



**LSPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Perfis de Comportamento Inibido  
em Idade Pré-escolar (3-6 anos) e  
Sintomas de Ansiedade**

Cárina Bianca Matos Marques

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Maryse Guedes

Professor de Seminário de Dissertação:

Professora Doutora Manuela Veríssimo

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Clínica

2020

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Manuela Veríssimo, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre em Psicologia na especialidade de Clínica.

## **Agradecimentos**

Sendo esta, a última etapa acadêmica do mestrado é período de reflexão e gratidão. Este último ano, da teoria passei à prática e com isso senti muito do que a nossa profissão implica. Por mais teorias que saibamos, quando estamos perante pessoas, com diferentes idades, contextos de vida e experiências, faz com que realidade seja mais complexa e a meu ver, mais interessante e preciosa, porque cada pessoa é um ser único e hoje percebo a importância e significado desta visão no contexto terapêutico.

Desde o primeiro ano que entrei no ISPA, tenho crescido muito, afinal já lá vão 12 anos. Entre 2008 que me matriculei e 2020 em que concluo, diversos foram os caminhos que percorri, opções que tomei, fazendo paralelamente a faculdade, por vezes a fazer poucas disciplinas, por outras com períodos de interregnos, contudo posso dizer que este tempo foi vivido com o balanceamento típico de quem estuda para ter o privilégio de exercer um sonho e de quem trabalhou muito para poder sonhar, porque se há coisa que nunca desisti, foi da ideia de fazer o que me faz sentir feliz, para que nunca tenha de chamar de trabalho. Assim considero ser psicóloga um privilégio, o privilégio de estar com o outro e para o outro.

Foram muitas as pessoas que direta ou indiretamente me acompanharam neste percurso. Quero agradecer aos meus pais, primeiro por me terem dado vida e depois por toda a aprendizagem que através deles obtive e ainda tenho o prazer de poder obter, assim como pelo seu amor e apoio incondicional. Agradecer ao meu irmão João por estar sempre lá, pelo apoio e pelos abraços.

Ao meu namorado, pelo amor, compreensão e incentivo e que tantos dias e noites tolerou a distância física, enquanto a sua namorada estudava ou saía para as aulas porque sonhava em ser e que tanto me ouviu depois das aulas noturnas, pelo entusiasmo de quem se fascina a aprender, mesmo com a dificuldade que se impunha pelo sono.

Quero também agradecer às minhas amigas queridas, juntas já partilhamos tantas alegrias e adversidades, mas estamos cá, unidas! Temos mais uma etapa para celebrar, brindaremos à vida como tanto gostamos de fazer, mais uma vitória.

E por falar em Vitória, agradecer ao meu grande laço de coração, de alma, que me acompanha desde que nasci. Quando me ouve falar de psicologia e sobre o que fazemos, interroga-se porque é que eu escolhi um curso onde se “pensa tanto sobre as coisas”, observação

que tanto me faz rir, ainda hoje pelo seu ar intrigado e preocupado, que se reflete pelo arrastar das palavras.

Aos meus laços de sangue e de coração, os quais considero o meu refúgio para que nunca me esqueça das minhas raízes, agradeço por terem dito vezes sem conta que “vais acabar, vais ser o que sonhas e vais ser a melhor”, como quem olha para o seu bebé, dizendo que é o mais bonito da maternidade. Agora posso dizer-lhes que acabei, que sou Psicóloga e que sinto que este é o meu lugar, mas afirmarei como sempre que não pretendo ser a melhor, quero apenas continuar a evoluir enquanto pessoa e profissional, continuar a aprender na teoria, no conhecimento científico e na praticidade da vida, para que possa dar o melhor de mim, pelo melhor que há dentro das pessoas, todos os dias, e prometo lutar ao longo dos anos e casos clínicos, para que a esperança e a curiosidade nunca se apaguem.

Agradeço muito ao ISPA por prestar um ensino de excelência, guardo professores que tive com muita estima pelo aprendi com eles e quero deixar um agradecimento especial à Professora Manuela Veríssimo e a Professora Maryse Guedes por terem sido incansáveis, apoiando em tudo o que precisei para que pudesse terminar a tese, sempre com um acolhimento enorme que apaziguou e confortou muito este momento de verdadeiro stress; também agradecer às minhas queridas colegas de seminário de estágio que foram uma rede de apoio incondicional.

Por último, dedico esta conclusão à memória do meu avô, que fisicamente partiu este ano letivo. Com ele também aprendi muito: a ouvir diferentes perspetivas, sem deixar de ser fiel aos meus próprios princípios; o humor com que se deve enfrentar a vida, que hoje me preenche de recordações, originando que o sorriso que esboço, enxugue as lágrimas que se soltam pela saudade; que quando se trabalha por paixão, os dias deixam de ter horas contadas; e por fim, nos seu últimos dias, ensinou-me que as limitações devem ficar na perspetiva de terceiros, porque se nós próprios não as considerarmos, nunca desistimos, nem deixamos de acreditar.

Com amor, a todos, o meu muito obrigada.

## Resumo

A inibição comportamental (IC) em idade pré-escolar pode ser definida com o retraimento biologicamente determinado perante pessoas, situações e atividades novas e associa-se a um risco acrescido de desenvolver sintomas de ansiedade, nomeadamente de ansiedade social. Apesar da IC não ser um conceito unitário, poucos estudos até à data procuraram caracterizar diferentes subgrupos de crianças com recurso a medidas multidimensionais de relato parental e comparar estes diferentes subgrupos relativamente aos sintomas de ansiedade. Assim, o nosso estudo teve como objetivos identificar diferentes perfis de crianças com IC e explorar se estes diferentes perfis se distinguem ao nível da sintomatologia ansiosa. A amostra foi composta por 108 mães de crianças com média de 53.79 meses que preencheram o *Behavioral Inhibition Questionnaire* e o *Preschool Anxiety Scale* para avaliar a IC e os sintomas de ansiedade, respetivamente. Os nossos resultados conduziram à identificação de dois perfis de crianças – crianças com níveis elevados e com médios de IC. As crianças identificadas como pertencentes ao subgrupo com níveis elevados de IC apresentaram comportamentos inibidos mais frequentes em contextos sociais (perante adultos, pares, situações de desempenho) e não-sociais (perante situações novas, de separação e desafio físico). As crianças identificadas como pertencentes ao subgrupo com níveis elevados de IC apresentaram mais sintomas de ansiedade generalizada, ansiedade social e medo de danos do que aquelas que foram identificadas como pertencentes ao subgrupo com níveis médios de IC. Estas diferenças entre os subgrupos foram de maior magnitude para os sintomas de ansiedade social.

Palavras-chave: Sintomas de ansiedade, inibição comportamental, idade pré-escolar, ansiedade social

## Abstract

Behavioral inhibition (BI) at preschool age can be defined as a biologically-based wariness when exposed to novel people, situations and activities and has been associated with an increased risk of developing anxiety symptoms, especially social anxiety. Although BI is not a unitary concept, to date, few studies aimed to characterize different subgroups of children using multidimensional parental measures and compared these different subgroups regarding anxiety symptoms. Thus, our study aimed to identify different profiles of children with BI and explore how these different profiles differed concerning anxiety symptoms. A sample consisted of 108 mothers of children with a mean age of 53.79 months, who completed the *Behavioral Inhibition Questionnaire* and the *Preschool Anxiety Scale* to assess BI and anxiety symptoms, respectively. Our results lead to the identification of two profiles of children: children with high and medium levels of BI. Children identified as belonging to the subgroup with high levels of BI were found to display more frequent inhibited behaviors in social (when exposed to adults, peers and performance situations) and non-social (when exposed to novel situations, separation and physical challenge) contexts than children identified as belonging to the subgroup with medium levels of BI. Children identified as belonging to the subgroup with high levels of BI displayed more anxiety symptoms than those identified as belonging to the subgroup with average BI levels. These differences were of greater magnitude for social anxiety symptoms.

Keywords: Anxiety symptoms, Behavioral Inhibition, Preschool children, Social Anxiety.

## **Abreviaturas**

PAS - Perturbação da Ansiedade Social

IC - Inibição Comportamental

BIQ – Questionário de Inibição Comportamental

SPSS - Programa Estatístico - Statistical Packages for the Social Sciences, versão 25.

## Índice

Lista de Tabelas .....	IX
Lista de Figuras .....	X
Introdução.....	1
Inibição Comportamental em Idade Pré-escolar .....	1
Modelo Desenvolvimental e Transacional de Compreensão da IC em Idade Pré-escolar.....	5
Inibição Comportamental e Sintomas de Ansiedade.....	7
O Presente Estudo.....	11
Método.....	12
Delineamento do Estudo e Identificação das Variáveis Sob Estudo.....	12
Participantes .....	13
Instrumentos .....	14
Procedimento .....	15
Tratamento Estatístico dos Dados .....	17
Resultados.....	18
Discussão.....	22
Pontos Fortes e Limitações.....	32
Implicações para Estudos Futuros .....	33
Implicações para a Prática Clínica.....	34
Referências .....	36
Anexos .....	42
Anexo A – Consentimento Informado.....	43
Anexo B – Caderno de Recolha de Dados .....	46

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1. Sumário de Dados Relevantes do Desenvolvimento e Hipotética Relação com as Perturbações de Ansiedade.....	9
Tabela 2. Estatísticas Descritivas (Médias e Desvios-Padrão) da Inibição Comportamental e dos Sintomas de Ansiedade na Amostra.....	18
Tabela 3. Correlações entre as Dimensões de Inibição Comportamental e Sintomas de Ansiedade .....	19
Tabela 4. Comparação da Crianças com Níveis Elevados de Inibição (Perfil 1) e as Crianças com Níveis Médios de Inibição (Perfil 2) no que se refere às características sociodemográficas .....	20
Tabela 5. Comparação das Dimensões de Comportamentos de Inibição nas Crianças com Inibição Comportamental Elevada e Média .....	21
Tabela 6. Comparação da Dimensões de Sintomas de Ansiedade das Crianças com Inibição Comportamental Elevada e Média .....	22

## **Lista de Figuras**

Figura 1. Modelo transacional e desenvolvimental de compreensão da inibição comportamental. ....	6
--	---

## **Introdução**

As perturbações de ansiedade são das perturbações mentais mais prevalentes a nível mundial, ocupando o 6º lugar na tabela (Carvalho, 2013). Portugal é um dos países da Europa com as taxas mais elevadas de perturbações de ansiedade, 16.5% (Caldas-Almeida & Xavier, 2013). Na psicopatologia infantil é também um dos transtornos mais comuns, afetando entre 5,7 e 17,7% de crianças e jovens (Costello & Angold, 1995), registando várias consequências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoal (Silva & Figueiredo, 2005). Identificar os fatores de risco precoces para o desenvolvimento de perturbações futuras é essencial para prevenir a sua ocorrência e mitigar os seus custos, quer a nível individual, familiar e social (Chronis-Tuscano, Danko, Rubin, Coplan, & Novick, 2018).

## **Inibição Comportamental em Idade Pré-escolar**

O conceito de inibição comportamental (IC) pode ser definido como um padrão de retraimento, medo e evitamento biologicamente determinados durante a exposição a pessoas, situações e objetos novos (Fox, Henderson, Marshall, Nichols, & Ghera, 2005). A caracterização da IC teve os seus primórdios nos estudos longitudinais liderados por Kagan, recorrendo a metodologia indutiva, baseada na observação em laboratório do comportamento inibido com o registo de medidas fisiológicas, nomeadamente da frequência cardíaca e respiratória perante estímulos visuais e auditivos desconhecidos (Zentner & Bates, 2008).

Especificamente, García-Coll, Kagan e Reznick (1984) recrutaram uma amostra de 305 mães e crianças de 21-22 meses, com base no autorrelato materno sobre o temperamento da criança, nomeadamente sobre as reações dos seus filhos em situações com as quais a criança não estava familiarizada, como, por exemplo, uma ida a um médico desconhecido. Cento e dezassete crianças (58 meninas, 59 meninos) primogénitas de 21-22 meses foram avaliadas com recurso a um procedimento laboratorial, envolvendo a exposição a brinquedos desconhecidos, a uma mulher adulta desconhecida, a um examinador desconhecido com um robô de grandes dimensões e de aparência estranha e a separação temporária da mãe. Os registos em vídeo foram codificados com base na frequência da hesitação em aproximar-se, do evitamento e do choro das crianças. O mesmo procedimento foi repetido três a cinco semanas mais tarde com 59 crianças. Este estudo conduziu à identificação de dois grupos de crianças. Um primeiro grupo

de crianças ( $n = 22$ ) evidenciava fortes sinais de comportamento inibido que se revelaram persistentes no segundo momento de avaliação, caracterizando-se por um longo tempo de latência na interação com adultos desconhecidos, a inibição frente a uma pessoa ou objeto desconhecido, a interrupção de brincadeiras ou vocalizações na presença de uma pessoa desconhecida e ainda comportamentos em que a criança se agarrava à mãe, agitada, a chorar e a soluçar com expressões faciais de angústia. Um segundo grupo de crianças ( $n = 17$ ) caracterizava-se por um padrão inverso de aproximação mais rápida às situações novas (García-Coll et al., 1984).

A observação das mesmas crianças aos 4 anos (Kagan J. , Reznick, Clarke, Snidman, & Garcia-Coll, 1984) e aos 5 anos e meio (Reznick, et al., 1986) demonstrou uma estabilidade moderada da IC nos anos pré-escolares, possivelmente influenciada por fatores biológicos. Especificamente, os estudos de Kagan e colaboradores (1984) e de Reznick e colaboradores (1986) mostraram que o grupo de crianças muito inibidas evidenciou uma maior propensão para brincarem sozinhas, para ficarem a observar um par do mesmo sexo e da mesma idade em contexto laboratorial e em contexto escolar, além de também serem cautelosas em situações que envolvem um risco mínimo por comparação com o grupo de crianças que se aproximava mais facilmente das situações novas aos 21 meses.

