além disso, os dados mostram que quanto menor a escolaridade da mãe, mais frequente foi o relato de práticas de controle psicológico. Entre as demais variáveis não foram encontradas correlações estatisticamente significativas. Vale ressaltar que foram encontradas correlações importantes entre as categorias de práticas educativas maternas, na qual destacam-se a correlação positiva entre o suporte apropriado e: controle psicológico ($r = 0,27$; $p < 0,01$) e superproteção ($r = 0,41$; $p < 0,01$).

Tabela 6.

Correlações de Pearson entre as Variáveis Sociodemográficas e Práticas Educativas Maternas (n = 83)

	Controle Comportamental /Suporte Apropriado	Controle Psicológico	Controle Crítico	Superproteção
Controle Comportamental/ Suporte Apropriado	-	-	-	-
Controle Psicológico (CC+SP)	0,27**	-	-	-
Controle Crítico (CC)	0,03	0,80**	-	-
Superproteção (SP)	0,41**	0,75**	0,21*	-
Idade da mãe	0,11	-0,04	-0,16	0,10
Escolaridade da mãe	0,04	-0,20*	-0,17	-0,14
Idade do pai	0,22*	0,12	-0,03	0,23*
Escolaridade do pai	0,05	-0,14	-0,16	-0,04
Idade da criança	-0,03	-0,06	-0,07	-0,03
Número de irmãos	-0,01	0,04	-0,06	0,12
Renda familiar	0,10	0,07	0,05	0,06
Número de moradores	0,18*	0,00	-0,12	0,14

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

As relações entre as Práticas Educativas Maternas e a Ansiedade Infantil

A análise das relações entre a ansiedade infantil e as práticas educativas maternas foi realizada através do teste de correlação de *Pearson*. Como pode ser constatado na Tabela 7 foram encontradas correlações positivas entre os escores na síndrome Ansiedade/Depressão e a prática de controle psicológico ($r = 0,21$; $p < 0,05$), assim como entre esta síndrome e o controle crítico, que constitui uma das duas categorias do controle psicológico ($r = 0,26$; $p < 0,01$). Esses resultados indicam que quanto mais frequente foi o relato de práticas de controle psicológico e, mais especificamente, de controle crítico, maior o escore de Ansiedade/Depressão da criança.

Tabela 7.

Correlações de Pearson entre Ansiedade Infantil e Práticas Educativas Maternas (n = 83)

	Ansiedade/ Depressão	Problemas de Ansiedade/DSM
Ansiedade/Depressão	-	-
Problemas de Ansiedade, segundo DSM	0,75**	-
Controle Comportamental/Suporte Apropriado	-0,03	-0,04
Controle Psicológico (CC + SP)	0,21*	0,11
Controle Crítico (CC)	0,26**	0,15
Superproteção (SP)	0,06	0,01

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

Uma análise de regressão *stepwise* foi realizada com as duas variáveis que apresentaram correlações significativas com a Ansiedade/Depressão. Assim, o controle crítico e a idade materna foram inseridas no modelo de regressão como preditoras do escore na síndrome Ansiedade/Depressão do CBCL. Embora a variável controle psicológico tenha apresentado uma correlação significativa com a síndrome Ansiedade/Depressão, ela foi excluída da regressão porque representa a soma das médias dos escores das variáveis controle crítico e superproteção. Assim, caso fosse incluída, o modelo testado repetiria, equivocadamente, os valores correspondentes a variável controle crítico, que entrariam no cálculo tanto pela inclusão da própria variável controle crítico, como também pela inclusão da variável controle psicológico. Do ponto de vista dos critérios para uma análise de regressão, essa dupla inclusão seria um equívoco. Optou-se pela técnica *stepwise*, pelo caráter inicial das pesquisas sobre os preditores de problemas de ansiedade na infância, que não permite a elaboração de modelo estruturado para teste (Abbad & Torres, 2002). Nesta forma de análise, as variáveis são incluídas no modelo uma a uma, por etapas, permanecendo apenas aquelas que são significativas e propiciam uma melhor explicação da variância na variável critério. Como pode ser observado na Tabela 8, o modelo ($F = 5,98$, $p = 0,017$) indica que apenas o controle crítico foi um preditor significativo ($p=0,02$), explicando 5,7% ($R^2 = 0,057$) da variância no escore na síndrome Ansiedade/Depressão. A variável idade materna foi excluída do modelo. Dessa forma, a cada unidade a mais no escore do controle crítico, o escore da criança na síndrome Ansiedade/Depressão aumenta em 0,43.

Tabela 8.

Resumo da Análise de Regressão Múltipla (Stepwise) da Ansiedade Infantil sobre o Controle Psicológico, o Controle Crítico e a Idade Materna (n = 83)

Variáveis	B	T	P
Controle Crítico	0,43	2,45	0,02
Idade Materna	-0,19	-1,74	0,09
$F = 5,98 \ p = 0,017 \ R^2 = 0,057$			

A última etapa da análise consistiu em uma comparação de grupos. Foram excluídos da amostra todos os casos que, embora houvessem sido classificados como não-clínicos na síndrome Ansiedade/Depressão e na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade, haviam sido classificados como clínicos nas outras síndromes, escalas ou perfis do instrumento. Assim foram excluídos 29 casos no total, restando 54 casos. Essa amostra restante foi dividida em dois grupos. O grupo clínico foi composto pelos 21 casos que haviam sido classificados nas categorias clínica ou limítrofe na síndrome Ansiedade/Depressão e/ou na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade. Vale ressaltar que o grupo clínico era composto por 20 casos que apresentavam escores clínicos ou limítrofes tanto na síndrome Ansiedade/Depressão quanto na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade e apenas um caso com escore limítrofe apenas na escala baseada no DSM-IV-TR de Problemas de Ansiedade. O grupo não-clínico foi constituído pelos 33 casos que haviam sido classificados na categoria não-clínica em todas as síndromes, escalas ou perfis do instrumento. Isso significa que o grupo não-clínico foi composto apenas por crianças que não apresentavam nenhum tipo de problemas emocionais ou comportamentais. Após a composição dos dois grupos, os escores nas práticas de controle comportamental e controle psicológico (e suas duas categorias constituintes) foram comparados.

Para definição do teste a ser utilizado na comparação dos grupos, foi necessário analisar os histogramas de cada um dos grupos (clínico ou não clínico) para cada uma das variáveis de práticas avaliadas. Para os dados cujos histogramas indicavam distribuições que não se assemelhavam a uma distribuição normal (suporte apropriado), utilizou-se o teste U de Mann Whitney. Já para os dados cujos histogramas indicavam semelhanças com uma distribuição normal (controle psicológico e suas categorias: controle crítico e superproteção), foi utilizada a alternativa paramétrica, no caso, o teste t de Student. Como pode ser observado na Tabela 9, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos apenas para suporte apropriado ($U = 238, p = 0,05$) e controle crítico ($t = -2,23, p = 0,03$). A análise dos dados apontou que os maiores escores em suporte apropriado foram verificados no grupo não-

clínico ($Md = 22$; $M = 21,18$; $DP = 3,29$), se comparado ao grupo clínico ($Md = 20$; $M = 19,81$; $DP = 3,11$). A variável controle crítico, apresentou maior média no grupo clínico ($Md = 9$; $M = 9,62$; $DP = 4,65$), comparado ao grupo não clínico ($Md = 6$; $M = 7$; $DP = 3,9$).

Tabela 9.

Comparação das Práticas Educativas Maternas nos Grupos Clínico e Não-clínico (n = 54)

	Grupo Não-clínico (n=33)		Grupo Clínico (n=21)		<i>t</i> / <i>U</i>	<i>P</i>
	M(DP)	Md	M(DP)	Md		
Controle Comportamental/ Suporte Apropriado	21,18 (3,29)	22	19,81 (3,11)	20	<i>U</i> = 238	0,05 ^a
Controle Psicológico	11,33 (3,52)	11	12,24 (2,98)	11,5	<i>t</i> = - 0,98	0,33 ^b
Controle Crítico	7 (3,90)	6	9,62 (4,65)	9	<i>t</i> = - 2,23	0,03 ^b
Superproteção	15,67 (4,55)	17	14,86 (3,97)	15	<i>t</i> = 0,67	0,51 ^b

^a Teste U de Mann Whitney; ^b Teste t de Student

Discussão

O objetivo deste estudo foi verificar as relações entre as práticas de controle maternas e os problemas de ansiedade em crianças. A revisão de literatura revelou que o conceito de controle parental, desenvolvido por Barber (1996), destacava-se nos estudos das práticas enquanto preditores de ansiedade infantil, sendo correlato ao modelo proposto na metanálise de McLeod et al. (2007). Assim, esperava-se que os problemas de ansiedade infantil estivessem positivamente correlacionados às práticas de controle psicológico (controle crítico e superproteção) e negativamente correlacionados ao controle comportamental (suporte apropriado). Porém, com base na literatura analisada, a expectativa era de que a correlação entre superproteção materna e ansiedade infantil fosse mais alta do que a correlação entre controle crítico e ansiedade infantil.

Os resultados obtidos no presente estudo confirmaram apenas parcialmente as hipóteses testadas, visto que foram encontradas correlações positivas apenas entre a ansiedade infantil e o controle psicológico assim como com uma de suas categorias, o controle crítico. A análise de regressão confirmou apenas o poder preditivo do controle crítico, pois a dimensão mais ampla que o inclui, denominada controle psicológico, foi excluída do modelo. Por fim, a análise comparativa das diferenças entre as práticas das mães de crianças com problemas de ansiedade (grupo clínico) e as práticas de mães de crianças sem problemas de comportamento (grupo não clínico), reiterou a importância do controle crítico, pois foi essa a única categoria que apresentou uma frequência significativamente maior no grupo clínico.