Embora este conjunto de estudos laboratoriais sejam uma referência na literatura sobre o tema, Perez-Edgar & Fox (2018) salientam que se tem verificado um interesse crescente em examinar o comportamento inibido das crianças de idade pré-escolar em contexto natural, ao invés de se basear apenas em observações em situações estandardizadas com grupos de crianças que apresentam padrões extremos de IC, gerados com base em pontos de corte. De facto, modelos detalhados sobre a multiplicidade de influências endógenas e exógenas no desenvolvimento são necessários para a investigação de fatores específicos que afetam (des)continuidade da IC ao longo do tempo (Fox et al., 2005).

Alguns autores enfatizaram a importância de avaliar os relatos parentais sobre a IC, na medida em que os pais têm oportunidade de observar as crianças por períodos de tempo mais prolongados, em diferentes contextos (Bishop, Spence, & McDonald, 2003). Por outro lado, alguns autores salientaram ainda a importância da avaliação dos relatos parentais se basear em medidas multidimensionais válidas, uma vez que a IC não é um conceito unitário, podendo a sua intensidade variar em diferentes contextos e manifestar-se amplamente em vários contextos, mas não necessariamente em todos (Bishop et al., 2003; Dyson, Klein, Olin, Dougherty, & Durbin, 2011). Com efeito, a evidência empírica laboratorial anteriormente descrita mostrou que a IC não se manifesta apenas perante a novidade social, ou seja, durante exposição a

situações de interação com adultos ou pares, mas também perante a novidade situacional (e.g., atividades ou situações desconhecidas) e situações fisicamente desafiantes (e.g., García-Coll et al., 1984; Kagan et al., 1984; Reznick et al., 1986).

Com base numa amostra comunitária de pais australianos, Bishop e colaboradores (2003) validaram uma medida multidimensional para a avaliação das percepções parentais acerca da IC, composta por seis dimensões que refletem contextos distintos em que esta se pode manifestar em idade pré-escolar: três contextos sociais, designadamente a exposição a adultos com que a criança está menos familiarizada, a aproximação aos pares e o desempenho frente a outras pessoas; dois contextos não sociais, nomeadamente a exposição a situações ou atividades com a criança está menos familiarizada e a separação em contexto pré-escolar; e um contexto de confronto com desafios físicos com risco mínimo. Neste estudo, as seis dimensões revelaram correlações moderadas a fortes entre si, à exceção da dimensão de desafios físicos (que apresenta menos conteúdo social) que evidenciou associações mais fracas com as restantes. Estes resultados foram replicados em investigações subseqüentes conduzidas com amostras comunitárias de pais holandeses (Broeren & Muris, 2010), americanos (Kim, et al., 2011) e israelitas (Mernick, Pine, Gendler, & Shechner, 2018).

Na investigação, existem poucas evidências que sugerem diferenças quanto ao sexo, face a prevalência da IC na infância (Rubin et al., 2009). Os estudos que se têm focado na avaliação das percepções parentais acerca da IC mostraram resultados inconsistentes. Numa amostra de 1119 pais australianos de crianças dos 3 aos 5 anos, Bishop e colaboradores (2003) mostraram que as mães avaliam as raparigas como mais inibidas do que os rapazes nas dimensões de desempenho frente aos outros, mas não em relação às restantes dimensões de comportamento inibido nem ao comportamento inibido avaliado com base no seu resultado global. O mesmo estudo mostrou que os pais apenas avaliam as raparigas como mais inibidas do que os rapazes na dimensão de exposição a adultos desconhecidos. Numa amostra de 559 pais americanos de crianças que tinham em média 3.5 anos, Kim e colaboradores (2011) não encontram diferenças quanto ao sexo em relação ao valor total de inibição parental com base nos relatos parentais. Porém, este estudo mostrou que os pais avaliam os rapazes como mais inibidos que as raparigas nas dimensões de desempenho e separação, ao passo que as raparigas mostraram ser mais inibidas do que os rapazes na dimensão de desafios físicos. Numa amostra de 531 pais holandeses de crianças dos 4 aos 15 anos, Broeren e Muris (2010) encontraram diferenças de sexo semelhantes às reportadas por Kim e colaboradores (2011) no comportamento inibido na dimensão de desempenho. No que se refere às diferenças de idade, os estudos de Broeren e Muris (2010) e Mernick e colaboradores (2018) baseados em amostras

mais diversificadas em termos da idade das crianças (3-15 anos) não observaram diferenças significativas no comportamento inibido avaliado com base no resultado global, em função da faixa etária. Broeren e Muris (2010) observaram diferenças etárias foram apenas nas dimensões de desafios físicos e de desempenho, sendo que as crianças mais velhas (12-15 anos) apresentaram valores mais elevados nesta dimensão que as crianças mais novas (4-7 e 8-11 anos).

Face à multidimensionalidade do constructo de IC (Bishop et al., 2003; Broeren & Muris, 2010; Kim et al., 2011; Mernick et al., 2018) Fox e colaboradores (2005) reconheceram que é possível que existam diferentes subgrupos de crianças inibidas e que a distinção destes diferentes subgrupos possa ajudar a melhor compreender e caracterizar as trajetórias (in)adaptativas das crianças ao longo do tempo.

Do nosso conhecimento, são poucos os estudos que têm procurado identificar diferentes subgrupos de crianças com base nas diferentes dimensões de IC, com recurso a amostras comunitárias. Porém, Putnam & Stifter (2005) identificaram quatro subgrupos de crianças numa amostra de 124 participantes com 24-25 meses, com base nos níveis de afeto positivo/negativo e nos comportamentos de aproximação/evitamento observados numa situação laboratorial estandardizada: crianças muito inibidas ( $n = 3$ ), caracterizadas pelos níveis mais elevados de afeto negativo e níveis mais baixos nas restantes dimensões; crianças inibidas ( $n = 30$ ), com um perfil semelhante ao grupo de crianças anterior, embora menos extremo; exuberantes ( $n = 48$ ), caracterizadas por níveis mais elevados de aproximação e afeto positivo e níveis mais baixos de afeto negativo; e crianças pouco reativas ( $n = 45$ ), caracterizadas por reduzidos níveis de afeto positivo/negativo e por níveis moderados de aproximação.

Mais recentemente, Dollar, Stifter, & Buss (2017) identificaram três subgrupos de crianças numa amostra de 121 participantes com 3.5 anos, com base em dimensões semelhantes observadas numa situação laboratorial estruturada: crianças inibidas ( $n = 42$ ) que evidenciam níveis reduzidos de afeto positivo e atividade e níveis elevados de afeto negativo e retraimento; crianças exuberantes ( $n = 28$ ) que demonstraram níveis elevados de atividade e afeto positivo e níveis baixos de retraimento e afeto negativo; e crianças moderadamente propensas à aproximação ( $n = 50$ ) que demonstraram níveis médios de atividade, afeto positivo e retraimento e níveis ligeiramente inferiores à média de afeto negativo.

Do nosso conhecimento, as investigações conduzidas até à data com base em relatos parentais fundamentaram-se essencialmente em medidas gerais de temperamento e evidenciaram resultados inconsistentes no que se refere ao número de perfis identificados

(Gartstein, et al., 2017). Apesar da heterogeneidade do número de perfis identificados, Gartstein e colaboradores (2017) concluíram que as investigações anteriores se caracterizavam por temas comuns que remetem geralmente para a distinção entre crianças difíceis, resilientes/adaptadas e receosas. Face a estas limitações, são necessários novos estudos que identifiquem diferentes subgrupos de crianças em amostras comunitárias, com recurso a medidas multidimensionais de relato parental que espelham os diferentes contextos (sociais vs. não sociais) em que a IC se pode manifestar. É fundamental aprofundar o conhecimento, uma vez que intervir precocemente, em idade pré-escolar, é uma forma eficaz de reduzir resultados negativos subsequentes (Clauss & Blackford, 2012; Guedes, et al., 2019; Sandstrom, Uher, & Pavlova, 2020).

### **Modelo Desenvolvimental e Transacional de Compreensão da IC em Idade Pré-escolar**

O modelo transacional proposto por Rubin, Coplan e Bowker (2009) apresenta o desenvolvimento como um sistema que sofre múltiplas influências cumulativas e bidirecionais, quer sejam fatores de biológicos, do meio, relacionais ou grupais, contribuindo, assim, para compreender a estabilidade ou mudança da IC e o risco de desenvolver resultados desenvolvimentais inadaptativos, nomeadamente sintomas de ansiedade (Rubin et al., 2009).

Tal como apresentado na *Figura 1*, as respostas dos pais e dos pares podem influenciar a (des)continuidade da IC, as trajetórias e os resultados desenvolvimentais das crianças (Rubin et al., 2009).

Respostas parentais pautadas por vigilância e controlo excessivos perante o menor nível de reatividade emocional e a dificuldade acrescida da criança em ser acalmada durante o primeiro ano de vida podem aumentar a propensão desta para evidenciar IC, i.e., maior retraimento e cautela durante a exposição a pessoas e situações novas no segundo ano de vida (Calkins, Fox, & Marshall, 1996; Fox, Henderson, Rubin, Calkins & Schmidt, 2001). A manutenção das reações parentais de intrusividade e controlo pode, ao longo do tempo, aumentar o risco de a criança inibida evidenciar comportamentos de retirada social em relação aos seus pares e problemas internalizantes em contexto pré-escolar (Coplan, Arbeau, & Armer, 2008; Rubin, Burgess, & Hastings, 2002; Prior, Sanson, Smart, & Oberklaid, 1983).

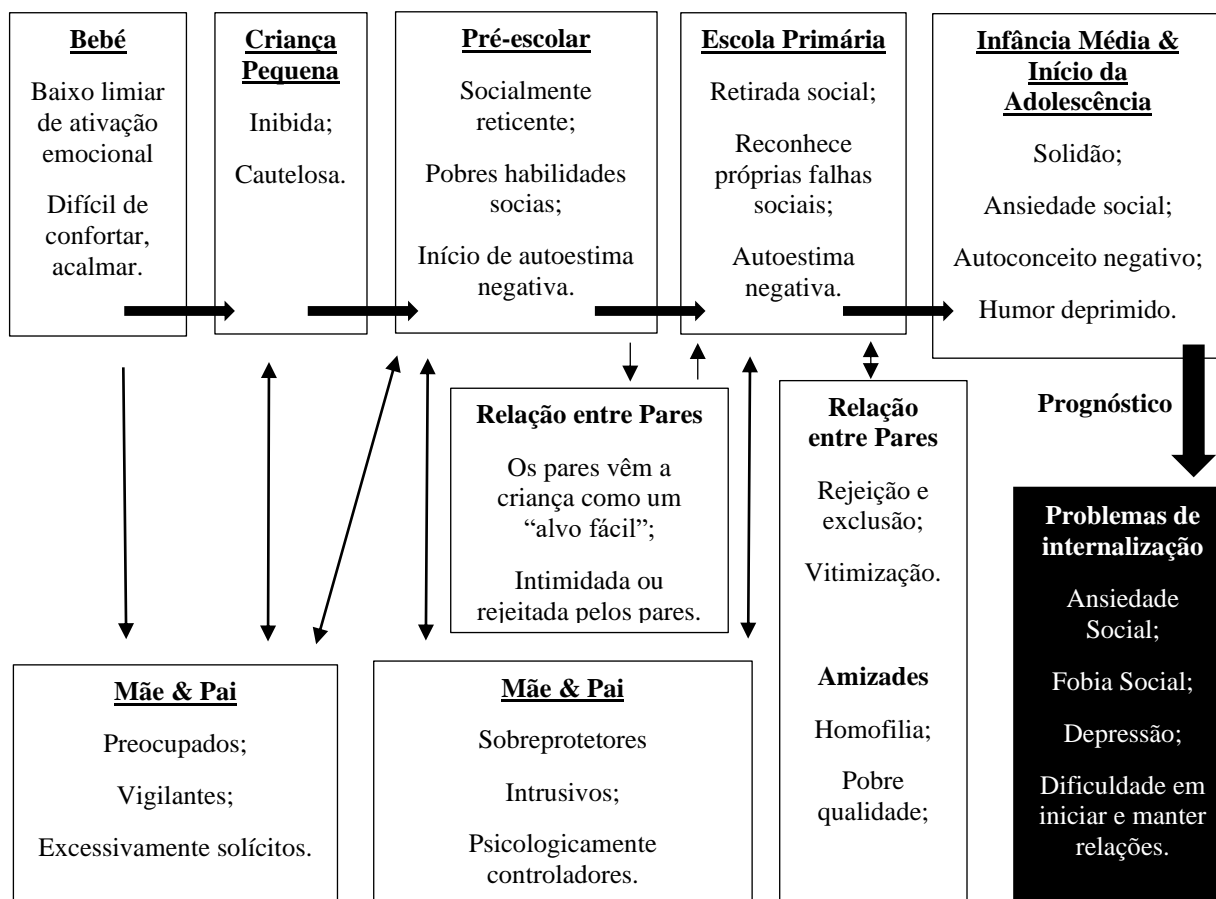


Figura 1. Modelo transacional e desenvolvimental de compreensão da inibição comportamental.

Fonte: Rubin, Coplan, & Bowker, Social Withdrawal in Childhood, 2009.