A ausência de correlações positivas entre a ansiedade infantil e a superproteção e a exclusão do controle psicológico do modelo de regressão proposto, indicam que a categoria superproteção não foi relevante para a compreensão dos problemas de ansiedade desta amostra. Além disso, a ausência de correlações negativas entre o suporte apropriado, única categoria componente da dimensão controle comportamental, e a ansiedade infantil, também indica que as práticas de concessão de autonomia e o afeto positivo tampouco foram relevantes para a explicação dos problemas emocionais e comportamentais em questão. Com relação ao suporte apropriado, a única evidência de sua implicação nos problemas de ansiedade, apareceu na análise comparativa dos grupos clínico (com problemas de ansiedade) e não clínico (sem problemas de comportamento). Nessa etapa das análises, houve maior frequência de uso do suporte apropriado entre as mães do grupo não clínico.

Assim, faz-se necessário analisar, inicialmente, os comportamentos parentais específicos investigados dentro da categoria controle crítico, e compreender seu impacto nos

problemas de ansiedade da amostra. Como já foi descrito anteriormente, a categoria do controle psicológico que denominamos controle crítico pode ser compreendida como um conjunto de contingências coercitivas utilizadas pelos pais na regulação do comportamento infantil, visto que os comportamentos parentais típicos dessa categoria podem ser caracterizados como estimulação aversiva para a criança. No instrumento utilizado neste estudo, o uso desse tipo de estimulação aversiva foi investigado através de afirmações como: “*Que menina boba*”; “*Ela sempre faz isso na casa dos outros*”; “*Olha o que eu passo com essa menina.*”; “*Pare com isso, você já é grande*”; “*Não faça assim na frente dos outros, _____*”; “*Olha aí, ela nunca facilita*”; “*Ela é sempre assim desse jeito. Não adianta.*”; “*Hoje ela está meio bicho-do-mato*”; “*Não adianta fazer isso que as meninas não vão ligar para você*”. De acordo com o modelo explicativo da Análise do Comportamento, esses estímulos aversivos podem gerar tanto respostas autonômicas (taquicardia, sudorese, etc) quanto respostas operantes peculiares da ansiedade. Quando as contingências aversivas são intensas, os comportamentos operantes emitidos pelas crianças podem ser respostas de fuga-esquiva, supressão comportamental (diminuição generalizada dos comportamentos), e/ou diminuição da variabilidade comportamental. De acordo com Zamignani e Banaco (2005), essas respostas poderão se manter tanto por fuga/esquiva da estimulação aversiva (reforçamento negativo) quanto pela presença de uma maior atenção e cuidados por parte do ambiente social (reforçamento positivo).

Aproximando os resultados encontrados no presente estudo com o modelo explicativo apresentado por Guilhardi (2002) – que pode ser visualizado na figura 3 (pg.60) –, é possível que a relação entre as práticas de controle crítico e a ansiedade infantil ocorra devido à apresentação, pelos pais, dessa estimulação aversiva intensa e exigências elevadas de desempenho, produzindo na criança uma percepção distorcida (ou não) de um ambiente ameaçador e o desenvolvimento de sentimentos de responsabilidade excessiva (comportamento de fuga/esquiva através da emissão de respostas adequadas, do ponto de vista da comunidade social, mantidas pela retirada da ameaça de punição). Ou seja, essa percepção do ambiente como aversivo e um sentimento de responsabilidade desenvolvido através de contingências coercitivas intensas, interferirá no desenvolvimento emocional e comportamental da criança, levando a um forte sentimento de ansiedade.

Outros dois estudos encontraram evidências de que o controle crítico pode ter um papel no desenvolvimento nos problemas de ansiedade infantil (Lins, 2013; McShane & Hastings, 2009). Existem ainda, outras investigações que, apesar de não terem empregado o construto controle crítico, verificaram o impacto de conceitos correlatos, tais como a

aversividade e a rejeição parental sobre os problemas de ansiedade (Festa & Ginburg, 2011; Ginsburg & Schlossberg, 2002; Hudson et al., 2011; Hudson & Rapee, 2001; Lieb et al., 2000; McLeod et al., 2007; Nunes, 2012; Rapee, 1997; Wood et al., 2003). Desse modo, o presente estudo soma novas evidências àquelas que já haviam sido documentadas na literatura, sublinhando o papel de práticas de controle crítico nos problemas de ansiedade durante a infância.

O próximo passo é considerar o papel do suporte apropriado, que apesar de ter sido menos proeminente nas análises, apareceu como um possível fator protetivo contra o surgimento de problemas de ansiedade na comparação de díades com crianças com perfil para ansiedade e díades com crianças sem perfil de ansiedade, tampouco para problemas internalizantes e externalizantes. Como já foi descrito anteriormente, a prática de controle comportamental, composta pela categoria suporte apropriado, é composta por comportamentos parentais que se destinam a regular os comportamentos das crianças de modo condizente com a idade da criança e o contexto social/ambiental (Barber, 1996). Pais que utilizam esse padrão de comportamento costumam explicar claramente as regras para as crianças ou emitir práticas consistentes com a situação/comportamento do filho e estão atentos a responder prontamente às necessidades da criança. Ou seja, criam condições adequadas para o filho emitir comportamentos, prestam atenção na dificuldade da tarefa que a criança vai desempenhar e adequam as dificuldades da tarefa às habilidades da criança. Por exemplo, nas situações sociais descritas pelo instrumento utilizado para avaliar as práticas educativas maternas, pais que auxiliam adequadamente as crianças frente às dificuldades da situação emitiam respostas, tais como: “*Juliana, você quer brincar com _____?*”; “*Vamos brincar de quê, Juliana?*”; “*Diga ‘oi’ para Juliana, filha*”; “*Que tal se todo mundo brincasse junto?*”; “*Você pegaria _____ pela mão e levaria ela até Juliana.*”; “*Oi, Maria, de que você está brincando?*”; “*Meninas, _____ pode brincar com vocês também?*”. Nesses casos, os pais emitiam respostas que incentivavam a criança a emitirem comportamentos de enfrentamento das dificuldades.

Provavelmente, à medida que os filhos demonstrassem que suas habilidades evoluíram, a tendência é que as mães reduzissem progressivamente a ajuda, até que os comportamentos de interagir socialmente com as outras crianças ocorressem sem hesitação por parte da criança. De acordo com o modelo explicativo da Análise do Comportamento, é, a partir da utilização de práticas parentais de suporte apropriado que os filhos irão ampliar o repertório adequado para lidar com as situações da vida e, consequentemente adquirirão o sentimento de autoconfiança. Esses comportamentos mais independentes, que permitem que a

criança adquira o sentimento de autoconfiança, levam a redução do nível de ansiedade, como pode ser observado na figura 3.

Conforme revisado, estudos demonstram o quanto as práticas de controle comportamental estão associadas a resultados positivos no desenvolvimento das crianças (Barber, 2002; Barber & Xia, 2013). Além disso, os resultados da metanálise realizada por McLeod et al. (2007) apontaram que as práticas de concessão de autonomia (ou suporte apropriado, conforme adotado nesse estudo) explicavam cerca de 18% da variância na ansiedade da criança, o que reforça o papel de práticas de concessão de autonomia e do afeto positivo como fatores protetivos contra o desenvolvimento de problemas de ansiedade na infância. De qualquer modo, é importante destacar que alguns estudos não encontraram relações entre essas duas variáveis (Lins, 2013; McShane & Hastings, 2009).

Por fim, é necessário discutir a ausência de relações entre a superproteção e a ansiedade infantil, que constituía a hipótese central do presente estudo. Com base na literatura revisada, esperavam-se correlações mais fortes entre a superproteção e às variáveis que mediram a ansiedade infantil, quando comparadas às relações entre o controle crítico e o suporte apropriado e a variável predita. Vários estudos, incluindo importantes revisões e meta-análises, indicavam uma forte relação entre a superproteção e a ansiedade infantil (Affrunti & Ginsburg, 2012; Drake & Ginsburg, 2012; Edwards et al., 2010; McLeod et al., 2007; Rapee, 2002; van der Bruggen et al., 2008; Wood et al., 2003; Wood, 2006). Porém, ao contrário do que se esperava, não foi encontrada correlação entre a categoria superproteção e a ansiedade infantil. Os resultados do presente estudo encontram apoio no estudo realizado por Lins (2013), que também não identificou relações entre a superproteção e a síndrome Ansiedade/Depressão, assim como com os problemas internalizantes. Tanto o estudo de Lins (2013) como o presente estudo utilizaram a *Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil* (NFV) para avaliar as práticas educativas parentais e verificaram correlações positivas entre as categorias suporte apropriado e a superproteção. Essa relação entre as categorias indica que, para as amostras investigadas, os comportamentos superprotetores poderiam estar associados aos de suporte apropriado. Comparando os itens, utilizados pelo instrumento, para avaliar o suporte apropriado com os itens relacionados a superproteção (figura 5), pode-se concluir que para a nossa amostra existe uma grande proximidade entre essas categorias, na medida que a superproteção seria um suporte apropriado exagerado, um cuidado demais. O instrumento, desenvolvido por McShane e Hastings (2009), foi formulado com base em estudos de culturas euro-americanas, parecidas com o país no qual foi o instrumento foi desenvolvido, o Canadá. Essa correlação entre as

categorias suporte apropriado e superproteção não foi identificada no estudo de validação do instrumento (McShane & Hastings, 2009), o que indica que para aquela amostra, pertencente a uma cultura euro-americana, existia uma distinção clara entre os itens das duas categorias.

Suporte Apropriado	Superproteção
<ul style="list-style-type: none"> • “Obrigada por ter chamado a gente para brincar.” • “Juliana, você quer brincar com _____?” • “Vamos brincar de quê, Juliana?” • “Diga ‘oi’ para Juliana, filha” • “Que tal se todo mundo brincasse junto?” • Você pegaria _____ pela mão e levaria ela até Juliana • “Oi, Maria, de que você está brincando?” • “Meninas, _____ pode brincar com vocês também?” • “Olha! Que legal o que vocês estão fazendo.” • Você iria “devagarinho”, com sua filha, chegando perto das meninas • “Se quiser, você pode pedir para brincar também” • “Por que você não vai ali falar com sua amiguinha?” 	<ul style="list-style-type: none"> • “Não se preocupem. Daqui a pouco isso passa” • “Espera um tempinho que daqui a pouco ela se solta” • “A gente vai aos pouquinhas” • “Está tudo bem. Estou aqui com você” • Pegaria ela no colo e daria um abraço gostoso • “Você quer ir para casa e brincar com a mamãe?” • “Por enquanto vamos ficar só olhando” • “A gente só precisa de um tempinho para se acostumar” • “Estamos bem, não se preocupem. Daqui a pouco a gente vai” • “Você quer voltar para casa para brincar comigo?” • Você faria um cafuné em sua filha • “Está tudo bem, eu estou aqui do seu lado”

Figura 5. Itens que compõe as categorias Suporte Apropriado e Superproteção da Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil (NFV)

Halgunseth et al. (2006) demonstram que diferentes comportamentos parentais, influenciados pela cultura da qual fazem parte, estariam associados a resultados desenvolvimentais distintos. Eles identificaram uma maior utilização de práticas de proteção e monitoramento entre os pais latinos e ao relacionar as variáveis dos estudos, eles não identificaram uma correlação entre as práticas superprotetoras e os problemas internalizantes da criança. Esse resultado sugere que pelos comportamentos parentais de proteção e monitoramento serem padrões comuns e bastante aceitáveis entre os pais latinos, eles não promovem um desenvolvimento de problemas internalizantes em seus filhos como é

identificado nos estudos com pais e crianças de culturas euro-americanas (Halgunseth et al., 2006), o que poderia explicar a ausência da correlação esperada entre a superproteção e a ansiedade infantil. Ou seja, novos estudos investigando essa categoria através de outros instrumentos são necessários.

Em resumo, quanto aos resultados deste estudo sobre as relações entre práticas de controle e ansiedade, as evidências destacam a influência das práticas de controle crítico no desenvolvimento e manutenção de problemas de ansiedade infantil. De forma menos significativa, as práticas de suporte apropriado mostraram-se importantes para um bom funcionamento da criança.

É importante destacar que o modelo explicativo da Análise do Comportamento, utilizado para explicar essas relações, adota a hipótese da bidirecionalidade na relação entre os comportamentos dos pais e das crianças. Para essa abordagem, tanto as práticas educativas maternas e paternas influenciam o desenvolvimento infantil, quanto as respostas e necessidades da criança são condições determinantes para emissão dos comportamentos parentais (Skinner, 1957/1978). Com relação aos resultados do presente estudo, pode-se supor que ao mesmo tempo que mães que utilizam mais práticas de controle crítico influenciam a ampliação do sentimento de ansiedade da criança, quanto a presença da ansiedade nos filhos leva com que as mães emitam mais comportamentos de controle crítico. O mesmo ocorre com a relação entre suporte apropriado e os comportamentos infantis. Além disso, os estudos correlacionais, como é o caso do presente estudo, possuem uma metodologia limitada no que diz respeito às possibilidades de fazer inferências sobre a direção dessas relações entre o comportamento parental e a ansiedade da criança. Estudos utilizando delineamentos experimentais são necessários para o melhor entendimento dessas relações. É importante destacar que para a Análise do Comportamento, o comportamento humano é multideterminado, ou seja, qualquer comportamento que um filho ou uma mãe venha a emitir é influenciado pela interação dos três níveis de seleção: filogênese (relacionados a seleção da espécie e genética), ontogênese (relacionado a história de vida de cada pessoa) e a cultura (Skinner, 1981/2007). Dessa forma a influência mutua que existe na relação entre a ansiedade infantil e o comportamento materno está sujeito a interferências dos três níveis de seleção o que sinaliza a complexidade desses comportamentos.

Além das relações entre o controle parental e a ansiedade infantil, o presente estudo também produziu achados sobre a frequência de uso de diferentes tipos de práticas de controle e suas relações com variáveis sociodemográficas. Com relação às dimensões e categorias de práticas investigadas pelo presente estudo, a prática de controle comportamental (suporte

apropriado), definida como comportamentos de monitoramento e estabelecimento de disciplina condizente a idade de seu filho e o contexto social/ambiental, foi a mais relatada pelas mães. Já o controle crítico, caracterizado pelo comportamento dos pais de distanciamento físico e/ou emocional, ameaça e/ou retirada de afeto, indução de culpa, humilhação, críticas e outras formas de manipulação dos pensamentos e sentimentos da criança, foi a prática educativa menos relatada pelas mães. De forma semelhante, Lins (2013) e McShane e Hastings (2009), ao investigar a relação entre as práticas educativas parentais e os problemas internalizantes em crianças, também verificaram que práticas educativas facilitadoras do desenvolvimento social, tais como o suporte apropriado, eram as mais frequentes no relato dos pais, e que o controle crítico foi a prática educativa menos relatada. Vale ressaltar que, assim como nas pesquisas realizadas por Lins (2013) e McShane e Hastings (2009), o presente estudo utilizou um instrumento de autorelato que pode sofrer influência da desejabilidade social, o que pode levar a interferências nos resultados, visto que as mães tendem a relatar, com maior frequência, práticas educativas aceitas socialmente, e evitam assumir a utilização de práticas que possam implicar em censura social. Contudo, os resultados do presente estudo não são suficientes para confirmar essa hipótese. Ademais, outras investigações que envolvem diferentes tipos de instrumentos e medidas, também indicam o predomínio de práticas não coercitivas, ou, de modo mais amplo, de práticas facilitadoras do desenvolvimento social infantil (Alvarenga & Piccinini, 2001; Alvarenga & Piccinini, 2003, Alvarenga & Piccinini, 2009, Alvarenga, Piccinini, Frizzo, Lopes & Tudge, 2009).

A análise das relações entre as variáveis sociodemográficas e as práticas de controle maternas também revelaram resultados interessantes. A escolaridade materna correlacionou-se negativamente com o controle psicológico. Observou-se que quanto menor o tempo de estudo das mães, maior foi o relato de práticas englobadas pela dimensão controle psicológico. Os achados da literatura têm sugerido que o baixo nível de escolaridade dos pais, de modo geral está associado a práticas educativas negativas, sendo um preditor de risco para a relação pais-filho e, consequentemente, para o desenvolvimento infantil (Alvarenga, Magalhães, & Gomes, 2012; Carmo & Alvarenga, 2012; Shek, 2005). Estudos constataram que quanto menor a escolaridade materna, mais frequente foi o uso de punição física pelas mães (Alvarenga et al., 2012; Carmo & Alvarenga, 2012) e de práticas de controle psicológico por pais e mães (Shek, 2005). Carmo e Alvarenga (2012) sugerem que mães mais instruídas possuem um repertório de práticas mais amplo, o que promoveria a utilização de práticas educativas mais adequadas para a promoção do desenvolvimento infantil. Esse

resultado permite supor que o maior nível de escolaridade materna contribuiria para o uso de comportamentos parentais mais favoráveis ao desenvolvimento das crianças, em detrimento das práticas que podem levar a um prejuízo do desenvolvimento infantil.

Também foram encontradas correlações positivas entre a idade do pai e o suporte apropriado e a superproteção das mães, porém não foram encontrados estudos que identificaram relações entre a idade paterna e esses comportamentos maternos. Contudo, com relação às práticas citadas, como já citado, tanto o presente estudo, quanto Lins (2013) identificaram uma correlação positiva entre o suporte apropriado e a superproteção. De forma semelhante, Bayer e colaboradores (2006) sinalizaram que ambas as categorias de práticas parentais refletem o envolvimento parental e as demonstrações de afeto dos pais para os filhos, o que leva os pais a interpretarem as práticas superprotetoras, tais como carregar a criança quando uma pessoa desconhecida se aproxima, como comportamentos apropriados para criação dos filhos. Esses dados sugerem que os comportamentos superprotetores poderiam estar associados às práticas de suporte apropriado na medida em que, algumas vezes, a superproteção seria um suporte apropriado exagerado, um cuidado demais. Com relação à idade paterna e as práticas maternas, Alvarenga e colaboradores (2012) encontraram uma relação positiva entre a idade paterna e as práticas maternas não coercitivas e Lins (2013) identificou que quanto maior a idade dos pais, menor foi o uso de controle crítico pelas mães. A partir disso, infere-se que uma maior idade dos pais poderia estar associada a um menor uso de práticas inadequadas e uma maior utilização de práticas adequadas pelas mães. Relacionando esta inferência aos dados do presente estudo, de que maior idade paterna está associada ao uso de práticas mais adequadas pelas mães, sugere-se que pais mais velhos, talvez pela maturidade, seriam mais colaborativos com as mães de seus filhos o que, provavelmente, implicaria numa forma mais positiva dessas mulheres se relacionarem com seus filhos. Essa hipótese carece de evidências que a corroborem, o que sugere que essas variáveis devem ser melhor investigadas em estudos futuros.