Estes comportamentos de retirada caracterizam-se por um isolamento autoimposto pela criança em relação aos seus pares, devido a sentimentos internalizados de ansiedade social (Rubin, 1982, cit. por Rubin et al., 2009). Segundo Piaget (1932 cit. Borges, 1987, p.119) a exposição das crianças a ações inter e intraindividuais (nomeadamente a diálogos, jogos, casos de conflito, e ações em comum com os pares) oferecem oportunidades de negociação social, ajudando-as na aquisição e desenvolvimento de competências de tomada de perspectiva, raciocínio social de causa-efeito e na compreensão da moralidade. Por conseguinte, os comportamentos de retirada social no grupo de pares podem impedir que a criança adquira competências sociais, sociocognitivas e de regulação emocional ajustadas à idade derivadas da interação com os pares (Rubin et al., 2009). Por outro lado, numa espécie de espiral, estão os comportamentos de retirada social que podem levar a que a criança inibida se comporte de maneira que a maioria dos seus pares não a considere atrativa e que seja vista como um “alvo fácil” de intimidação e rejeição pelos pares (Coplan et al., 2008; Rubin, Bowker, Barstead, & Coplan, 2018). Estas reações negativas por parte dos pares podem contribuir para a manutenção

do comportamento inibido e socialmente retirado, especialmente quando as respostas parentais continuam a ser pautadas por uma sobreproteção, intrusividade e controlo excessivos que não promovem a autonomia da criança e a exposição a oportunidades importantes para o desenvolvimento das suas competências sociais (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006; Hane, Cheah, Rubin, & Fox, 2008).

A persistência do comportamento inibido e socialmente retraído podem contribuir para a internalização de perceções negativas acerca dos outros e acerca de si-próprio e para o agravamento das dificuldades de relacionamento com os pares, culminando frequentemente no estabelecimento de amizades de menor qualidade, na vitimização e exclusão por parte dos pares (Rubin et al., 2018). Estas perceções negativas acerca de si-próprio e dos outros e estas dificuldades de relacionamento com os pares podem contribuir para que as crianças desenvolvam sentimentos de ansiedade social na infância média e no início da adolescência, estando, por isso, em maior risco de desenvolver perturbações de ansiedade, nomeadamente de ansiedade social (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2009).

### **Inibição Comportamental e Sintomas de Ansiedade**

A maioria da investigação existente avaliou a associação entre a IC e os sintomas de ansiedade na infância média e na adolescência. Estudos clássicos conduzidos com base na corte de Kagan e colaboradores ( $n = 41$ , cf. secção inibição comportamental em idade pré-escolar, para informações mais detalhadas) mostraram que as crianças classificadas como muito inibidas ao longo dos vários momentos de avaliação apresentavam taxas mais elevadas de múltiplas perturbações de ansiedade (mais do duas) e de perturbações fóbicas do que as crianças classificadas como desinibidas, quando avaliadas aos 7 anos  $\frac{1}{2}$  - 8 anos com base numa entrevista diagnóstica para pais (Hirshfeld, et al., 1992). Mais tarde, Hirshfeld e colaboradores (2007) verificaram, numa amostra de 215 crianças, que aquelas que eram classificadas como muito inibidas com base em procedimentos laboratoriais aos 4 e aos 6 anos apresentavam taxas mais elevadas de perturbação de ansiedade social do que as crianças classificadas como desinibidas, quando avaliadas em média aos 9.6 anos por avaliadores cegos, com recurso a entrevistas diagnósticas dirigidas a pais.

O reconhecimento da importância de uma abordagem multifatorial para a compreensão da IC (Fox et al., 2005) conduziu ao desenvolvimento de investigações longitudinais para compreender as associações entre a IC na primeira infância e os sintomas de ansiedade na

adolescência e na idade adulta (Prior, et al., 1983). Em consonância com o modelo transacional de Rubin e colaboradores (2009), a meta-análise de Clauss e Blackford (2012) baseada em sete estudos longitudinais evidenciou que a IC elevada na primeira infância (com base em avaliações laboratoriais, relatos maternos ou uma combinação de ambos) se associa a um risco sete vezes superior de desenvolver perturbação de ansiedade social futuras. Este estudo apontou ainda que 15% das crianças apresentam IC extrema, sendo que, em idade mais avançada, quase metade destas acabarão por desenvolver perturbações de ansiedade social.

Mais recentemente, a meta-análise de Sandstrom, Uher e Pavlova (2020) procurou examinar as associações entre a IC na primeira infância e todos os subtipos de perturbações de ansiedade futura (perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade generalizada, fobia específica e perturbação de ansiedade de separação), quantificando a força destas associações. Com base em 27 estudos longitudinais, estes autores concluíram que a IC na primeira infância (avaliada em média aos 3.61 anos) triplica a probabilidade de desenvolver uma perturbação de ansiedade subsequente (avaliada em média aos 10.39 anos). Embora a meta-análise de Sandstrom e colaboradores (2020) tenha evidenciado associações positivas entre a IC e todas as perturbações de ansiedade, o tamanho do efeito entre estas associações variou de pequeno no caso da fobia específica a grande no caso da perturbação de ansiedade social.

São menos os estudos que examinam as associações entre a inibição comportamental e a sintomatologia ansiosa em idade pré-escolar. No entanto, aprofundar a natureza destas associações é importante, devido à neuroplasticidade precoce (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002) e ao potencial para minimizar níveis de sofrimento e invalidação mais significativos (Rapee, 2002) que tornam a idade pré-escolar um período ótimo para a intervenção.

De facto, a ansiedade e o medo estão presentes no desenvolvimento humano desde tenra idade, como podemos observar na *Tabela 1*, naturalmente estes têm uma função adaptativa e mobilizadora (Teixeira, 2005, p.132), uma vez que o mecanismo de uma ameaça percebida permite a execução rápida de resposta a qual cumpre a função protetora do indivíduo perante um perigo ou ameaça percebida (Baptista, Carvalho, & Lory, 2005), assim e segundo o DSM-V, o medo é a resposta emocional, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura (American Psychiatric Association, 2014, p.189); este mecanismo desenvolvido de uma forma patológica origina perturbações a nível da ansiedade (Cunha, 2006).

Tabela 1.

*Sumário de Dados Relevantes do Desenvolvimento e Hipotética Relação com as Perturbações de Ansiedade.*

<b>Idade</b>	<b>Dados do desenvolvimento</b>	<b>Preocupações e medos comuns</b>	<b>Associação com as perturbações de ansiedade</b>
<b>0-6 meses</b>	Regulação biológica.	Resposta de alerta a estímulos ruidosos ou perda de apoio.	Reatividade elevada; Regulação baixa.
<b>6-18 meses</b>	Permanência do objeto; Formação das relações de vinculação.	Medo de pessoas e situações estranhas; Ansiedade de separação.	Inibição comportamental; Timidez receosa; Vinculação insegura.
<b>2-3 anos</b>	Exploração do mundo objeto material; Individuação e autonomia.	Medo de animais.	Fobia animal.
<b>3-6 anos</b>	Auto-confiança; Iniciativa; Desenvolvimento do pensamento e representação simbólica.	Medo do escuro, criaturas imaginárias, tempestades e perda da figura prestadora de cuidados.	Perturbação de ansiedade de separação; Timidez por consciência de si mesmo.
<b>6 – 10 anos</b>	Sentido de dinamismo ou competência; Ajustamento à escola.	Preocupações com ferimentos, perigo físico e escola.	Perturbação de hiper-ansiedade; Perturbação de ansiedade generalizada.

Nota. Fonte: Cunha, M. (2006). Ansiedade e perturbações de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão teórica. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*,6(10), p. 80.

Na idade pré-escolar, comumente existem padrões de comportamento que podem associar-se a alguns critérios de diagnóstico de perturbações de ansiedade, tal observamos na *Tabela 1*, desde fobias específicas à perturbação de ansiedade social, contudo, segundo Almeida & Viana (2013) “não existem muitas evidências empíricas em populações de idade pré-escolar, as quais demonstrem conclusivamente que essas manifestações” (p.472). A revisão de Whalen, Sylvester, & Luby (2017) mostrou que a maioria da evidência empírica sobre o tema evidenciou que a sintomatologia ansiosa em idade pré-escolar se agrupa em quatro subtipos: ansiedade de separação (medo excessivo de se separar dos cuidadores), a ansiedade social (medo excessivo

da avaliação social negativa), a ansiedade generalizada (antecipação ansiosa excessiva de acontecimentos futuros) e a fobia específica (medo excessivo de estímulos específicos, como cães e alturas) tem sido reconhecidos como a sintomatologia mais comum em idade pré-escolar.

A maioria dos estudos existentes analisou a relação entre a IC e os sintomas de ansiedade em idade pré-escolar, operacionalizando a IC como um constructo unidimensional. Por exemplo, Shamir-Essahow, Ungerer e Rapee (2005) avaliaram 104 crianças dos 36 aos 59 meses classificadas em dois grupos extremos (inibidas vs. desinibidas), com base na observação do seu comportamento em contexto laboratorial (seguindo os procedimentos de Kagan e colaboradores) e nos relatos maternos acerca do temperamento da criança, designadamente dos seus comportamentos percebidos de aproximação social. Os resultados evidenciaram que as crianças classificadas como inibidas apresentavam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa (avaliada com recurso a uma entrevista diagnóstica dirigida às mães) por comparação com as crianças desinibidas.

Mais recentemente, Vreeke, Muris, Mayer, Huijding e Rapee (2013) avaliaram as perceções de 168 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos acerca da IC e da sintomatologia ansiosa dos seus filhos. Este estudo mostrou associações positivas entre a IC e os sintomas de ansiedade, embora estas fossem de magnitude mais forte entre a IC e os sintomas de ansiedade social. Numa amostra de 541 pais de crianças de três anos, Dougherty e colaboradores (2013) avaliaram a presença de diagnóstico de perturbação de ansiedade com base numa entrevista diagnóstica dirigida aos pais e a IC com base num procedimento de observação laboratorial (i.e., exposição a um objeto novo e a um estranho). Estes autores também verificaram que a presença de uma perturbação de ansiedade em idade pré-escolar se associa a níveis mais elevados de IC. Numa amostra comunitária portuguesa, Fernandes, Santa-Rita, Martins e Faísca (2019) avaliaram as perceções de 555 progenitores (308 mães, 247 pais) de crianças de idade pré-escolar (2-6 anos) acerca da IC e da ansiedade dos seus filhos. Os resultados desta investigação evidenciaram também a existência de associações positivas significativas entre a IC e a ansiedade social em idade pré-escolar.

Do nosso conhecimento, apenas o estudo de Putnam e Stifter (2005) examinou a presença de diferenças significativas nos problemas de internalização (i.e., englobando a ansiedade, isolamento social e depressão) entre diferentes subgrupos de crianças de 24 meses, identificados com base nos seus níveis de afeto positivo/negativo e de aproximação/evitamento perante uma situação laboratorial estandardizada. Este estudo mostrou que as crianças classificadas como inibidas e muito inibidas eram percecionadas pelos pais como tendo mais problemas de internalização por comparação com as crianças menos reativas.

Apesar da inibição comportamental ser um conceito multidimensional e da sua intensidade poder variar em diferentes contextos (i.e., sociais vs. não-sociais; Bishop et al., 2003), poucos estudos procuraram identificar diferentes perfis de comportamento inibido em crianças de idade pré-escolar e explorar se estes diferentes perfis influenciam os problemas de ansiedade, de forma específica. De facto, o estudo de Dyson e colaboradores (2011) testou a hipótese de que a IC social e a IC não-social se associam a diferentes tipos de sintomas de ansiedade. Neste estudo, 559 crianças de idade pré-escolar (idade média = 3.5 anos) e os seus pais participaram numa avaliação laboratorial de duas horas e meia. Durante esta visita, a IC das crianças foi observada com base em três situações estruturadas de laboratório (situação de risco mínimo, aproximação de um estranho e exploração de novos objetos). Os pais foram convidados a participar numa entrevista diagnóstica para avaliação da sintomatologia ansiosa. Os resultados evidenciaram que, quer a IC social, quer a IC não social, se associavam significativamente com relatos parentais de medo infantil. Porém, a IC social apenas demonstrou associações significativas com sintomas de ansiedade social e de ansiedade de separação. Por sua vez, a IC não-social apenas evidenciou associações significativas com sintomas de fobia específica.

Face às lacunas identificadas na literatura, são necessários estudos que enriqueçam conhecimento sobre uma população específica, pré-escolar, colmatando a escassez de estudos sobre esta (Almeida & Viana, 2013) e as limitações metodológicas que estão inerentes aos estudos em idade pré-escolar, nomeadamente o foco frequente em grupos extremos (crianças inibidas vs. desinibidas) e a operacionalização da IC como um constructo unitário, sem atender aos múltiplos contextos (sociais vs. não-sociais) em que se pode manifestar.

## **O Presente Estudo**

Assim, o presente estudo teve como objetivos (1) identificar diferentes perfis de comportamento inibido numa amostra comunitária crianças de idade pré-escolar, com base numa medida multidimensional de relato parental que avalia os contextos sociais (exposição a adultos desconhecidos, a pares e a situações de desempenho) e não-sociais (exposição a situações novas, separação dos cuidadores e desafios físicos) em que este tipo de comportamento se pode manifestar e (2) comparar os sintomas de ansiedade (ansiedade de separação, ansiedade generalizada, ansiedade social, fobias específicas) destes diferentes perfis de comportamento inibido em crianças de idade pré-escolar.

Os estudos empíricos anteriores que incidiram na identificação de diferentes subgrupos de crianças em amostras comunitárias, com base nas múltiplas dimensões de IC observadas em contexto laboratorial (Dollar, Stifter, & Buss, 2017; Putnam & Stifter, 2005) levam-nos a estabelecer como **primeira hipótese de investigação (H1)** que o nosso estudo permitirá identificar três perfis de crianças, com base nos relatos maternos: crianças com níveis elevados de IC que apresentarão níveis mais elevados de retraimento, medo e evitamento perante a exposição a contextos sociais (adultos desconhecidos, pares, situações de desempenho) e não-sociais (situações novas, separação dos cuidadores, desafios físicos com risco mínimo); crianças com níveis médios de IC que apresentarão níveis médios de retraimento, medo e evitamento perante a exposição a contextos sociais (adultos desconhecidos, pares, situações de desempenho) e não-sociais (situações novas, separação dos cuidadores, desafios físicos com risco mínimo) em relação àqueles que foram observados na população portuguesa; e crianças com níveis reduzidos de IC que apresentarão níveis mais baixos de retraimento, medo e evitamento perante a exposição a contextos sociais (adultos desconhecidos, pares, situações de desempenho) e não-sociais (situações novas, separação dos cuidadores, desafios físicos com risco mínimo) em relação àqueles que foram observados na população portuguesa.