Por fim, as práticas de suporte apropriado estiveram positivamente correlacionadas ao maior número de moradores nas casas. Esse resultado indica que um maior número de moradores contribui para a adoção de práticas educativas maternas que favorecem as interações com os filhos. A hipótese levantada é que, nas residências com um maior número de pessoas existe uma rede de apoio materno mais ampla e eficiente, o que pode levar a uma divisão das tarefas ligadas à casa e às crianças com os outros membros da família. Ou seja, esse apoio nas obrigações maternas pode contribuir para uma rotina diária materna mais tranquila, o que facilitaria o uso mais frequente de práticas de suporte apropriado pelas mães.

na criação de seus filhos. Contrariando os resultados do presente estudo, Lins (2013) identificou que o número de moradores estava associado negativamente ao uso de práticas de suporte apropriado pelas mães, o que indica a necessidade de mais estudos investigando essas variáveis. É possível que em algumas populações e, portanto, para algumas amostras investigadas, o maior número de moradores se reflete não uma rede de apoio mais ampla e eficiente, mas sim, em mais tarefas e em maior sobrecarga para as mães.

As análises incluíram também possíveis relações entre a ansiedade infantil e os dados sociodemográficos. Com relação a correlação negativa entre idade materna e a ansiedade infantil, os resultados do presente estudo indicam que quanto mais novas as mães das crianças, maiores os escores de ansiedade infantil. Assim como no presente estudo, Javo, Ronning, Heyeedahl e Rudmin (2004) e Lins (2013) verificaram que a idade materna correlacionou-se negativamente com os problemas internalizantes de crianças indicando que quanto mais jovens as mães, maiores eram os problemas internalizantes na criança. Pode-se supor que mães mais jovens tenham mais dificuldades na interação com seus filhos devido a alguns fatores, tais como: um repertório comportamental mais limitado, quando comparadas a mães mais velhas, visto que o aumento da idade implica em uma maior variedade de situações vividas; e a exposição à influência de eventos estressores como, por exemplo, uma menor estabilidade financeira. Além disso, alguns estudos demonstram que o aumento da idade e o consequente aumento de experiência adquirida favorece a utilização de práticas parentais positivas como o controle comportamental e diminui o uso de práticas negativas como rejeição e controle psicológico (Bornstein & Putnick, 2007; Marin & Levandowski, 2008). Assim, é possível que mães mais jovens – seja devido a uma limitação do seu repertório comportamental, ou mesmo devido a outras influências contextuais, como a renda, a escolaridade – apresentem uma maior tendência a adotar práticas educativas pouco favoráveis ao desenvolvimento infantil, o que pode estar associado a uma maior ansiedade infantil. Vale ressaltar que os dados apresentados são suposições e necessitam ser melhor investigados.

Além da idade materna, a ansiedade infantil também esteve associada ao sexo da criança. Constatou-se que a frequência de casos clínicos entre os meninos foi maior do que entre as meninas. Esse resultado contradiz o que vem sendo descrito pela literatura. Vários estudos indicam que o sexo feminino tem maior probabilidade em desenvolver transtornos ansiosos do que o masculino (Costello et al., 2005; Oliveira, 2011; Rapee et al., 2009; Russo, 2011; Stallard, 2010). Porém, se compararmos às amostras clínicas, essa diferença diminui significativamente, o que sugere que os pais consideram os problemas de ansiedade das suas filhas como comportamentos normais e mais aceitáveis (Macedo, 2011; Russo, 2011). Além

disso, estudos que investigavam os problemas internalizantes não encontraram diferenças significativas ao considerar o sexo de crianças com idades entre dois e dez anos (Bayer, Hastings, Sanson, Ukoumunne, & Rubin, 2010; Bayer, Sanson, & Hemphill, 2009; Findlay, Coplan, & Bowker, 2009; Lins, 2013). Como a ansiedade infantil é uma das síndromes que compõe os problemas internalizantes, esses achados sugerem que a diferença entre os sexos não é significativa em crianças mais novas, podendo ser mais evidente, talvez, na transição da infância para a adolescência. Não foram encontrados estudos que confirmassem os dados encontrados pelo presente estudo, indicando a necessidade de uma melhor investigação dessa variável em estudos futuros.

Uma importante limitação do presente estudo foi o instrumento utilizado para a investigação das práticas educativas maternas, a Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil. Pahl, Barret e Gullo (2012) sugerem que instrumentos de autorelato, como o que foi utilizado nesta pesquisa, é um método de avaliação de problemas emocionais e comportamentais de baixa confiabilidade. Além disso, os instrumentos de autorelato possuem limitações por serem suscetíveis às percepções ou às motivações tendenciosas como a desejabilidade social, já abordada nessa discussão (Rapee, 2002). Outra relevante questão com relação ao instrumento, é o fato de que as situações apresentadas na entrevista ocorrem fora do contexto familiar, o que pode contribuir para que as mães, quando colocadas em situações como essas, não adotem as mesmas práticas educativas que adotariam no contexto familiar, de forma a evitar a avaliação negativa de outras pessoas (Lins, 2013). Devido a essa importante limitação, novos estudos utilizando observações são necessários (Pahl et al., 2012).

Para finalizar, é relevante salientar que este estudo foi realizado com uma amostra restrita. Participaram da pesquisa mães com características sociodemográficas semelhantes o que limita a generalização dos dados deste estudo para populações com características distintas, visto que os aspectos culturais são importantes fatores para o estudo tanto das práticas educativas parentais quanto para a percepção das mães a respeito do comportamento de seus filhos (Darling & Steinberg, 1993; Halgunseth et al., 2006). Dessa forma, novos estudos, considerando essas limitações, devem ser realizados de forma que essas relações possam ser esclarecidas.

Considerações Finais

O presente estudo verificou correlações entre a ansiedade infantil e o controle psicológico, com destaque para uma de suas categorias, o controle crítico. Ao analisar as diferenças entre as práticas das mães de crianças com problemas de ansiedade (grupo clínico) e as práticas de mães de crianças sem problemas de comportamento (grupo não clínico), as práticas de suporte apropriado apareceram também como estratégias mais frequentes entre as mães do grupo não clínico.

O presente estudo utilizou o referencial da Análise do Comportamento para levantar hipóteses explicativas para os resultados encontrados, baseando-se nos argumentos acerca os efeitos deletérios do uso da coerção sobre o desenvolvimento infantil. Além disso, apontou para a possibilidade de que as diferenças culturais possam justificar a ausência de relações entre as práticas de superproteção e os problemas de ansiedade da criança, visto que estudos revisados já indicavam a relevância das questões culturais. Essas diferenças culturais destacam a necessidade de uma ampla investigação sobre a temática no Brasil, pois, existem poucos estudos realizados e, os mesmos apresentam dados – em alguma medida – inconsistentes com as evidências internacionais.

O avanço das pesquisas brasileiras com o objetivo de investigar a relação entre as práticas educativas parentais e ansiedade infantil auxiliará na prevenção desse tipo de problema de desenvolvimento, que normalmente encontra-se subdiagnosticado, bem como implicará no tratamento e intervenções com pais que sejam mais eficientes e adequadas à nossa cultura. Cabe à comunidade científica nacional um empenho no reconhecimento das particularidades dos múltiplos fatores determinantes de tais quadros e no desenvolvimento de estratégias eficazes para promover o desenvolvimento infantil pleno.

Referências

- Abbad, G., & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7(especial), 19-29.
- Adam, E. K.; Gunnar, M. R., & Tanaka, A. (2004). Adult attachment, parent emotion, and observed parenting behavior: Mediator and moderator models. *Child Development*, 75, 110-122.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Affrunti, N. W., & Ginsburg, G. S. (2011). Maternal overcontrol and child anxiety: The mediating role of perceived competence. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43, 102–112.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 279-329). New York: Guilford Press.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C.A. (2001). Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 449-460.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. A. (2003). Práticas educativas maternas e a interação entre mães e crianças com problemas de externalização. *Aletheia*, 17/18, 7-20.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. A. (2009). Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento do terceiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 181-190.
- Alvarenga, P., Piccinini, C. A., Frizzo, G. B., Lopes, R. S. & Tudge, J. (2009). Estabilidade e mudanças nas práticas educativas de mães e pais dos 18 para os 24 meses de vida da criança. *Interação em Psicologia*, 13, 253-262.
- Alvarenga, P., Magalhães, M. O., & Gomes, Q. S. (2012). Relações entre práticas educativas maternas e problemas de externalização em pré-escolares. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(1), 33-42.
- American Psychiatric Association (2000). Manual Diagnóstico e Estatístico de *Transtornos Mentais/DSM-IV-TR* (4^a ed.). Porto Alegre/RS: Artes Médicas.
- Anderson, E.R., & Mayes, L.C. (2010). Race/ethnicity and internalizing disorders in youth: A review. *Clinical Psychology Review*, 30, 338–348.
- Andrade, L.H.S.G., & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.
- Asbahr, F.R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 28-34.