Por outro lado, a evidência empírica existente sobre as associações entre a IC e os sintomas de ansiedade (Shamir-Essakow et al., 2005; Dougherty et al., 2015; Vreeke et al., 2013) leva-nos a estabelecer como **segunda hipótese de investigação (H2)** que as crianças identificadas como tendo um perfil caracterizado por níveis elevados de IC apresentarão mais sintomas de ansiedade, avaliados com base no relato materno, por comparação com as crianças que serão identificadas como tendo perfis caracterizados por níveis médios e reduzidos de IC. Com base na literatura (Fernandes et al., 2019; Vreeke et al., 2013), esperamos ainda que estas diferenças entre os vários perfis de crianças sejam de maior magnitude ao nível dos sintomas de ansiedade social.

## **Método**

### **Delineamento do Estudo e Identificação das Variáveis Sob Estudo**

Tratou-se de um estudo quantitativo, correlacional, avaliadas num único momento, por isso transversal. As variáveis foram duas: a perceção parental acerca do comportamento inibido;

e a percepção parental acerca dos sintomas de ansiedade. O comportamento inibido pode ser definida como a percepção por parte dos pais acerca de uma tendência comportamental, caracterizada por reticência/retirada silenciosa, cautela e baixas taxas de aproximação durante a exposição a pessoas, bem como situações e objetos/atividades novos ou com os quais a criança não tem familiaridade (García-Coll, Kagan, & Reznick, 1984). No nosso estudo, esta variável foi medida através do questionário de autorresposta *Behavioral Inhibition Questionnaire* (BIQ) – Versão Pais que se encontra detalhadamente descrito na seção Instrumentos.

De acordo com a DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), os sintomas de ansiedade são decorrentes de uma expectativa apreensiva, uma vez que a ansiedade remete para a antecipação de ameaça futura. No caso das crianças, o estabelecimento de um diagnóstico de perturbação de ansiedade exige apenas um dos seguintes itens: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). As perturbações de ansiedade podem manifestar-se sob a forma de ansiedade generalizada, ansiedade social, ansiedade de separação, perturbação obsessivo-compulsiva e perturbação de stress pós-traumático; existem outras perturbações ligadas à ansiedade, contudo, as mencionadas são comumente, quando existem, relacionadas com a infância (Almeida & Viana, 2013; American Psychiatric Association, 2014, p.223). Em idade pré-escolar, a revisão da literatura empírica conduzida por Whalen e colaboradores (2017) demonstrou que os sintomas de ansiedade mais comuns podem agrupar-se em quatro subtipos: a ansiedade de separação (medo excessivo de se separar dos cuidadores), a ansiedade social (medo excessivo da avaliação social negativa), a ansiedade generalizada (antecipação ansiosa excessiva de acontecimentos futuros) e a fobia específica (medo excessivo de estímulos específicos, como cães e alturas). São estes quatro subtipos de sintomas de ansiedade que serão considerados no presente estudo. Os mesmos serão avaliados através do questionário de autorresposta *Preschool Anxiety Questionnaire* (PAS) – Versão Pais que se encontra detalhadamente descrito na seção instrumentos.

## **Participantes**

Cento e oito ( $N = 108$ ) mães de crianças de idade pré-escolar, residentes na região da Grande Lisboa, participaram no estudo. Como critérios de inclusão, foi tido em conta: (1) idade da criança, compreendida entre os 3 e os 6 anos; e (2) capacidade dos pais em ler e compreender

o português. Foram excluídos os pais que identificaram a existência de um diagnóstico de perturbação do espectro do autismo ou de outra perturbação do desenvolvimento nos(as) seus (suas) filhos(as).

As mães selecionadas tinham, em média, 37.84 anos ( $DP = 4.79$ , Amplitude: 22-50 anos). A maioria das mães era casada/unida de facto ( $n = 93$ , 86%), tinham habilitações superiores ( $n = 81$ , 75%) e encontravam-se a trabalhar ( $n = 99$ , 92%).

As crianças tinham, em média, 53.79 meses ( $DP = 10.84$ , Amplitude: 36-72 meses). A proporção de crianças do sexo masculino ( $n = 58$ , 54%) e do sexo feminino ( $n = 50$ , 46%) era aproximadamente equivalente. A maioria das crianças era primogénita ( $n = 72$ , 67%) e tinha irmãos ( $n = 72$ , 67%).

## **Instrumentos**

### ***Behavioral Inhibition Questionnaire (BIQ) – Versão Pais***

O BIQ (Bishop, et al., 2003), versão portuguesa (Bishop et al., 2003; Fernandes, Santa-Rita, Martins, & Faísca, 2017), é um questionário de autorresposta destinado a pais de crianças de idade pré-escolar que avalia a sua perceção acerca da frequência de inibição comportamental dos(as) seus(suas) filhos(as) em seis contextos, subdivididos em dois domínios: novidade social (adultos desconhecidos, pares e desempenho diante de outros) e novidade situacional (situações desconhecidas, separação/pré-escola e desafios físicos). A escala da versão parental, utilizada no presente estudo é composta por 30 itens. Para cada item, é solicitado aos participantes para responderem com base numa escala de Likert de 7 pontos, variando de 1 (*Quase Nunca*) a 7 (*Quase Sempre*), sendo que os itens 2-3, 5-7, 9-11, 13-16, 19, 23-24, 26 e 29-30 foram invertidos. Os resultados parciais de cada uma das subescalas (referente aos seis contextos e aos dois domínios) e para a escala total calculam-se pela média das respostas aos itens. Valores médios mais elevados indicam que os pais percecionam uma maior frequência de inibição comportamental nos diferentes contextos considerados. Os estudos psicométricos nacionais foram abonatórios de uma boa consistência interna da escala (alfa de Cronbach para o score total: .91) revelando-se um ótimo instrumento para a avaliação do comportamento inibido, em alternativa às avaliações laboratoriais (Fernandes et al., 2017). Possui características particularmente convidativas, uma vez que é um instrumento económico, simples, rápido de administrar e cotar (Bishop, et al., 2003)

## ***Preschool Anxiety Questionnaire (PAS) – Versão Pais***

O PAS (Spence, Rapee, McDonald, & Ingram, 2001; Almeida & Viana, 2013) é um questionário dirigido aos pais que avalia a sua perceção acerca dos problemas relacionados com cinco tipos de perturbações de ansiedade: ansiedade generalizada, ansiedade social, ansiedade de separação, medo de dano físico e perturbação obsessivo-compulsiva. Seis itens adicionais avaliam a presença de sintomas de perturbação de stresse pós-traumático. A escala versão parental, utilizada no presente estudo é composta por 28 itens. A resposta a cada item é dada numa escala tipo Likert de 4 pontos, variando de 0 (*Nunca*) a 4 (*Sempre*). Os resultados parciais e o resultado global calculam-se pelo somatório das respostas aos itens (Almeida & Viana, 2013). Os estudos psicométricos nacionais foram abonatórios de uma boa consistência interna do score total da escala (alfa de Cronbach: .88) e de uma consistência interna satisfatória para as subescalas, variando desde 0.63 para a perturbação obsessiva a 0.73 para o medo do dano físico (Almeida & Viana, 2013). No presente estudo, utilizamos apenas as subescalas de ansiedade generalizada, ansiedade social, ansiedade de separação e medo de dano físico (i.e., medo em relação a estímulos específicos) que foram identificados como os sintomas de ansiedade mais comuns em idade pré-escolar (Whalen et al., 2017).

## **Procedimento**

Este estudo enquadrou-se num projeto de investigação mais vasto intitulado "*Adaptação para Portugal, implementação e avaliação preliminar da efetividade do Programa da Tartaruga*", aprovado pela Comissão de Ética do ISPA – Instituto Universitário.

A recolha de dados do presente estudo ocorreu entre janeiro de 2018 e abril de 2020. Por um lado, a recolha de dados foi efetuada através de um procedimento *online*, utilizado para o despiste das crianças elegíveis para integrar um programa de intervenção baseado na evidência dirigido à inibição comportamental em idade pré-escolar (*Programa da Tartaruga*), originalmente desenvolvido nos EUA (Chronis-Tuscano, et al., 2015) e adaptado para a população portuguesa. Neste procedimento online, os dados foram recolhidos através da plataforma Qualtrics. O link para a versão online do consentimento informado e dos questionários utilizados no presente estudo foi enviado aos pais que manifestaram diretamente interesse em participar no *Programa da Tartaruga* por e-mail e divulgado no Facebook e em

fóruns parentais. No consentimento informado, os participantes eram informados dos objetivos do estudo, do papel dos participantes e dos investigadores e assegurado o carácter voluntário e confidencial da participação. Caso consentissem com as condições de participação no estudo, os participantes acediam aos questionários de autorresposta atrás descritos.

Paralelamente, a recolha de dados decorreu ainda no Centro Social Paroquial da Penha de França. Inicialmente, foi solicitada a autorização ao Diretor do Centro Social e Paroquial da Penha de França para a realização do estudo, com a explanação do mesmo e em anexo dos questionários e instrumentos a utilizar tendo sido salvaguardados a confidencialidade dos dados recolhidos e a livre participação. Após a aprovação do estudo, procedemos à entrega do consentimento informado e dos questionários utilizados num envelope fechado para cada participante, no horário considerado mais adequado pela direção, de modo a garantir a menor interferência dos procedimentos do estudo na instituição de acolhimento. Todos os questionários foram identificados por um código, apenas conhecido pela equipa de investigação. Após o preenchimento e devolução dos questionários por cada participante no envelope fechado facultado para o efeito, procedemos à recolha dos mesmos na instituição de acolhimento.

Tendo em conta as restrições impostas pela pandemia de COVID-19 para a recolha de dados presencial em estabelecimentos de ensino pré-escolar, recorremos ainda a outro procedimento complementar de recolha de dados online em amostra comunitária. Este procedimento distinguiu-se daquele que foi utilizado para o despiste das crianças elegíveis para integrar o *Programa da Tartaruga*. De facto, a divulgação do link para a versão online do consentimento informado e dos questionários online salientou o objetivo do estudo que fundamenta a presente dissertação – identificar diferentes perfis de comportamento inibido e a sua associação com os sintomas de ansiedade em idade pré-escolar (i.e., sem referência ao Programa da Tartaruga). O link para a versão online do consentimento informado e dos questionários utilizados no presente estudo foi divulgado no Facebook. No consentimento informado, os participantes foram informados dos objetivos do estudo, do papel dos participantes e dos investigadores e foi assegurado o carácter voluntário e confidencial da participação. Caso consentissem com as condições de participação no estudo, os participantes acediam aos questionários de autorresposta atrás descritos. Cinquenta participantes (46%) foram recrutados no âmbito do projeto Programa da Tartaruga – projeto de investigação-ação que tem como objetivo adaptar e avaliar a efetividade de um programa de intervenção destinado a pais e crianças muito inibidas de idade pré-escolar. Oitenta e um por cento (81%) dos participantes ( $n = 87$ ) foram recrutados através de procedimentos de recolha online.

## Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o IBM SPSS Statistics, versão 25. Para a caracterização sociodemográfica dos participantes, foram utilizadas estatísticas descritivas: médias e desvios-padrões para as variáveis contínuas; frequências e percentagens para as variáveis categoriais. As associações entre as variáveis sob estudo foram exploradas através de correlações de Pearson.

A identificação dos diferentes perfis de crianças, com base nas dimensões de comportamentos de inibição foi realizada através de um procedimento de agrupamento composto por duas fases (Hair & Black, 2000). Foi conduzida uma análise de clusters hierárquica para obter a solução inicial, utilizando a distância euclidiana para avaliar a distância entre as observações individuais e o método de Ward para constituir os clusters. A solução foi selecionada com base nas distâncias reescaladas no dendograma da análise de clusters hierárquica, na percentagem de mudança em cada passo da análise de clusters e em critérios conceituais. De seguida, foi aplicado um método de agrupamento não-hierárquico (k-means) para otimizar a distribuição dos participantes em cada cluster.

A comparação dos diferentes perfis de crianças identificados no que se refere às características sociodemográficas foi realizado com base em testes *t* de Student (para as variáveis contínuas) e testes de qui-quadrado (para as variáveis nominais).

Devido à violação da homogeneidade da matriz de covariâncias avaliada através do teste de Box, foi conduzida uma MANOVA não-paramétrica (Marôco, 2013) para examinar a existência de diferenças entre os perfis de crianças identificados ao nível das dimensões de comportamentos de inibição e nas dimensões de sintomatologia ansiosa. Na presença de um efeito multivariado, foram conduzidas ANOVAs de Kruskal-Wallis para averiguar as dimensões de comportamentos de inibição e de sintomas de ansiedade (à exceção dos sintomas obsessivo-compulsivos que não foram considerados, devido ao  $\alpha = .57$  e a não terem sido reportados na literatura e de stress pós-traumático que não tiveram expressão na nossa amostra) em que são observadas diferenças estatisticamente significativas entre os perfis identificados. O nível de significância considerado foi  $p < .05$ .

## Resultados

### Caracterização da Inibição Comportamental e Sintomas de Ansiedade na Amostra

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas da inibição comportamental e sintomas de ansiedade na amostra. No que se refere à IC, as estatísticas descritivas mostram a presença de valores médios mais elevados nas dimensões de adultos e pares e valores médios mais baixos na dimensão de desafios físicos. No que se refere aos sintomas de ansiedade, os valores médios foram mais elevados nas dimensões de sintomas de ansiedade social e mais baixos na dimensão de ansiedade geral.

Tabela 2.

*Estatísticas Descritivas (Médias e Desvios-Padrão) da Inibição Comportamental e dos Sintomas de Ansiedade na Amostra*

	<i>M (DP)</i>
Inibição comportamental – Total	3.88 (1.09)
Adultos	4.18 (1.48)
Pares	4.07 (1.55)
Situações de desempenho	3.87 (1.32)
Situações novas	3.83 (1.54)
Separação	3.91 (1.23)
Desafios físicos	3.31 (1.15)
Sintomas de ansiedade – Total	32.73 (15.16)
Geral	6.00 (3.56)
Social	9.49 (5.11)
Separação	6.11 (3.65)
Danos	8.26 (4.41)

No que se refere à IC, a Tabela 2 evidencia que os valores médios foram mais elevados nas dimensões de novidade social relacionadas com a exposição a adultos, ao passo que os valores médios mais baixos foram observados na dimensão de desafios físicos com risco mínimo.

No que se refere aos sintomas de ansiedade, observamos que os valores totais de sintomas de ansiedade social foram os mais elevados, enquanto os valores totais de sintomas de ansiedade geral foram os mais baixos.

### Associações entre as Dimensões de Inibição Comportamental e os Sintomas de Ansiedade

A Tabela 3 apresenta a matriz de correlações entre as dimensões de inibição comportamental e os sintomas de ansiedade. No que se refere à inibição comportamental, as correlações positivas mais fortes foram observadas entre a IC total e a dimensão situações novas. As correlações positivas mais fracas foram observadas entre as dimensões de desafio físico e de separação. No que se refere aos sintomas de ansiedade, as correlações positivas mais fortes foram observadas entre os sintomas de ansiedade total e os sintomas de ansiedade geral.

No que se refere às associações entre IC e sintomas de ansiedade, as correlações positivas mais fortes foram observadas entre IC total e os sintomas de ansiedade social. As correlações mais fracas foram observadas entre IC total e os sintomas de ansiedade de separação.

Tabela 3.

*Correlações entre as Dimensões de Inibição Comportamental e Sintomas de Ansiedade*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
(1) IC – Total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(2) Adultos	.82**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(3) Pares	.87**	.62**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(4) Situações de desempenho	.74**	.57**	.61**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(5) Situações novas	.94**	.75**	.77**	.64**	-	-	-	-	-	-	-	-
(6) Separação	.74**	.59**	.56**	.48**	.64**	-	-	-	-	-	-	-
(7) Desafios físicos	.45**	.28**	.28**	.15	.45**	.11	-	-	-	-	-	-
(8) Sintomas de ansiedade – Total	.50**	.40**	.42**	.35**	.51**	.30**	.27**	-	-	-	-	-
(9) Geral	.41**	.36**	.33**	.22*	.42**	.26**	.29**	.81**	-	-	-	-
(10) Social	.68**	.66**	.66**	.57**	.68**	.34**	.22*	.74**	.51**	-	-	-
(11) Separação	.24**	.21*	.15	.16	.25*	.23*	.13	.81**	.56**	.45**	-	-
(12) Danos	.29**	.21*	.21*	.18	.31*	.17	.29**	.78**	.56**	.36**	.59**	-

\*\*p < .01, \*p < .05.

## Identificação dos Diferentes Perfis de Criança

Foram identificados dois perfis de crianças, com base nas dimensões de comportamento de inibição: Perfil 1 – *Crianças com Níveis Elevados de Inibição* ( $n = 47$ ); e Perfil 2 – *Crianças com Níveis Médios de Inibição* ( $n = 61$ ).

## Comparação dos Perfis Identificados no que se refere às Características Sociodemográficas

A Tabela 4 mostra-nos que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre as *Crianças com Níveis Elevados de Inibição* (Perfil 1) e as *Crianças com Níveis Médios de Inibição* (Perfil 2) no que se refere às características sociodemográficas.

Tabela 4.

*Comparação da Crianças com Níveis Elevados de Inibição (Perfil 1) e as Crianças com Níveis Médios de Inibição (Perfil 2) no que se refere às características sociodemográficas*

	Perfil 1 – Níveis Elevados de Inibição ( $n = 47$ )	Perfil 2 – Níveis Médios de Inibição ( $n = 61$ )	Testes de comparação de médias e proporções	
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Idade (em meses)	55.45 (1.54)	52.51 (1.40)	1.41	.16
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	$X^2$	<i>p</i>
Sexo			0.01	.54
Masculino	25 (53)	33 (54)		
Feminino	22 (46)	28 (47)		

## Comparação dos Perfis Identificados no que se refere aos Comportamentos de Inibição

A MANOVA não-paramétrica revelou a presença de um efeito multivariado significativo entre os dois perfis de crianças no que se refere às dimensões de comportamento de inibição, Pillai's Trace = 0.96,  $\chi^2(6) = 102.72$ ,  $p < .001$ . Como observado na Tabela 5, as ANOVAs de Kruskal-Wallis revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as *Crianças com Níveis Elevados de Inibição* (Perfil 1) e as *Crianças com*

*Níveis Médios de Inibição* (Perfil 2) em todas as dimensões de comportamento de inibição. Especificamente, as *Crianças com Níveis Elevados de Inibição* (Perfil 1) evidenciaram níveis significativamente mais elevados nas dimensões de adultos, pares, performance, situações novas, separação e desafios físicos por comparação com as *Crianças com Níveis Médios de Inibição* (Perfil 2).

Tabela 5.

*Comparação das Dimensões de Comportamentos de Inibição nas Crianças com Inibição Comportamental Elevada e Média*

		Perfil 1 – Níveis Elevados de Inibição ( <i>n</i> = 47)	Perfil 2 – Níveis Médios de Inibição ( <i>n</i> = 61)	ANOVAs Kruskal-Wallis	
	$\alpha$	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	$\chi^2$	<i>p</i>
Adultos	.84	5.29 (1.08)	3.33 (1.13)	49.10	< .001
Pares	.81	5.44 (0.98)	3.01 (0.96)	67.15	< .001
Performance	.74	4.86 (1.02)	3.11 (0.99)	49.35	< .001
Situações Novas	.89	4.99 (0.78)	3.07 (0.77)	43.14	< .001
Separação	.84	4.90 (1.24)	3.00 (1.21)	68.14	< .001
Desafios Físicos	.66	3.73 (1.28)	2.98 (0.91)	13.24	< .001

Porém, observamos que a magnitude das diferenças entre os dois perfis no que se refere aos valores médios das diferentes dimensões de IC é maior para a exposição a pares e a situações de separação dos cuidadores e mais reduzida para a exposição a desafios físicos com risco mínimo.

### **Comparação dos Perfis Identificados no que se refere à Sintomatologia Ansiosa**

A MANOVA não-paramétrica evidenciou a presença de um efeito multivariado significativo entre os dois perfis de crianças no que se refere às dimensões dos sintomas de ansiedade, Pillai's Trace = 0.90,  $\chi^2(4) = 96.3$ ,  $p < .001$ . A *Tabela 6* mostra que as ANOVAs de Kruskal-Wallis revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as *Crianças com Níveis Elevados de Inibição* (Perfil 1) e as *Crianças com Níveis Médios de Inibição* (Perfil 2) nas dimensões de sintomas de ansiedade geral, de ansiedade social e de medo

de danos. Especificamente, as *Crianças com Níveis Elevados de Inibição* evidenciaram mais sintomas de ansiedade geral, ansiedade social e medo de danos comparativamente com as *Crianças com Níveis Médios de Inibição*.

Tabela 6.

*Comparação da Dimensões de Sintomas de Ansiedade das Crianças com Inibição Comportamental Elevada e Média*

	$\alpha$	Perfil 1 – Níveis Elevados de Inibição ( $n = 47$ )	Perfil 2 – Níveis Médios de Inibição ( $n = 61$ )	ANOVAs Kruskal-Wallis	
		$M$ ( $DP$ )	$M$ ( $DP$ )	$X^2$	$p$
Geral	.81	7.40 (0.56)	4.92 (0.37)	11.10	.001
Social	.85	13.69 (0.66)	6.26 (0.33)	55.98	< .001
Danos	.66	9.19 (0.71)	7.54 (0.50)	3.89	.048
Separação	.67	7.02 (0.58)	5.41 (0.42)	3.54	.060

A Tabela 6 mostra-nos que a magnitude das diferenças observadas entre os dois perfis no que se refere às diferentes dimensões de sintomas de ansiedade foi maior para a ansiedade social e menor para o medo de danos.

## Discussão

Este estudo teve como objetivos identificar diferentes perfis de comportamento inibido numa amostra comunitária crianças de idade pré-escolar e comparar os sintomas de ansiedade destes diferentes perfis de comportamento inibido em crianças de idade pré-escolar, com base nos relatos maternos. Os nossos resultados conduziram à identificação de dois perfis de crianças – crianças com níveis elevados e com médios de IC. As crianças identificadas como pertencentes ao subgrupo com níveis elevados de IC foram percecionadas pelas mães como tendo mais sintomas de ansiedade generalizada, ansiedade social e relacionados com o medo de danos do que as crianças pertencentes ao subgrupo com níveis médios de IC.

No que se refere ao nosso **primeiro objetivo**, a análise preliminar dos valores médios das diferentes dimensões de IC na globalidade da nossa amostra mostra-nos que estes são mais elevados para os domínios de exposição a adultos e que são mais baixos para o domínio de desafios físicos. Estes resultados apresentam semelhanças em relação àqueles que foram

encontrados na investigação de Fernandes e colaboradores (2017) numa amostra comunitária de pais portugueses de crianças dos 2 aos 6 anos. De facto, Fernandes e colaboradores (2017) também observaram valores médios mais elevados na dimensão de adultos e valores médios mais baixos na dimensão de desafios físicos. No entanto, esta investigação apontou para valores médios globalmente mais baixos em todas as dimensões de IC do que aqueles que observámos na nossa amostra. Estas diferenças podem relacionar-se com vários fatores. Em primeiro lugar, não podemos ignorar que 46% da amostra do presente estudo foi recrutada no âmbito dos procedimentos de despiste de IC elevada em idade pré-escolar de um projeto de investigação-ação (*Programa da Tartaruga*). Tal pode ter conduzido a uma sobre-representação de níveis mais elevados de IC na nossa amostra. Além disso, a amostra de Fernandes e colaboradores (2017) incidiu não apenas sobre os relatos maternos, mas também sobre os relatos paternos relativamente a crianças que tinham, em média, 4 anos de idade.

A investigação anterior mostrou diferenças nos relatos de mães e pais em relação a IC, designadamente Bishop e colaboradores (2003) encontrou no relato dos pais (homens) um menor nível de concordância com as classificações dos professores em comparação com o relato da mãe, sugerindo que estes parecem menos sensíveis às características de IC dos filhos. Tal poderá estar relacionado com questões culturais: a tradicional atribuição de papéis relacionados com o sexo do indivíduo, resulta que seja a mulher a quem seja atribuída a principal responsabilidade de cuidar dos filhos (OCDE, 2016). Existe evidência no nosso estudo e em outros (por exemplo Bishop, et al., 2003; Kim, et al., 2001) que o preenchimento dos questionários requeridos ao casal parental é feito maioritariamente pelas mães. Assim, Bishop e colaboradores (2003) sugeriram que é possível que os pais (homens) observem com menos frequência as suas crianças em situações que desencadeiam IC do que mães ou até professores. Por outro lado, os resultados de Bishop e colaboradores mostrou também que a convergência entre os relatos paternos sobre a IC e as observações realizadas em laboratório por investigadores treinados se verificam sobretudo em relação a características não-verbais, como o contato visual ao invés de aspetos verbais, como latência de iniciação, número de solicitações necessárias e frequência de discurso. Neste estudo, a convergência do relato materno com as observações realizadas em laboratório por investigadores treinados verificou-se em relação quer a características verbais, quer a características não-verbais. Os estudos clássicos liderados por Kagan também mostraram correlações elevadas entre relatos maternos de temperamento inibido e medidas comportamentais e fisiológicas de IC (García-Coll et al., 1984).

Por outro lado, a análise preliminar das associações entre os domínios sociais e não-sociais de IC utilizados para a constituição dos subgrupos de crianças revelaram ser moderadas a fortes, à exceção daquelas que foram observadas com a dimensão de desafios físicos com risco mínimo. Como evidenciado na investigação anterior com amostras de pais australianos (Bishop et al., 2003), holandeses (Broeren & Murris, 2010), americanos (Kim et al., 2011) e israelitas (Mernick et al., 2018), as associações da dimensão de desafios físicos com risco físico as restantes revelaram ser fracas na nossa amostra comunitária. De acordo com Broeren e Muris (2010), tal pode ser explicado pelo facto de a dimensão de desafios físicos avaliar aspetos que não se relacionam tanto com questões sociais como as restantes dimensões ou pelo facto deste tipo de comportamentos poder ocorrer com menos frequência por comparação com as restantes dimensões avaliadas pelo *Behavioral Inhibition Questionnaire*. A média de idades (i.e., 53.70 meses) na nossa amostra também pode ter influenciado os resultados obtidos. De facto, Broeren e Muris (2010) verificaram que as crianças mais velhas (12-15 anos) apresentavam pontuações de inibição mais elevadas em situações de desafio físico do que as crianças mais novas (4-7 e 8-11 anos). No mesmo sentido, a tabela 1 (Warren & Sroufe, 2004) mostra-nos que a criança começa a ter preocupações com ferimentos e perigo físico a partir dos 6 anos.