- Aschenbrand, S. G., Angelosante, A. G., & Kendall, P. C. (2005). Discriminant validity and clinical utility of the CBCL with anxiety-disordered youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 735–746.
- Aunola, K., & Nurmi, J.E. (2005). The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*, 76, 1144–1159.
- Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. Em: M. L. Marinho e V. E. Caballo (orgs.): *Psicologia clínica e da saúde*. (pp. 197-212). Londrina: Atualidade Acadêmica.
- Banaco, R.A., & Zamignani, D.R. (2004). An Analytical-Behavioral Panorama on the Anxiety Disorders. In: T.C.C. Grassi (Org.). *Contemporary Challenges in the Behavioral Approach: A Brazilian Overview*. Santo André: Esetec.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, XIX, 1/2, 266-277.
- Barber, B.K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296-3319.
- Barber, B. K. (2002). Reintroducing parental psychological control. In Barber, B. K. (Ed.). *Intrusive Parenting: how psychological control affects children and adolescents*. (pp. 3-13). Washington DC, US: American Psychological Association
- Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: parental psychological control of children and adolescents. In B. K. Barber (Ed.), *Intrusive parenting: how psychological control affects children and adolescents* (pp. 15–52). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barber, B. K., & Xia, M. (2013). The centrality of control to parenting and its effects. In R. E. Larzelere, A. S. Morris, & A. W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 61–87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychol Bull*, 133, 1–24
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental Authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1 Pt 2), 1–103.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V, & Hemphill, S. A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27(6), 542–559.
- Bayer, J. K., Sanson, A. V, & Hemphill, S. A. (2009). Early childhood aetiology of internalising difficulties: a longitudinal community study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(1), 22–32.

- Bayer, J. K., Hastings, P. D., Sanson, A. V., Ukoumunne, O., & Rubin, K. H. (2010). Predicting mid-childhood symptoms: a longitudinal community study. *International Journal of Mental Health Promotion, 12*(1), 16–28.
- Becker, K. D., Ginsburg, G. S., Domingues, J., & Tein, J. (2010). Maternal control behavior and locus of control: Examining mechanisms in the relation between maternal anxiety disorders and anxiety symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 533–543.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R., & Wittchen, H. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 47–57.
- Benetti, S. P.C., Pizetta, A., Schwartz, C. B., Hass, R. A., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico USF, 15*(3), p.321-332.
- Bögels, S.M., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences, 37*, 1583–1596.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review, 26*, 834–856.
- Bögels, S.M., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. *Clinical Psychology Review, 28*, 539–558.
- Bornstein, M. H. & Putnick, D. L. (2007). Chronological age, cognitions, and practices in European American mothers: a multivariate study of parenting. *Developmental Psychology, 43*(4), 850–864.
- Borsa, J.C., & Nunes, M.L.T. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia (Ribeirão Preto), 18*(40), 317-330.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1969).
- Bravin, A.A., & Farias, A.K.C.R. (2010). Análise Comportamental do transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) (pp. 130-152). Em: Farias, A.K.C.R. (org). *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22*, 177-203.
- Caíres, M.C., & Shinohara, H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapias cognitivas, 6*(1), 62-84.
- Calton, P.L., & Didamo, P. (1960). Some notes on the control of conditioned suppression.

- Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 3*, 255-258.
- Carmo, P.H.B., & Alvarenga, P. (2012). Práticas educativas coercitivas de mães de diferentes níveis socioeconômicos. *Estudos de Psicologia, 17*(2), 191-197.
- Caron, A., Weiss, B., Harris, V., & Catron, T. (2006). Parenting behavior dimensions and child psychopathology: Specificity, task dependency, and interactive relations. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(1), 34-45.
- Castillo, A.R.G.L., Recondo, R., Asbahr, F.R., & Manfro, G.G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(Suppl. 2), 20-23.
- Catania, A.C. (1999). *Aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Chaplin, T.M., Cole, P.M. & Zahn-Waxler, C. (2005). Parental socialization of emotion expression: Gender differences and relations to child adjustment. *Emotion, 5*(1), 80-88.
- Chorpita, B. & Barlow, D. (1998). The development of anxiety: The role of control in early environment. *Psychological Bulletin, 124*(1), 3-21.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy, 29*, 457-476.
- Clark, K.E., & Ladd, G.W. (2000). Connectedness and autonomy support in parent-child relationships: Links to children's socioemotional orientation and peer relationships. *Developmental Psychology, 36*, 485-498.
- Connell, A.M., & Goodman, S.H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems : a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 128*, 746-773.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98-104.
- Costello, E.J., Egger, H.L., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 631-648.
- Creveling, C.C., Varela, R.E., Weems, C.F., & Corey, D.M. (2010). Maternal control, cognitive style, and childhood anxiety: a test of a theoretical model in a multi-ethnic sample. *Journal of Family Psychology, 24*(4), 439-448.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2002). Effects of marital discord on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, p.31-63.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- D'Abreu, L.C.F., & Marturano, E.M. (2011). Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. *Psico, 42*, 152-158.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin, 113*(3), 487-496.
- de Wilde, A., & Rapee, R. M. (2008). Do controlling maternal behaviours increase state anxiety in children's responses to social threat? A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 526-537.
- Drake, K.L., & Ginsburg, G.S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(1), 14-27.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Kennedy, S. (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 313-321.
- Ekornas, B., Lundervold, A. J., Tjus, T., & Heimann, M. (2010). Anxiety disorders in 8-11-year-old children: Motor skill performance and self-perception of competence. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 271-277.
- Eley, T.C., Napolitano, M., Lau, J. Y. F., & Gregory, A. M. (2010). Does childhood anxiety evoke maternal control? A genetically informed study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(7), 772-779.
- Esperidião, A.V.; Colombo, M.M.; Monteverde, D.T.; Martins, G.M.; Fernandes, J.J.; Assis, M.B. & Baptista, R.S. (2008). Neurobiologia das emoções. *Revista de psiquiatria clínica, 35*(2), 55-65.
- Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1961). Some quantitatives properties of anxiety. In B. F. Skinner (Ed.), *Cumulative record: Enlarged Edition* (2.ed., pp. 393-404). New York: Appleton-Century-Crofts (Original publicado em 1941).
- Feldman, R., Greenbaum, C.W., Mayes, L.C., & Erlich, S.H. (1997). Change in mother-infant interactive behavior: Relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development, 20*, 151-163.
- Feng, X., Shaw, D., & Moilanen, K. L. (2011). Parental negative control moderates the shyness-emotion regulation pathway to school-age internalizing symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(3), 425-436.
- Festa, C. C., & Ginsburg, G. S. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry and Human Development, 42*, 291-306.
- Findlay, L. C., Coplan, R. J., & Bowker, A. B. (2009). Keeping it all inside: shyness, internalizing coping strategies and socio-emotional adjustment in middle childhood.

- International Journal of Behavioral Development*, 33(1), 47–54.
- Fisak, B.Jr., & Grills-Taquetel, A. (2007). Parental modeling, reinforcement, and information transfer: Risk factors in the development of child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 213–231.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Calkins, S. D., & Schmidt, L. A. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: Psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Development*, 72, 1–21.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., Nichols, K. E., & Ghera, M. M. (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56, 235–262.
- Gentil, V., & Lotufo-Neto, F. (1996). Transtorno de ansiedade: neuroses. Em: O.P. Almeida, R.R. Laranjeira & L. Dratcu (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143–154.
- Ginsburg, G. S., Grover, R. L., & Ialongo, N. (2005). Parenting behaviors among anxious and non-anxious mothers: Relation with concurrent and long-term child outcomes. *Child and Family Behavior Therapy*, 26, 23–41.
- Graeff, F. G. (1999). Ansiedade. Em: F.G. Graeff & M.L. Brandão. *Neurobiologia das doenças mentais* (pp.135-178). São Paulo: Lemos.
- Gregory, A.M. & Eley, T.C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 199–212.
- Guilhardi, H. J. (2002). Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In M. Z. S. Brandão et al. *Comportamento humano: tudo ou quase tudo que você queria saber para viver melhor* (pp.63-98). Santo André: Editora Esetec.
- Halgunseth, L. C., Ispa, J. M., & Rudy, D. (2006). Parental control in Latino families: an integrated review of the literature. *Child Development*, 77(5), 1282–1297.
- Hastings, P.D., Sullivan, C., McShane, K.E., Coplan, R.J., Utendale, W.T., & Vyncke, J.D. (2008). Parental socialization, vagal regulation and preschoolers' anxious difficulties: Direct mothers and moderated fathers. *Child Development*, 79, 45–64.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578.
- Hoff, E., Laursen, B., & Tardif, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (pp. 231–252). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1411–1427.
- Hudson, J. L., Dodd, H. F., Lyneham, H. J., & Bovopoulous, N. (2011). Temperament and Family Environment in the Development of Anxiety Disorder: Two-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1255–1264.
- Jacques, H. A. K., & Mash, E. J. (2004). A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 13–25.
- Javo, C., Rønning, J. A., Heyerdahl, S., & Rudmin, F. W. (2004). Parenting correlates of child behavior problems in a multiethnic community sample of preschool children in northern Norway. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 8–18.
- Kaczynski, K.J., Lindahl, K.M., Malik, N.M., & Laurenceau, J.-P. (2006). Marital conflict, maternal and paternal parenting, and child adjustment: A test of mediation and moderation. *Journal of Family Psychology*, 20, 199–208.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls's early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Kochanska, G., & Aksan, N. (2006). Children's Conscience and Self-Regulation. *Journal of Personality*, 74(6), 1587-1617.
- Kortlander, E., Kendall, P. C., & Panichelli-Mindel, S. (1997). Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 297–315.
- Kushner, S. C., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2012). The structure of internalizing disorders in middle childhood and evidence for personality correlates. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 22-34.
- Laskey, B. J., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Parental discipline behaviors and beliefs about their child: Associations with child internalizing and mediation relationships. *Child: Care, Health & Development*, 35, 717–727.
- Lau, J. Y. F., & Pine, D. S. (2008). Elucidating risk mechanisms of gene-environment interactions on pediatric anxiety: Integrating findings from neuroscience. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 97–106.
- Lieb, R., Wittchen, H., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000).

- Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective longitudinal community study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 859–866.
- Lins, T.C.S. (2013). *Práticas Educativas Maternas e Problemas Internalizantes em Pré-Escolares*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Lins, T., Oliveira, J. M., Palma, E., & Alvarenga, P. (2012). *Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil*. Manuscrito não publicado.
- Loukas, A., Paulos, S. K., & Robinson, S. (2005). Early adolescent social and overt aggression: Examining the roles of social anxiety and maternal psychological control. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 335–345.
- Macedo, E.V.O. (2011). *Superprotecção parental e ansiedade na infância: um estudo transversal com crianças em idade escolar*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Manassis, K., & Bradley, S.J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345–366.
- Manfro G.G., Isolan L., Blaya C., Santos L., & Silva M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno do pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 26-29.
- Marin, A. H. & Levandowski, D.C. (2008). Práticas educativas no contexto da maternidade adolescente: Breve revisão da literatura. *Interação em Psicologia*, 12(1), 107-113.
- Martini, T.S., Root, C.A., & Jenkins, J.M. (2004). Low and middle income mothers' regulation of negative emotion: Effects of children's temperament and situational emotional responses. *Social Development*, 13, 515–530.
- McKay, D. & Storch, E. (2011). *Handbook of anxiety disorders in children and adolescents*. Boston, MA: Springer-Verlag.
- McLeod, B.D., Wood, J.J., & Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155–172.
- McLeod, B.D., Wood, J.J., & Avny, S.B. (2011). Parenting and Child Anxiety Disorders. In Mckay, D. & Storch, E. A. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. (pp. 213-228). New York: Springer.
- McShane K.E. & Hastings P.D. (2009). The New Friends Vignettes: Measuring parental psychological control that confers risk for anxious adjustment in preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 481–495.
- Micco, J. A., & Ehrenreich, J. T. (2008). Children's interpretation and avoidant response biases in response to non-salient and salient situations: Relationships with mothers'

- threat perception and coping expectations. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 371–385.
- Michael, J. (1982) Distinguishing Between Discriminative and Motivational Functions of Stimuli. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.
- Michael, J. (1988). Establishing operations and the mand. *The Analysis of Verbal Behavior*, 6, 3-9.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., & Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.
- Muris, P.; Meesters, C.; Merckelbach, H. & Hulsenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behavioral Research and Therapy*, 38, 487-497.
- Muris, P., Schouten, E., Meesters, C., & Gijsbers, H. (2003). Contingency-competence-control-related beliefs and symptoms of anxiety and depression in a young adolescent sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 325–339.
- Nottelmann, E. D., & Jensen, P. S. (1995). Bipolar Affective Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(6), 705-708.
- Nunes, S. A. N. (2012). *Contribuições da Qualidade do Vínculo de Apego e das Práticas Parentais nos Problemas Externalizantes e Internalizantes dos Filhos*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Oliveira, P.I.S. (2011). *Discrepância e acordo entre informadores na avaliação da ansiedade em crianças em idade escolar: discrepância e acordo mãe criança*. Tese de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 81-91.
- Pacheco, J.T.B., Silveira, L.M.O.B., & Schneider, A.M.A. (2008). Estilos e práticas educativas parentais: Análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. *PSICO*, 39(1), 66-73.
- Pahl, K. M., Barrett, P.M. & Gullo, M.J. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 311–320.
- Pettit, G., Laird, R., Dodge, K., Bates, J., & Criss, M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72, 583-598.
- Queiroz, P. P., & Guilhardi, H. J. (2001). Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: Caso clínico. In H.J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scorz (Eds.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 7* (pp. 257-268). Santo André, SP: ESETec.

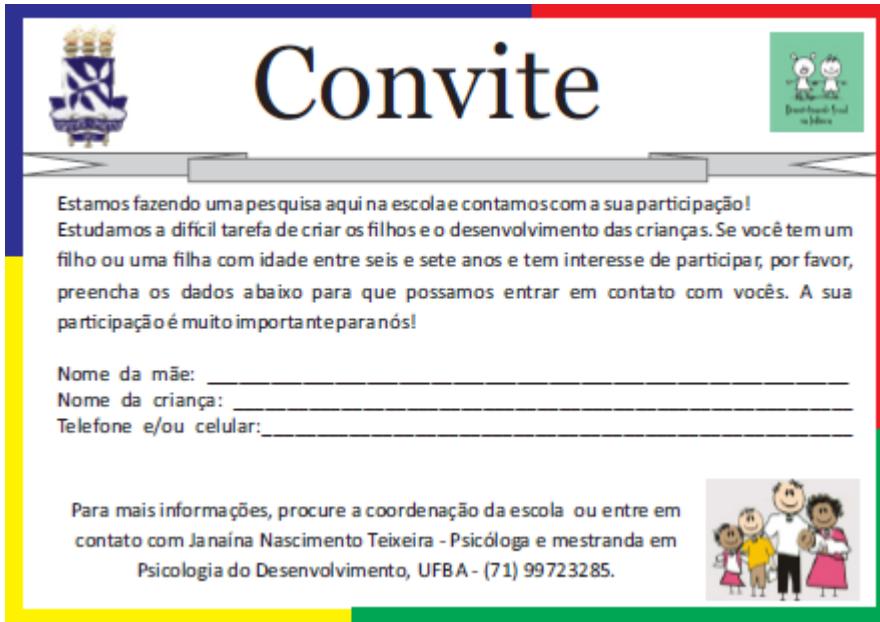
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 46–67.
- Rapee, R.M. (2002). The Development and Modification of Temperamental Risk for Anxiety Disorders: Prevention of a Lifetime of Anxiety? *Biological Psychiatry*, 52(10), 947–957.
- Rapee, R.M. (2009). Early Adolescent's Perceptions of Their Mother's Anxious Parenting as a Predictor of Anxiety Symptoms. 12 Months Later. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1103-1112.
- Rappe, R., Schniering, C., & Hudson, J. (2009). Anxiety Disorders during Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Rapee, R.M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 69-80.
- Regis Neto, D. M., Banaco, R. A., Borges, N. B., & Zamignani, D. R. (2012). Supressão condicionada: Um modelo experimental para o estudo da ansiedade. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 2(1).
- Rodrigues, C.L. (2011). *Aspectos Neuropsicológicos dos Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência: um estudo comparativo entre as fases pré e pós-tratamento medicamentoso*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- 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 nonclinical children. *Journal of Child and Family Studies*, 15, p.331–344.
- Rogers, K.N., Buchanan, C.M., & Wincell, M.E. (2003). Psychological control during early adolescence: Links to adjustment in differing parent/adolescent dyads. *Journal of Early Adolescence*, 23, 349–383.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development*, 73(2), 483–495.
- Russo, V.S.F.C.C. (2011). *Atribuições parentais em relação à ansiedade dos filhos: estudo exploratório com crianças ansiosas*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo, SP: McGraw-Hill.
- Sanson, A., Hemphill, S., & Smart, D. (2002). Temperament and social development. In: P. K. Smith & C. H. Hart (Orgs.), *Handbook of childhood social development* (p. 97-116). London, UK: Blackwell.

- Schwebel, D. C., & Plumert, J. M. (1999). Longitudinal and concurrent relations among temperament, ability estimation and injury proneness. *Child Development, 70*, 700-712.
- Seligman, L., & Ollendick, T. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*(2), 125-144.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioural inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*, 131–143.
- Shek, D. T. L. (2005). Perceived parental control processes, parent-child relational qualities, and psychological well-being in Chinese adolescents with and without economic disadvantage. *Journal of Genetic Psychology, 166*, 171-188.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 525–535.
- Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. (R. Azzi, & M. A. Andery, trads.) Campinas: Livro Pleno (Trabalho original publicado em 1989).
- Silk, J. S., Morris, A. S., Kanaya, T., & Steinberg, L. (2003). Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? *Journal of Research on Adolescence, 13*, 113-128.
- Silva, W. V., & Figueiredo, V. L. (2005) Ansiedade infatil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 27* (4); 329-335.
- Silva Junior, E.A. (2010). *Comorbidades Psiquiátricas associadas com transtorno de ansiedade em uma amostra de crianças e adolescentes*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Silverman, W. K., Goedhart, A. W., Barrett, P., & Turner, C. (2003). The facets of anxiety sensitivity represented in the childhood anxiety sensitivity index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 364–374.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 225–237.
- Skinner, B. F. (1978). O comportamento verbal. São Paulo: Cultrix (Trabalho original publicado em 1957).
- Skinner, B. F. (1981/2007). Seleção pelas Consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, IX* (1), 129-137.
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. (J. C. Todorov, & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Edart (Trabalho original publicado em 1953).