De forma geral, os nossos resultados **corroboraram parcialmente a nossa primeira hipótese de investigação (H1)** que previa a identificação de três perfis de comportamento inibido, com base nos relatos maternos: crianças com níveis elevados, médios e reduzidos de IC. Embora não tenhamos identificado três subgrupos de crianças no nosso estudo, observámos semelhanças em relação à investigação existente no que se refere à natureza dos dois perfis de comportamento inibido identificados (e.g., Dollar et al., 2017; Putnam & Stifter, 2005) – um subgrupo de crianças com níveis elevados e um subgrupo de crianças com níveis médios de IC, com base no relato materno. Estes subgrupos de crianças identificados no nosso estudo revelaram distinguir-se em relação a todos os domínios sociais e não-sociais em que a IC se pode manifestar, mas não se diferenciaram significativamente relativamente à idade e ao sexo.

Por um lado, identificámos um subgrupo de crianças com níveis elevados de IC percebida pelas mães (perfil 1) que evidenciaram níveis mais elevados de retraimento, medo e evitamento perante a exposição, quer a contextos sociais (adultos desconhecidos, pares, situações de desempenho), quer a contextos não-sociais (situações novas, separação dos cuidadores, desafios físicos com risco mínimo) por comparação com o subgrupo de crianças com níveis médios de IC. Este primeiro subgrupo de crianças parece apresentar características semelhantes às descritas nos estudos laboratoriais clássicos conduzidos pela equipa de Kagan

e colaboradores, nomeadamente um longo tempo de latência na interação com adultos desconhecidos e a inibição acentuada frente a uma pessoa ou objeto desconhecido. Estes resultados sugerem que os níveis mais acentuados de retraimento, medo e evitamento perante a novidade social e situacional são igualmente percebidos pelas mães nos contextos do dia-a-dia. Tal é consistente com o estudo de Bishop e colaboradores (2003) que demonstrou a convergência entre os relatos maternos e as observações realizadas por especialistas em contexto laboratorial para as crianças que apresentam níveis mais extremos de IC.

Por outro lado, identificámos um segundo subgrupo de crianças que demonstrou níveis médios de retraimento, medo e evitamento percebidos pelas mães perante a exposição a contextos sociais (adultos desconhecidos, pares, situações de desempenho) e não-sociais (situações novas, separação dos cuidadores, desafios físicos com risco mínimo). Os níveis de IC observados neste subgrupo de crianças assemelham-se aos observados por Fernandes e colaboradores (2017) na amostra comunitária de crianças dos 2 aos 6 anos em que examinaram as propriedades psicométricas do questionário de inibição comportamental utilizado no presente estudo.

Apesar de terem sido identificadas diferenças entre as crianças com níveis elevados e médios de IC em todos os domínios sociais e não-sociais, a magnitude destas diferenças revelou ser maior para a exposição situações de separação dos cuidadores e a pares e menor para os desafios físicos. Este conjunto de resultados pode ter sido influenciado pelo facto de o informador no nosso estudo ser a mãe.

Além de continuarem a ser as principais cuidadoras das crianças (Monteiro, Veríssimo, Castro, & Oliveira, 2006), a maioria das mães do nosso estudo encontrava-se a trabalhar (92%) e a maioria das crianças estava a frequentar o jardim-de-infância. De acordo com o modelo transaccional de Rubin e colaboradores (2009), as crianças com IC elevada podem evocar comportamentos de sobreproteção e intrusividade maternos não promovem a autonomia da criança nem a criação de um sentimento de segurança e confiança, essenciais para a mobilização de comportamentos exploratórios (Bayer, Sanson, & Hemphill, 2006; Hane, Cheah, Rubin, & Fox, 2008). Este conjunto de fatores pode contribuir para que as mães identifiquem de forma mais marcada as diferenças entre as crianças com níveis mais elevados e médios de IC nas situações de separação no jardim-de-infância (e.g., demorar vários dias a adaptar-se ou ficar chateado quando deixado), avaliadas pelo *Behavioral Inhibition Questionnaire*, que ocorrem no dia-a-dia. O facto da maioria das crianças do nosso estudo ser primogénita (67%) também

pode ter influenciado os nossos resultados, uma vez que estudos anteriores mostraram que a sobreproteção parental tende a ser mais acentuada em relação aos primeiros filhos do que aos filhos subsequentes (Adrados, 1968; Dunn & Plomin, 1990).

Por sua vez, a magnitude mais acentuada das diferenças entre as crianças com níveis mais elevados e médios de IC na dimensão de pares pode, em parte, relacionar-se com a maior tendência feminina para valorizar comportamentos de afiliação (Rose & Smith, 2009) que parecem estar subjacentes aos itens da dimensão de pares (e.g., aproximar-se, pedir a outras crianças para brincar ou ser amigável com elas) do *Behavioral Inhibition Questionnaire* (Bishop et al., 2003). Na idade pré-escolar, a criança começa a interagir com os seus pares e estes contribuem para a aprendizagem de aptidões sociais, promovendo a construção na criança de uma identidade própria e para o desenvolvimento de competências sociais surge como uma aquisição fundamental para o crescimento socio-afetivo da criança (Rubin, et al., 1998). A inibição do comportamento exploratório não promove a aquisição por parte da criança de competências sociais adequadas para o estabelecimento de relações positivas com os seus pares (Rubin, et al., 1998). Assim, os comportamentos de retirada da criança em relação aos pares podem, assim, ser geradores de particular preocupação para as mães.

A menor magnitude de diferenças relatada pelas mães entre as crianças com níveis elevados e médios de IC na dimensão de desafios físicos com risco mínimo pode ter sido influenciada pelas divergências identificadas na investigação anterior acerca dos papéis da mãe e do pai: por um lado, os estudos têm mostrado que as mães estão tendencialmente mais envolvidas em tarefas de organização e prestação de cuidados e em interações mais calmas com as crianças; por outro lado, ao passo que os pais estão mais envolvidos nas brincadeiras físicas (Monteiro, Veríssimo, Santos, & Vaughn, 2008; Pimenta, Veríssimo, Monteiro, & Costa, 2010). Este conjunto de hipóteses explicativas devem ser testadas em estudos futuros com múltiplos informadores.

Ao contrário dos estudos de Putnam e Stifter (2005) e de Dollar e colaboradores (2017), não identificámos um terceiro subgrupo de crianças caracterizado por níveis reduzidos de retraimento, medo e evitamento perante a exposição a contextos sociais (adultos desconhecidos, pares, situações de desempenho) e não-sociais (situações novas, separação dos cuidadores, desafios físicos com risco mínimo). A investigação anterior sobre as perceções maternas acerca do temperamento das crianças (com base em medidas gerais) também evidenciou marcadas inconsistências quanto ao número de perfis temperamentais identificados (Garstein et al.,

2017). No entanto, no nosso estudo, a proporção de crianças pertencentes ao subgrupo que evidenciou níveis elevados de IC (44%) também revelou ser mais elevado do que aquela que tem sido encontrada na investigação anterior.

Estas diferenças em relação aos estudos anteriores podem ser explicadas com base em diferentes fatores. Tal como referimos anteriormente, a sobre-representação do número de criança com níveis elevados de IC no nosso estudo pode ter dificultado a identificação de um subgrupo de crianças com níveis mais reduzidos de IC.

Em segundo lugar, importa salientar as diferenças na composição etária da amostra comparativamente com os estudos anteriores que procuraram identificar diferentes perfis de comportamento inibido (Dollar et al., 2013; Putnam & Stifter, 2005). Especificamente, a média de idades da nossa amostra foi de cerca de 54 meses. Por sua vez, Putnam e Stifter (2005) e Dollar e colaboradores (2013) envolveram crianças de 24-25 meses e 42 meses, respetivamente. Enquanto o estudo de Putnam e Stifter (2005) conduzido com crianças mais novas identificou cerca de 26% de crianças inibidas e de 39% de crianças exuberantes, Dollar e colaboradores (2013) identificaram 35% de crianças inibidas e 23% de crianças exuberantes na sua amostra de crianças com média de idades de 42 meses. As diferenças no número de perfis identificados e na proporção de crianças inibidas pode ser, assim, ser reflexo da influência de fatores desenvolvimentais. Segundo Cunha (2006), a criança de 2 anos encontra-se num processo entre dependência materna e a individuação /autonomia, diferenciando-se de uma criança que entre os 3-6 anos que já se encontra num processo de desenvolvimento mais avançado, baseado no desenvolvimento da autonomia, da confiança e já com capacidade de desenvolver o pensamento simbólico. Em termos de desenvolvimento e competências sociais, no segundo ano de vida, a criança começa a andar, surgem as primeiras palavras, e o tempo de interação com os pares aumenta, as brincadeiras começam a desenvolver-se à volta de determinados temas e as ações sociais são agora produzidas em resposta ao comportamento do outro. Rubin e colaboradores (2008), resumiam as principais aquisições sociais deste período da seguinte forma: (a) capacidade para coordenar os seus comportamentos com a atividade do parceiro; (b) imitação da atividade dos pares e tomada de consciência que é imitado, (c) aparecimento do *turn-taking*, (d) comportamento de ajuda e de partilha e (e) capacidade para responder apropriadamente às características dos seus pares. Por outro lado, na idade pré-escolar as crianças tendem a envolver-se em atividades sensório-motoras e ocorrem muitas transformações desenvolvimentais, nomeadamente no domínio social: revelam já preferências claras por determinados pares, comportando-se de uma forma diferenciada com os amigos, com quem

desenvolvem mais comportamentos pró-sociais (Hartup, 1992). É também nesta idade que a criança trava mais conflitos, por isso na idade pré-escolar é frequentemente relatada a zanga e raiva, mas faz parte da conquista da criança sobre o seu papel dentro do grupo, a sua posição na hierarquia (Rubin, Bukowski, Parker, & Bowker, 2008).

Assim, estes resultados também podem ser compreendidos à luz do modelo desenvolvimental e transacional de Rubin e colaboradores (2009). De facto, este modelo propõe que, ao longo do desenvolvimento, as crianças são expostas a múltiplas influências cumulativas e bidirecionais, quer sejam fatores de biológicos, do meio, relacionais ou grupais, que podem contribuir para a estabilidade ou mudança da IC (Rubin et al., 2009). Assim, é possível que as crianças mais velhas tenham sido mais expostas a influências negativas no contexto familiar (sobrepoteção e controlo parental) e no grupo de pares (rejeição e exclusão) que reforçam os comportamentos inibidos da criança, comprometem a aquisição de competências de regulação emocional, sociais e sociocognitivas ajustadas à idade e contribuem para a sua generalização a diferentes contextos de vida. Estudos futuros devem explorar estas múltiplas influências.

Por outro lado, o nosso estudo também se distingue das investigações de Putnam e Stifter (2005) e Dollar e colaboradores (2013) no que se refere aos métodos utilizados para a avaliação da IC e às dimensões consideradas. De facto, quer Putnam e Stifter (2005), quer Dollar e colaboradores (2013), avaliaram a IC com base nos níveis de afeto positivo/negativo e nos comportamentos de aproximação/evitamento observados numa situação laboratorial estandardizada. O nosso estudo fundamentou-se em relatos maternos (Bishop et al., 2003) focados essencialmente nas manifestações do comportamento inibido em diferentes contextos sociais (adultos, pares, desempenho) e não-sociais (situações novas, separação e desafios físicos com risco mínimo). O enfoque do nosso estudo em dimensões de funcionamento negativo pode ter contribuído para que não nos fosse possível identificar um subgrupo de crianças com níveis reduzidos de IC, tradicionalmente descritas como exuberantes nos estudos anteriores (Dollar et al., 2017; Putnam & Stifter, 2005).

Tal já mencionámos anteriormente, o tipo de informador a que recorreremos neste estudo não pode ser ignorado na interpretação dos resultados. De facto, a investigação de Bishop e colaboradores (2003) mostrou que a convergência entre os relatos maternos acerca da IC e as observações realizadas por especialistas em situações estandardizadas de laboratório se verifica essencialmente para as crianças com níveis elevados de IC, mas não tanto para crianças que

apresentam níveis médios e baixos de IC. Tal também pode ter contribuído para que o perfil de crianças exuberantes não fosse identificado no nosso estudo.

Os nossos resultados mostraram que os dois subgrupos de crianças identificados não se distinguiram relativamente à proporção de raparigas/rapazes e à média de idades das crianças. Estes resultados são consistentes com os estudos empíricos anteriores que não evidenciaram diferenças nos resultados globais de IC em função do sexo da criança (Bishop et al., 2003; Kim et al., 2011) e apontaram para a inexistência de correlações significativas entre idade e o resultado global da IC (Mernick et al., 2018). A inconsistência dos resultados encontrados entre os estudos relativamente a estas variáveis pode ser devido à influência de variáveis moderadoras, como, por exemplo, a etnia (Menzer, Oh, McDonald, Rubin, & Dashiell-Aje, 2010). Assim, torna-se necessário desenvolver mais estudos para poder compreender melhor as influências do sexo e da idade.

No que se refere ao nosso **segundo objetivo**, a análise preliminar das estatísticas descritivas relativas aos sintomas de ansiedade na globalidade da nossa amostra evidencia que as mães que participaram no nosso estudo percecionaram que os(as) seus (suas) filhos(as) apresentam mais sintomas de ansiedade social (i.e., medo excessivo da avaliação social negativa) e relacionados com os medos de danos (i.e., medos intensos relacionados com estímulos específicos). Estes valores são comparáveis àqueles que foram obtidos por Almeida e Viana (2013) numa amostra de mães portuguesas para a faixa etária dos 4-5 anos. Apenas os valores observados para a dimensão de ansiedade social na nossa amostra revelaram ser ligeiramente superiores aos observados por Almeida e Viana (2013). Tal pode ser reflexo dos procedimentos de seleção da amostra que referimos aquando a discussão dos resultados referentes à IC. Estes resultados podem também compreendidos, com base em alguns fatores desenvolvimentais. De facto, Cunha (2006) identificou que, na faixa etária em que as crianças do nosso estudo se encontram (3-6 anos), são comuns medo do escuro, criaturas imaginárias, tempestades e a timidez por consciência de si-mesmo (cf. Tabela 1).

A análise preliminar das associações entre as dimensões de IC e os sintomas de ansiedade mostrou que as correlações positivas mais fortes se verificam entre as dimensões de IC relacionadas com a novidade social (pares e adultos) e os sintomas de ansiedade social. Estes resultados são consistentes com os observados por Dyson e colaboradores (2011) que também evidenciou associações significativas entre a IC social e os sintomas de ansiedade social. As associações moderadas que observámos entre dimensões de IC social (pares, adultos) e não-

social (situações novas) com os medos de estímulos específicos (danos) aproximam-se também dos resultados de Dyson e colaboradores (2011) que evidenciaram que, quer a IC social, quer a IC não-social, se relacionam com relatos parentais de medos infantis comuns nesta fase desenvolvimental. O nosso estudo apenas identificou associações significativas fracas entre a dimensão de IC social relacionada com a exposição a adultos e os sintomas de ansiedade de separação. Estes resultados podem ser compreendidos com base nas diferenças metodológicas nos estudos. De facto, a investigação de Dyson e colaboradores (2011) avaliou a IC social com base numa situação laboratorial estandardizada que envolvia a interação com um adulto estranho.

De forma geral, os nossos resultados **corroboraram a nossa segunda hipótese de investigação (H2)** de que as crianças identificadas como tendo um perfil caracterizado por níveis elevados de IC apresentam mais sintomas de ansiedade do que aquelas que foram identificadas como tendo um perfil caracterizado por níveis médios de IC e de que estas diferenças são de maior magnitude ao nível dos sintomas de ansiedade social. Os nossos resultados são consistentes com as investigações transversais que examinaram as associações entre a IC e a sintomatologia ansiosa em idade pré-escolar, operacionalizando a primeira com base no seu resultado global e a avaliando a segunda com recurso a entrevistas diagnósticas dirigidas aos pais (Fernandes et al., 2019; Dougherty et al., 2013; Shamir-Essahow et al., 2005; Vreeke et al., 2013). De facto, estes estudos revelaram a existências de associações positivas entre a IC e a sintomatologia ansiosa (Dougherty et al., 2013; Shamir-Essahow et al., 2005), associações estas que revelaram ser de maior magnitude no que se refere à ansiedade social (Fernandes et al., 2019; Vreeke et al., 2013). Embora conduzido numa amostra de crianças mais novas (24-25 meses), os nossos resultados de Putnam e Stifter (2005) também demonstrou que as crianças identificadas como tendo um perfil inibido com base em observações laboratoriais estandardizadas apresentavam mais problemas de internalização (em que se incluíam problemas mediados pela ansiedade) do que as crianças identificadas como tendo outros tipos de perfis comportamentais.

As associações de maior magnitude entre a IC na primeira infância e a ansiedade social foram igualmente observadas em investigações longitudinais (Hirshfeld, et al., 1992, 2007) e recentemente sistematizadas em meta-análises (Clauss & Blackford, 2012; Sandstrom et al., 2020). De acordo com a meta-análise de Sandstrom e colaboradores (2020), estas associações podem ser explicadas por vários fatores, nomeadamente a existência de uma vulnerabilidade genética comum e a existência de mais semelhanças entre a IC e a ansiedade social (i.e., timidez

e evitamento social) do que com as outras perturbações de ansiedade, nomeadamente a ansiedade generalizada (antecipação ansiosa excessiva de acontecimentos futuros) ou relacionada com medos perante estímulos específicos (e.g., alturas ou insetos). Consistentemente com esta meta-análise, a magnitude das diferenças entre os dois subgrupos de crianças (níveis elevados vs. níveis médios de IC) da nossa amostra no que se refere aos danos (medos relacionados com estímulos específicos) foi pequena.

As associações mais fortes entre a IC e a sintomatologia de ansiedade social (quer em idade pré-escolar, quer a longo prazo) também podem ser explicadas e compreendidas à luz do modelo transaccional e desenvolvimental de Rubin e colaboradores (2009). De facto, a IC elevada em diferentes contextos (sociais vs. não-sociais) na primeira infância pode aumentar o risco de a criança evidenciar comportamentos de retirada social no grupo de pares no jardim-de-infância. Este isolamento autoimposto devido a sentimentos internalizados de ansiedade social no grupo de pares pode comprometer a aquisição de competências socioemocionais ajustadas à idade. Estas reduzidas competências socioemocionais podem desencadear respostas negativas por parte dos pares que contribuem para a manutenção da IC, para a internalização de perceções negativas acerca dos outros e de si-própria e para um aumento do risco de desenvolver sintomas de ansiedade social. São necessários estudos futuros que examinem estas influências transaccionais para clarificar os processos que subjazem às associações entre IC e ansiedade social.

Os nossos resultados não demonstraram ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as crianças identificadas como pertencentes ao perfil com níveis elevados de IC e ao perfil com níveis médios de IC no que se refere aos sintomas de ansiedade de separação. Estes resultados podem ser explicados por diferentes fatores. Como verificámos na análise preliminar das associações entre a IC e os sintomas de ansiedade, apenas as dimensões de IC relacionadas com a exposição a adultos e com o afastamento dos cuidadores revelaram correlações positivas fracas com os sintomas de ansiedade de separação. Da mesma forma, Dyson e colaboradores (2011) observaram associações entre a IC social (avaliada com base numa situação laboratorial envolvendo a interação com um adulto desconhecido) e os sintomas de ansiedade de separação.

O estudo dos perfis de comportamento inibido (i.e., combinação de múltiplas dimensões de IC) pode ter contribuído para que as associações com os sintomas de ansiedade de separação se esbatessem. De facto, Fox e colaboradores (2005) sugeriram que podem existir diferentes

subgrupos de crianças inibidas cujo retraimento se manifesta em contextos sociais e não-sociais ou apenas em alguns contextos deles que podem associar-se a diferentes resultados desenvolvimentais. Esta hipótese deve ser explorada em estudos futuros. Como já referimos, a maioria das mães do nosso estudo encontrava-se a trabalhar e a maioria das crianças estava a frequentar o jardim-de-infância.

Neste contexto, é possível que as crianças inibidas tenham mais oportunidades de exposição a situações de separação em relação aos seus cuidadores. A exposição gradual e continuada às situações receadas é uma das estratégias empiricamente validadas e reconhecida como eficaz na intervenção com crianças inibidas em idade pré-escolar para reduzir a sintomatologia ansiosa (Chronis-Tuscano et al., 2015). Tendo em conta que o desenvolvimento é influenciado por múltiplas influências cumulativas e bidirecionais de fatores do meio (Rubin et al., 2009), estes fatores contextuais podem ter contribuído para que as crianças identificadas como tendo um perfil caracterizado por níveis elevados de IC não apresentassem um número significativamente mais elevado de sintomas de ansiedade de separação (e.g., medo que alguma coisa má lhe aconteça ou que aconteça alguma coisa má aos pais) do que as crianças que foram identificadas como tendo um perfil caracterizado por níveis médios de IC.

### **Pontos Fortes e Limitações**

Este estudo permitiu identificar diferentes perfis de comportamento inibido em idade pré-escolar com base nos relatos maternos acerca dos múltiplos contextos naturais do dia-a-dia (sociais vs. não sociais) em que este se pode manifestar (Bishop et al., 2003). Distancia-se, assim, das investigações existentes que se centraram essencialmente da avaliação da IC em grupos extremos (inibidos vs. exuberantes) em situações laboratoriais estandardizadas (Dollar et al., 2017; Putnam & Stifter, 2005; Shamir-Essahow et al., 2005).

Porém, este estudo não se encontra isento de limitações. Em primeiro lugar, 47% das participantes da nossa amostra foram recrutados no âmbito dos procedimentos de despiste do comportamento inibido em idade pré-escolar no âmbito de um projeto de investigação-ação (Programa da Tartaruga) destinado a crianças com IC elevada de idade pré-escolar. Como referimos ao longo da discussão, tal pode ter influenciado os resultados obtidos, nomeadamente a sobre-representação das crianças com níveis elevados de IC e a não-identificação do perfil de crianças com níveis reduzidos de IC.

Em segundo lugar, a dimensão da amostra, a composição da amostra (i.e., maioria das mães tinham habilitações superiores) e a seleção da amostra com base num procedimento de amostragem por conveniência limitam a sua representatividade e a possibilidade de generalizar os resultados. Por outro lado, grande parte da nossa amostra foi recolhida através de procedimentos online, limitando a participação às mães que têm acesso à internet.

Em terceiro lugar, o presente estudo assenta apenas nos relatos maternos em relação à IC e aos sintomas de ansiedade em idade pré-escolar, limitando os resultados à perspectiva de um único informador (i.e., mãe) e a um único método de recolha de dados (i.e., questionários de autorresposta). A consistência interna ( $< .60$ ) da dimensão de desafios físicos (*Behavioral Inhibition Questionnaire*) e das dimensões de ansiedade de separação e de danos (*Preschool Anxiety Questionnaire*) exige uma interpretação cautelosa. Por último, este estudo baseia-se num delineamento transversal que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis sob estudo.

### **Implicações para Estudos Futuros**

Como proposta de estudos futuros, sugerimos a replicação do estudo com uma amostra de maior dimensão, com base numa abordagem multimétodos (i.e., questionários de autorresposta, entrevistas, observações em contexto natural), multi-informadores (i.e., mãe, pai, educador, observadores treinados) e multidomínios (áreas de funcionamento negativo e de bom funcionamento). Sugerimos ainda a condução de estudos longitudinais que nos permitam compreender as trajetórias desenvolvimentais em termos da estabilidade ou mudança do comportamento inibido ao longo do tempo. Estes estudos longitudinais permitir-nos-ão também examinar as múltiplas influências transacionais (familiares, sociais, do meio) que, de acordo com o modelo de Rubin e colaboradores (2009) em que se ancora este trabalho podem atuar como fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade futuros, nomeadamente de ansiedade social.

De acordo com os resultados obtidos, parece importante os efeitos moderadores das associações entre a IC e os sintomas de ansiedade, tal como as características individuais dos cuidadores (a sobreproteção materna; a patologia parental; a deseabilidade do filho; idade do casal parental; estilo parental), a influência das características do contexto escolar (formação dos professores; o modelo educacional operacionalizado; mudanças de escola) e características

individuais da própria criança (e.g., competências sociais e de regulação emocional). Por outro lado, sugerimos ainda que seja aprofundado o estudo sobre as diferenças de sexo nas associações entre a IC e os sintomas de ansiedade.

Devido a expectativas sociais e culturais nas sociedades ocidentais, a literatura tem sugerido que a IC parece ser menos aceitável para os meninos do que para as meninas (Sadker & Sadker, 1994), refletindo-se também na forma como os pais percebem e respondem ou interagem com seus filhos e filhas. Estudos futuros são essenciais para clarificar se estas diferenças de sexo provêm das diferentes respostas dos pais ou se é o comportamento parental diferente que leva a diferentes perfis de comportamento social para meninos versus meninas (Rubin et al., 2009).

### **Implicações para a Prática Clínica**

O aprofundamento do conhecimento sobre os diversos perfis de comportamento inibido em idade pré-escolar e sobre as suas associações com os sintomas de ansiedade é fundamental, por forma a podermos através de intervenção especializada em vários contextos (escolas, clínica particular, meio hospitalar, etc), sinalizar os casos e intervir precocemente, na idade pré-escolar, para reduzir resultados negativos subsequentes (Clauss & Blackford, 2012; Guedes, et al., 2019; Sandstrom, Uher, & Pavlova, 2020). Devido à neuroplasticidade precoce (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002) e ao potencial para minimizar níveis de sofrimento e invalidação mais significativos (Rapee, 2002), a idade pré-escolar é um período ótimo para a intervenção, para dar a estas crianças a melhor oportunidade de crescer de uma forma saudável (Sandstrom, Uher, & Pavlova, 2020).

Neste sentido e tendo em conta as múltiplas dimensões da IC em idade pré-escolar, enaltece-se a necessidade de expandir programas de intervenção em todos os contextos onde a criança se insira, envolvendo não apenas os pais, mas também os educadores. De facto, "é na família, na escola e na comunidade que ocorrem as primeiras experiências relacionais das crianças..." (Magalhães, 2007, p.11). Hoje em dia existem, novas preocupações, e novas perspetivas acerca do papel da família no processo de educação da criança. Horários mais extensos de trabalho, podem ser considerados as consequências do escasso tempo que diariamente podem dedicar e usufruir com os filhos em casa, e conseqüentemente no contexto educativo da criança. Torna-se assim fundamental que técnicos, professores e pais trabalhem

em colaboração, evoluindo da perspectiva que separava as responsabilidades dos cuidadores, educadores, e técnicos para uma perspectiva de partilha de responsabilidades para o desenvolvimento singular e muito particular de cada criança (Magalhães, 2007, p.45).

As crianças de hoje são os adultos de amanhã.