- Smoller, J. W., Block, S. R., & Young, M. M. (2009). Genetics of anxiety disorders: The complex road from DSM to DNA. *Depression and Anxiety*, 26(11), 965–975.
- Stallard, P. (2010). *Ansiedade: Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Jovens*. Porto Alegre: Artmed.
- Stein, L., Sidman, M., & Brady, J.V., (1958). Some Effects of Two Temporal Variables on Conditioned Suppression. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 153-162.
- Teachman, B. A., & Allen, J. P. (2007). Development of social anxiety: Social interaction predictors of implicit and explicit fear of negative evaluation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 63-78.
- Thirlwall, K., & Creswell, C. (2010). The impact of maternal control on children's anxious cognitions, behaviours and affect: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*. 48(10), 1041-1046.
- Tourinho, E. Z. (2006). Private stimuli, covert responses and private events: Conceptual remarks. *The Behavior Analyst*, 29, 13-31.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Roberson-Nay, R., & Tervo, K. (2003). Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 41, 541-554.
- van Brakel, A. M. L., Muris, P., Bögels, S. M., & Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in nonclinical adolescents: Main and interactive effects of behavioral inhibition, attachment and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 569–579.
- van der Bruggen, B., Stams, G.J.J.M., & Bögels, S. M. (2008). Research review: The relation between child and parent anxiety and parental control: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 1257–1269.
- Varela, R. E., Sanchez-Sosa, J. J., Biggs, B. K., & Luis, T. M. (2009). Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(5), 609-616.
- Vianna, M.B. (2010). Freud e Darwin: ansiedade como sinal, uma resposta adaptativa ao perigo. *Natureza humana*, 12(1), 1-33.
- Vianna, R.R.A.B., Campos, A.A., & Fernandez, J.L. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61.
- Wadsworth, M.E., Hudziak, J.J., Heath, A.C., & Achenbach, T.M. (2001). Latent class analysis of child behavior checklist anxiety/depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 106 – 114.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S. & Kendall, P. C. (2008) Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in

- childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766.
- Wei, C., & Kendall, P.C. (2014) Child Perceived Parenting Behavior: Childhood Anxiety and Related Symptoms. *Child & family Behavior Therapy*, 36, 1-18.
- Weems, C.F., & Stickle, T.R. (2005). Anxiety disorders in childhood: Casting a nomological net. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 107–134.
- Wheatcroft, R., & Creswell, C. (2007). Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: The contribution of parental anxiety and child anxiety. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 435–441
- Winter, E.C., & Bienvenu, O.J. (2011). Temperament and Anxiety Disorders. In Mckay, D. & Storch, E. A. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. (pp. 213-228). New York: Springer.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134–151.
- Wood, J. J. (2006). Parental Intrusiveness and Children's Separation Anxiety in a Clinical Sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 37(1), 73-87.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S., & Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: Examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 364–374.
- Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: Gender and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 5, 79-89.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B. & Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.
- Zamignani, D. R. (2001). Uma tentativa de entendimento do comportamento obsessivo-compulsivo: algumas variáveis negligenciadas. Em R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*, (pp. 256-266). Santo André: SET.
- Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7, 77-92.
- Zanoni, D. (2004). *Ansiedade infantil e práticas parentais*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Anexo A – Convite enviado as mães



Anexo B – Cartaz informativo para os murais das escolas



Cartaz informativo para os murais das escolas, com tema de envolvimento social na infância. O cartaz é colorido (vermelho, azul, amarelo, verde) e contém o escudo da escola, o nome da coordenadora, e uma ilustração de uma família.

Mães e Pais,

Realizaremos uma pesquisa aqui na escola e gostaríamos de contar com a sua participação! Estudamos a difícil tarefa de criar os filhos e o desenvolvimento de crianças. Se você tem um (a) filho (a) com idade entre 6 e 7 anos, entre em contato com a coordenação ou com Janaína Nascimento Teixeira. A sua participação é muito importante para nós!

Maiores informações:

Janaína Nascimento Teixeira
(71) 9972-3285
jananteixeira@gmail.com



Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Psicologia
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente Projeto de Pesquisa, que busca investigar a relação mãe-criança e o desenvolvimento psicológico das crianças, e se justifica pela baixa produção nacional sobre a temática e relevância do estudo para prevenção de problemas no desenvolvimento infantil. Sei que será realizada filmagem da minha interação com meu filho em três atividades estruturadas: (1) formando figuras, na qual meu filho montará, utilizando cubos de duas cores, figuras apresentadas em cartões; (2) falando livremente, na qual meu filho fará uma apresentação de tema livre para filmadora; e (3) tangram, na qual eu e meu filho iremos, juntos, montar o jogo. Compreendo que o risco decorrente da participação na pesquisa é mínimo, ocorrendo apenas com algumas crianças que poderão sentir-se desconfortáveis na apresentação de tema livre, e que os benefícios alcançados ao final do estudo permitirão um melhor entendimento do desenvolvimento socioemocional das crianças o que implicará em propostas de atividades preventivas e tratamentos mais eficazes.

Tenho o conhecimento de que receberei resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa; terei total liberdade para retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento.

Entendo que não serei identificado e que se manterá o sigilo e o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a minha privacidade. Sei que a participação nessa pesquisa é gratuita e não implica em nenhum custo, assim como, não receberei nenhuma remuneração.

Para qualquer outra informação poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa, Dra. Patrícia Alvarenga, que poderá ser contatada pelos telefones: (71) 3331-2755 ou (71) 99594437 ou na avenida Ademar de Barros, s/n, Pavilhão 04, Campus Universitário de Ondina, Salvador - BA. Também poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Bahia, no Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico, Salvador - BA, telefone (71) 3283-5564.

Concordo em participar deste estudo, bem como autorizo para fins, exclusivamente, desta pesquisa, a utilização das informações fornecidas por mim. Este documento é emitido em duas vias que serão assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Nome da mãe: _____

Nome da criança: _____

Data: / /

Assinatura do participante ou responsável

Anexo D – Ficha de Informações Demográficas da Família

Ficha de Informações Demográficas da Família

Nome da mãe: _____

Idade da mãe: _____ Escolaridade da mãe: _____

Ocupação da mãe: _____ Situação Conjugal: _____

O pai da criança vive com você? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

Nome do pai: _____

Idade do pai: _____ Escolaridade do pai: _____

Ocupação do pai: _____

Nome da Criança: _____

Idade da criança: _____ Data de Nasc: ____/____/_____ Sexo da criança: _____

A criança está em que série _____ Escola _____

Algum problema de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Faz uso de alguma medicação? () Sim () Não Qual? _____

Já foi atendido(a) alguma vez por um psicólogo ou psiquiatra? () Sim () Não

Se sim, quando? _____

Preencher os quadros abaixo com as informações sobre outros irmãos da criança:

Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo	Idade	Sexo

Renda Familiar: _____

Preencher o quadro abaixo com as informações sobre quem mora na casa

Grau de parentesco com a criança	Idade	Sexo

Existe na família alguém com problemas mentais?

Telefones para contato (pegar o maior número possível): _____

Anexo E – Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil – Meninas

Entrevista estruturada sobre práticas educativas parentais e socialização infantil - Meninas

(Lins, Oliveira, Palma & Alvarenga, 2012)

Caso:

Eu vou te contar duas situações e quero que você imagine que a criança da situação é _____. Talvez você não tenha passado por algumas dessas situações, mas tente imaginar, caso isso acontecesse com você e sua filha, o que você **diria** ou **faria** com sua filha ou **diria** para as outras pessoas das situações.

Então, para cada frase que eu disser, você vai me responder se:

NÃO diria ou faria a mesma coisa

Se ,

Você TALVEZ, diria ou faria a mesma coisa

Ou se,

Você, SIM, diria ou faria a mesma coisa.

“Não” significa que você nunca diria ou faria o que diz a frase. “Talvez” significa que você pode dizer ou fazer aquela ação às vezes, mas que isso normalmente não acontece. “Sim” significa que você provavelmente diria ou faria o que diz a frase.

(Esses dois trechos devem ser lidos de maneira concomitante com a apresentação do cartão com as respostas para o entrevistado)

Vou te contar a primeira situação

Uma amiga sua tem uma filha da mesma idade que _____, mas elas nunca se encontraram antes. Sua amiga convida você e _____ para a casa dela para brincar com a filha dela, que se chama Juliana. _____ parece tranquila enquanto vocês estão a caminho de lá, mas muda de repente quando vocês chegam e entram na casa de sua amiga. _____ vê Juliana e a mãe dela e, imediatamente, esconde-se atrás de você. Ela se agarra à sua perna, começa a fazer manha e se recusa a falar com Juliana.

Ficar atento à possibilidade de a mãe dizer que a filha não faria algo igual.

Lembra o que eu te falei? Eu queria que você tentasse se imaginar nessa situação com sua filha.

Agora eu vou te dizer algumas frases que mostram coisas que um pai ou uma mãe poderiam dizer para Juliana e sua mãe. E, como eu havia lhe explicado, EM CADA UMA, você vai me dizer NÃO para as frases que você nunca diria; TALVEZ para as frases que você poderia dizer, mas não é algo que você normalmente diria e SIM se acha que diria essa frase. Com esses cartões, você pode ir acompanhando as frases que vou te dizer.

Entrevista estruturada sobre práticas educativas parentais e socialização infantil – Meninas

(Lins, Oliveira, Palma & Alvarenga, 2012)

Caso:

	Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado		
	Não	Talvez	Sim
1 “Não se preocupem. Daqui a pouco isso passa”	0	1	2
2 “Que menina boba”.	0	1	2
3 “Obrigada por ter chamado a gente para brincar.”	0	1	2
4 “Juliana, você quer brincar com _____?”	0	1	2
5 “Ela sempre faz isso na casa dos outros”.	0	1	2
6 “Espera um tempinho que daqui a pouco ela se solta”.	0	1	2
7 “Vamos brincar de quê, Juliana?”	0	1	2
8 “Olha o que eu passo com essa menina.”	0	1	2
9 “A gente vai aos pouquinhas”.	0	1	2

Agora vou te dizer frases que mostram coisas que você poderia **dizer** ou **fazer** com _____. Você vai continuar me respondendo “não”, “talvez” ou “sim”.

	Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado		
	Não	Talvez	Sim
1 “Está tudo bem. Estou aqui com você”.	0	1	2
2. “Diga ‘oi’ para Juliana, filha”.	0	1	2
3 Tiraria _____ de trás de você e colocaria ela na sua frente.	0	1	2
4 “Que tal se todo mundo brincasse junto?”	0	1	2
5 “Pare com isso, você já é grande”.	0	1	2
6 Pegaria ela no colo e daria um abraço gostoso.	0	1	2
7 “Não faça assim na frente dos outros, _____.”	0	1	2
8 “Você quer ir para casa e brincar com a mamãe?”	0	1	2
9 Você pegaria _____ pela mão e levaria ela até Juliana.	0	1	2

Vou te contar agora outra situação.

Você e sua filha vão para um parquinho perto de sua casa. No parque, tem algumas meninas que são mais ou menos da mesma idade de _____. Os pais dessas crianças estão sentados em um banco da praça, vendo elas brincarem, perto de vocês. As meninas têm uma bola e alguns brinquedos e estão todas brincando juntas. Sua filha conhece uma das crianças, Maria, mas não conhece as outras. _____ segura firme na sua mão e fica em pé ao seu lado, observando as outras meninas brincarem, mas não tenta ir brincar com elas.

Agora, como fizemos na outra história, eu vou lhe dizer frases e você continua me dizendo “não”, “talvez”, ou “sim”. Vamos começar com coisas que você poderia dizer para as meninas ou para os seus pais.

Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado			
	Não	Talvez	Sim
1 “Por enquanto vamos ficar só olhando.	0	1	2
2 “Olha aí, ela nunca facilita”.	0	1	2
3 “Oi, Maria, de que você está brincando?”	0	1	2
4 “A gente só precisa de um tempinho para se acostumar”.	0	1	2
5 “Ela é sempre assim desse jeito. Não adianta.”	0	1	2
6 “Meninas, _____ pode brincar com vocês também?”	0	1	2
7 “Olha! Que legal o que vocês estão fazendo.”	0	1	2
8 “Hoje ela está meio bicho-do-mato”.	0	1	2
9 “Estamos bem, não se preocupem. Daqui a pouco a gente vai”.	0	1	2

Agora vou lhe dizer algumas frases sobre coisas que você poderia **dizer** ou **fazer** com _____ e você vai continuar me respondendo “não”, “talvez” ou “sim”.

Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado			
	Não	Talvez	Sim
1 “Não precisa ficar assim”.	0	1	2
2 “Você quer voltar para casa para brincar comigo?”	0	1	2
3 Você iria “devagarinho”, com sua filha, chegando perto das meninas.	0	1	2
4 “Não adianta fazer isso que as meninas não vão ligar para você”.	0	1	2
5 “Se quiser, você pode pedir para brincar também”.	0	1	2
6 Você faria um cafuné em sua filha.	0	1	2
7 “Está tudo bem, eu estou aqui do seu lado”.	0	1	2
8 “Por que você não vai ali falar com sua amiguinha?”	0	1	2
9 Você mandaria sua filha brincar com as meninas e sentaria junto com os outros pais.	0	1	2

Anexo F – Entrevista Estruturada sobre Práticas Educativas Parentais e Socialização Infantil –

Entrevista estruturada sobre práticas educativas parentais e socialização infantil - Meninos

(Lins, Oliveira, Palma & Alvarenga, 2012)

Caso:

Eu vou te contar duas situações e quero que você imagine que a criança da situação é _____. Talvez você não tenha passado por algumas dessas situações, mas tente imaginar, caso isso acontecesse com você e seu filho, o que você **diria ou faria** com seu filho ou **diria** para as outras pessoas das situações.

Então, para cada frase que eu disser, você vai me responder se:

NÃO diria ou faria a mesma coisa

Se ,

Você TALVEZ, diria ou faria a mesma coisa

Ou se,

Você, SIM, diria ou faria a mesma coisa.

“Não” significa que você nunca diria ou faria o que diz a frase. “Talvez” significa que você pode dizer ou fazer aquela ação às vezes, mas que isso normalmente não acontece. “Sim” significa que você provavelmente diria ou faria o que diz a frase.

(Esses dois trechos devem ser lidos de maneira concomitante com a apresentação do cartão com as respostas para o entrevistado)

Vou te contar a primeira situação

Uma amiga sua tem um filho da mesma idade que _____, mas eles nunca se encontraram antes. Sua amiga convida você e _____ para a casa dela para brincar com o filho dela, que se chama Marcos. _____ parece tranquilo enquanto vocês estão a caminho de lá, mas muda de repente quando vocês chegam e entram na casa de sua amiga. _____ vê Marcos e a mãe dele e, imediatamente, esconde-se atrás de você. Ele se agarra à sua perna, começa a fazer manha e se recusa a falar com Marcos.

Ficar atento à possibilidade de a mãe dizer que a filha não faria algo igual.

Lembra o que eu te falei? Eu queria que você tentasse se imaginar nessa situação com seu filho.

Agora eu vou te dizer algumas frases que mostram coisas que um pai ou uma mãe poderiam dizer para Marcos e sua mãe. E, como eu havia lhe explicado, EM CADA UMA, você vai me dizer NÃO para as frases que você nunca diria; TALVEZ para as frases que você poderia dizer, mas não é algo que você normalmente diria e SIM se acha que diria essa frase. Com esses cartões, você pode ir acompanhando as frases que vou te dizer.

Meninos

Entrevista estruturada sobre práticas educativas parentais e socialização infantil – Meninos

(Lins, Oliveira, Palma & Alvarenga, 2012)

Caso:

	Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado		
	Não	Talvez	Sim
1 “Não se preocupem. Daqui a pouco isso passa”	0	1	2
2 “Que menino bobo”.	0	1	2
3 “Obrigada por ter chamado a gente para brincar.”	0	1	2
4 “Marcos, você quer brincar com _____?”	0	1	2
5 “Ele sempre faz isso na casa dos outros”.	0	1	2
6 “Espera um tempinho que daqui a pouco ele se solta”.	0	1	2
7 “Vamos brincar de quê, Marcos?”	0	1	2
8 “Olha o que eu passo com esse menino.”	0	1	2
9 “A gente vai aos pouquinhas”.	0	1	2

Agora vou te dizer frases que mostram coisas que você poderia **dizer** ou **fazer** com _____. Você vai continuar me respondendo “não”, “talvez” ou “sim”.

	Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado		
	Não	Talvez	Sim
1 “Está tudo bem. Estou aqui com você”.	0	1	2
2. “Diga ‘oi’ para Marcos, filho”.	0	1	2
3 Tiraria _____ de trás de você e colocaria ele na sua frente.	0	1	2
4 “Que tal se todo mundo brincasse junto?”	0	1	2
5 “Pare com isso, você já é grande”.	0	1	2
6 Pegaria ele no colo e daria um abraço gostoso.	0	1	2
7 “Não faça assim na frente dos outros, _____.”	0	1	2
8 “Você quer ir para casa e brincar com a mamãe?”	0	1	2
9 Você pegaria _____ pela mão e levaria ele até Marcos.	0	1	2

Vou te contar agora outra situação.

Você e seu filho vão para um parquinho perto de sua casa. No parque, tem alguns meninos que são mais ou menos da mesma idade de _____. Os pais dessas crianças estão sentados em um banco da praça, vendo eles brincarem, perto de vocês. Os meninos têm uma bola e alguns brinquedos e estão todos brincando juntos. Seu filho conhece uma das crianças, Tiago, mas não conhece os outros. _____ segura firme na sua mão e fica em pé ao seu lado, observando os outros meninos brincarem, mas não tenta ir brincar com eles.

Agora, como fizemos na outra história, eu vou lhe dizer frases e você continua me dizendo “não”, “talvez”, ou “sim”. Vamos começar com coisas que você poderia dizer para os meninos ou para os seus pais.

	Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado		
	Não	Talvez	Sim
1 “Por enquanto vamos ficar só olhando.”	0	1	2
2 “Olha aí, ele nunca facilita”.	0	1	2
3 “Olá, Tiago, de que você está brincando?”	0	1	2
4 “A gente só precisa de um tempinho para se acostumar”.	0	1	2
5 “Ele é sempre assim desse jeito. Não adianta.”	0	1	2
6 “Meninos, _____ pode brincar com vocês também?”	0	1	2
7 “Olha! Que legal o que vocês estão fazendo.”	0	1	2
8 “Hoje ele está meio bicho-do-mato”.	0	1	2
9 “Estamos bem, não se preocupem. Daqui a pouco a gente vai”.	0	1	2

Agora vou lhe dizer algumas frases sobre coisas que você poderia **dizer** ou **fazer** com _____ e você vai continuar me respondendo “não”, “talvez” ou “sim”.

	Marcar somente uma opção conforme as respostas do entrevistado		
	Não	Talvez	Sim
1 “Não precisa ficar assim”.	0	1	2
2 “Você quer voltar para casa para brincar comigo?”	0	1	2
3 Você iria “devagarinho”, com seu filho, chegando perto das meninos.	0	1	2
4 “Não adianta fazer isso que os meninos não vão ligar para você”.	0	1	2
5 “Se quiser, você pode pedir para brincar também”.	0	1	2
6 Você faria um cafuné em seu filho.	0	1	2
7 “Está tudo bem, eu estou aqui do seu lado”.	0	1	2
8 “Por que você não vai ali falar com seu amiguinho?”	0	1	2
9 Você mandaria seu filho brincar com os meninos e sentaria junto com os outros pais.	0	1	2

Anexo G – Cartões de Resposta do CBCL e NFV

Cartão de Resposta – CBCL

0 = NÃO É VERDADEIRA

**1 = UM POCO
VERDADEIRA OU ALGUMAS
VEZES VERDADEIRA**

**2 = MUITO VERDADEIRA
OU FREQUENTEMENTE
VERDADEIRA**

Cartão de Respostas - NFV

**NÃO
diria ou faria a mesma**

**TALVEZ
diria ou faria a mesma**

**SIM
diria ou faria a mesma**