## Referências

- Adrados, I. (1968). A criança mimada. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, 20(2), pp. 90-98.
- Almeida, J. P., & Viana, V. (2013). Anxiety in portuguese pre-school children - adaptation of the spence pre-school anxiety scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), pp. 470-483. Obtido de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862013000300008&lng=pt&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300008&lng=pt&tlng=en)
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1-2), pp. 267-277. Obtido de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492005000100013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492005000100013&lng=pt&tlng=pt).
- Bayer, J., Sanson, A., & Hemphill, S. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27 (9), pp. 542-559. doi:10.1016/j.appdev.2006.08.002
- Bishop, G., Spence, S. H., & McDonald, C. (2003). Can parents and teachers provide a reliable and valid report of behavioral inhibition?. *Child Development*, 74(6), pp. 1899-1917. doi:10.1046/j.1467-8624.2003.00645.x
- Borges, M. I. (1987). *Introdução à Psicologia do Desenvolvimento*. Porto: Jornal de Psicologia.
- Broeren, S., & Muris, P. (2010). A Psychometric Evaluation of the Behavioral Inhibition Questionnaire in a Non-Clinical Sample of Dutch Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, pp. 214-229. doi:10.1007/s10578-009-0162-9
- Caldas-Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Epidemiological national study about mental health: First report*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa.
- Calkins, S., Fox, N., & Marshall, T. (1996). Behavioral and physiological antecedents of inhibited and uninhibited behavior. *Child development*, 67(2), pp. 523-540. doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01749.x
- Carvalho, A. (2013). Enquadramento temático e dados epidemiológicos mundiais. *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*.
- Chronis-Tuscano, A., Danko, C., Rubin, K., Coplan, R., & Novick, D. (2018). Future directions for research on early intervention for young children at risk for social anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), pp. 655-667. doi:10.1080/15374416.2018.1426006

- Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., O'Brien, K. A., Coplan, R. J., Thomas, S. R., Dougherty, L. R., . . . Wimsatt, M. (2015). Preliminary evaluation of a multi-modal early intervention for inhibited preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 534-540. doi:10.1037/a0039043
- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51*(10), pp. 1066-1075. doi:10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Coplan, R. J., Arbeau, A. K., & Armer, M. (2008). Don't fret, be supportive! maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *Journal of abnormal child psychology, 36*(3), pp. 359-371. doi:10.1007/s10802-007-9183-7
- Costello, E., & Angold, A. (1995). The epidemiology of childhood anxiety disorders. In J.S. March (Ed.). *Anxiety disorders in children and adolescents*, pp. 109-124.
- Coutinho, P. (2014). *O percurso para a excelência no desporto: Estudo retrospectivo*. Porto: Faculdade de desporto.
- Cunha, M. (2006). Ansiedade e perturbações de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão teórica. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 6(10), pp. 70-97. Obtido de <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/177>
- Dollar, J. M., Stifter, C. A., & Buss, K. A. (2017). Exuberant and inhibited children: Person-centered profiles and links to social adjustment. *Developmental Psychology, 53*(7), pp. 1222-1229. doi:10.1037/dev0000323
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Bufferd, S. J., Olino, T. M., Dyson, M., Traditi, J., . . . Klein, D. N. (2013). Preschool anxiety disorders: Comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(5), pp. 577-589. doi:10.1080/15374416.2012.759225
- Dunn, J., & Plomin, R. (1990). *Separate lives: why siblings are so different*. . New York: Basic.
- Dyson, M. W., Klein, D. N., Olino, T. M., Dougherty, L. R., & Durbin, C. E. (2011). Social and non-social behavioral inhibition in preschool-age children: Differential associations with parent-reports of temperament and anxiety. *Child Psychiatry & Human Development, 42*(4), pp. 390-405. doi:10.1007/s10578-011-0225-6
- European Commission. (8 de Dezembro de 2019). *Eurydice*. Obtido de Organização de Educação Pré-escolar para crianças com 3 anos ou mais: [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/organisation-programmes-children-under-3-years-8\\_pt-pt](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/organisation-programmes-children-under-3-years-8_pt-pt)
- Fernandes, C., Santa-Rita, A., Martins, A. T., & Faísca, L. (2019). A influência de fatores parentais e da inibição comportamental infantil na ansiedade social de crianças em idade pré-escolar. Em U. d. Algarve (Ed.), *X Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente* (pp. 297-299). Universidades Lusíada: Fundação Minerva.

- Fernandes, F., Santa-Rita, A., Martins, A. T., & Faísca, L. (2017). *Adaptação Portuguesa da Behavioral Inhibition Questionnaire (BIQ) - Relatório preliminar das características psicométricas do BIQ*. Projeto SACHILD – Universidade do Algarve.
- Fox, N., Henderson, H., Marshall, P., Nichols, K., & Ghera, M. (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu. Rev. Psychol.*, *56*, pp. 235-262. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141532
- Fox, N., Henderson, H., Rubin, K., Calkins, S., & Schmidt, L. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: Psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child development* *72*(1), pp. 1-21. doi:10.1111/1467-8624.00262
- Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação do Ministério da Educação (GEPE). (2007). *Séries cronológicas – 30 anos de estatísticas da educação*. Obtido de <http://www.gepe.min-edu.pt/np3/14.html>
- García-Coll, C., Kagan, J., & Reznick, J. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, *55*(3), pp. 1005-1019. doi:10.2307/1130152
- Gartstein, M. A., Prokasky, A., Bell, M. A., Calkins, S., Bridgett, D. J., Braungart-Rieker, J., . . . Seamon, E. (2017). Latent profile and cluster analysis of infant temperament: Comparisons across person-centered approaches. *Developmental psychology*, *53*(10), p. 1811. doi:10.1037/dev0000382
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2009). *Psicologia* (8ª ed.). Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guedes, M., Alves, S., Santos, A. J., Veríssimo, M., Chronis-Tuscano, A., Danko, C., & Rubin, K. H. (2019). Perceptions of Portuguese psychologists about the acceptability of a child intervention targeted at inhibited preschoolers. *Análise Psicológica*, *37*(3), pp. 371-390. doi:10.14417/ap.1525
- Hane, A. A., Cheah, C., Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2008). The role of maternal behavior in the relation between shyness and social reticence in early childhood and social withdrawal in middle childhood. *Social Development*, *17*(4), pp. 795-811. doi:10.1111/j.1467-9507.2008.00481.x
- Hartup, W. W. (1992). Peer Relations in Early and Middle Childhood. Em V. B. Van Hasselt, & M. Hersen, *Handbook of social development. Perspectives in Developmental Psychology* (pp. 257-281). Springer, Boston, MA. doi:10.1007/978-1-4899-0694-6\_11
- Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., . . . Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(1), pp. 103-111. doi:10.1097/00004583-199201000-00016
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. F. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *28*(3), pp. 225-233. doi:10.1097/01.DBP.0000268559.34463.d0

- Hirshfeld-Becker, D., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical child and family psychology review*, 5(3), pp. 161-172. doi:10.1023/a:1019687531040
- Kagan, J., Reznick, J., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55(6), pp. 2212-2225. doi:10.2307/1129793
- Kim, J., Klein, D. N., Olino, T. M., Dyson, M. W., Dougherty, L. R., & Durbin, C. E. (2011). Psychometric Properties of the Behavioral Inhibition Questionnaire in Preschool Children. *Journal of Personality Assessment*, 93(6), pp. 545-555. doi:10.1080/00223891.2011.608756
- Magalhães, G. M. (2007). *Modelo de Colaboração: Jardim-de-Infância/Família*. Horizontes Pedagógicos.
- Menzer, M., Oh, W., McDonald, K., Rubin, K. H., & Dashiell-Aje, E. (2010). Behavioral correlates of peer exclusion and victimization of East Asian American and European American young adolescents. *Asian American Journal of Psychology*, 1(4), pp. 290-302. doi:10.1037/a0022085
- Mernick, B., Pine, A., Gendler, T., & Shechner, T. (2018). A Psychometric Evaluation of the Behavioral Inhibition Questionnaire in a Non-Clinical Sample of Israeli Children and Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 27, pp. 1794-1804. doi:10.1007/s10826-018-1027-2
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Castro, R., & Oliveira, C. (2006). Partilha da responsabilidade parental. Realidade ou expectativa? . *Psychologica*, 42, pp. 213-229.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Santos, A. J., & Vaughn, B. (2008). Envolvimento paterno e organização dos comportamentos de base segura das crianças em famílias portuguesas. *Análise Psicológica*, 26(3), pp. 395-409. Obtido de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312008000300003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000300003&lng=pt&tlng=pt)
- NICHD, E. C., & Arsenio, W. (2004). Trajectories of Physical Aggression from Toddlerhood to Middle Childhood: Predictors, Correlates, and Outcomes. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 69(4), 1-143. Obtido de [www.jstor.org/stable/3701390](http://www.jstor.org/stable/3701390)
- OCDE. (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. Paris: OCDE Publishing. doi:10.1787/9789264261488-en
- Perez-Edgar, K., & Fox, N. (2018). Next steps: Behavioral inhibition as a model system. Em K. Perez-Edgar & N. Fox (Eds), *Behavioral Inhibition*. Springer: Cham. doi:10.1007/978-3-319-98077-5\_16
- Pimenta, M., Veríssimo, M., Monteiro, L., & Costa, I. P. (2010). O envolvimento paterno de crianças a frequentar o jardim-de-infância. *Análise Psicológica*, 28(4), pp. 565-580. Obtido de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312010000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000400002&lng=pt&tlng=pt).

- Prior, M., Sanson, A., Smart, D., & Oberklaid, F. (1983). *Pathways from infancy to adolescence. Australian temperament project, 2000.*
- Putnam, S. P., & Stifter, C. A. (2005). Behavioral approach-inhibition in toddlers: prediction from infancy, positive and negative affective components, and relations with behavior problems. *Child development, 76(1)*, pp. 212-226. doi:10.1111/j.1467-8624.2005.00840.x
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety?. *Biological psychiatry, 52(10)*, pp. 947-957. doi:10.1016/S0006-3223(02)01572-X
- Reznick, J., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K., & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and Uninhibited Children: A Follow-Up Study. *Child Development, 57(3)*, pp. 660-680. doi:10.2307/1130344
- Rose, A., & Smith, R. L. (2009). Sex differences in peer relationships. Em W. M. K. H Rubin, *Handbook of peer interactions, relationships and groups (pp. 379-393)*. New York: Guilford Press.
- Rubin, K. H., Bowker, J. C., Barstead, M. G., & Coplan, R. J. (2018). Avoiding and withdrawing from the peer group. Em W. M. Bukowski, B. Laursen, & K. H. Rubin (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. (pp. 322–346). The Guilford Press.
- 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)*, pp. 483–495. doi:10.1111/1467-8624.00419
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social Withdrawal in Childhood. *Annual review of psychology, 60*, 141-171. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163642
- Rubin, K., Bukowski, W., Parker, J., & Bowker, J. (2008). Peer interactions, relationships, and groups. Em W. Damon, & R. Lerner, *Developmental Psychology: An Advanced Course*. New York: Wiley. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/242408974\\_Peer\\_Interactions\\_Relationships\\_and\\_Groups/citations](https://www.researchgate.net/publication/242408974_Peer_Interactions_Relationships_and_Groups/citations)
- Sadker, M., & Sadker, D. (1994). *Failing at Fairness: How Americans' Schools Cheat Girls*. New York: Scribner's.
- Sandstrom, A., Uher, R., & Pavlova, B. (2020). Prospective association between childhood behavioral inhibition and anxiety: a meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology, 48(1)*, pp. 57-66. doi:10.1007/s10802-019-00588-5
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A., & Rapee, R. M. (2005). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33(2)*, pp. 131-143. doi:10.1007/s-10802-005-1822-2
- Silva, W. V., & Figueiredo, V. L. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Psychiatry, 27(4)*, pp. 329-335. doi:10.1590/S1516-44462005000400014

- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour research and therapy*, 39(11), pp. 1293-1316. doi:10.1016/S0005-7967(00)00098-X
- Teixeira, J. A. (2005). *Psicopatologia geral - Introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva* (1ª ed.). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada - CRL.
- Vreeke, L. J., Muris, P., Mayer, B., Huijding, J., & Rapee, R. M. (2013). Skittish, shielded, and scared: Relations among behavioral inhibition, overprotective parenting, and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *Journal of anxiety disorders*, 27(7), pp. 703-710. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.006
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M., & Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 26(3), pp. 503–522. doi:10.1016/j.chc.2017.02.006
- Zentner, M., & Bates, J. E. (2008). Child Temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *International Journal of Developmental Science*, 2(1-2), pp. 7-37. doi:10.3233/DEV-2008-21203

# Anexos

## Anexo A – Consentimento Informado



### INFORMAÇÃO PARA OS PARTICIPANTES

#### *Despiste do comportamento inibido em idade pré-escolar*

**Enquadramento:** Este estudo enquadra-se no projeto "*Adaptação para Portugal, implementação e avaliação preliminar da efetividade do Programa da Tartaruga*", apoiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BPD/114846/2016) e pela Fundação Calouste Gulbenkian. Este projeto está a ser desenvolvido por uma equipa de psicólogos do Centro da Criança e da Família, William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário. É orientado pelos Professores Doutores António J. Santos e Manuela Veríssimo.

**Objetivo Geral:** Este estudo tem como objetivo compreender a perceção dos pais acerca do comportamento inibido perante a exposição à novidade social (adultos desconhecidos, pares, desempenho diante de outros) e à novidade situacional (situações desconhecidas, jardim-de-infância, desafios físicos) e aos sintomas de ansiedade dos(as) seus (suas) filhos(as) em idade pré-escolar. A sua participação é fundamental, porque a presença de um comportamento inibido em idade pré-escolar pode influenciar a adaptação socio-emocional da criança e o bem-estar da família, a curto, médio e longo prazo.

**Papel dos Participantes:** A sua **colaboração neste estudo é voluntária e a decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo.**

Esta colaboração consiste no preenchimento de uma ficha de dados acerca da sua família e de dois questionários de autorresposta acerca dos comportamentos do(a) seu (sua) filho(a).

A ficha de dados e o questionário de autorresposta serão identificados através de um código (exclusivamente conhecido pela equipa de investigação) e os dados serão tratados apenas coletivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, a **confidencialidade** dos dados.

**Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida), pode desistir de colaborar neste estudo.**

**Papel dos Investigadores:** Os investigadores deste projeto comprometem-se a:

Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;

Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação.

**Responsáveis pelo projeto:**

Professora Doutora Manuela Veríssimo

Professor Doutor António J. Santos

Maryse Guedes ([mguedes@ispa.pt](mailto:mguedes@ispa.pt))

**Mestranda:** Carina Marques

## ESTUDO

### *Despiste do comportamento inibido em idade pré-escolar*

**Caso concorde com as condições do estudo *Despiste do comportamento inibido em idade pré-escolar*, solicitamos que proceda ao preenchimento do termo de consentimento informado que se encontra abaixo e à sua devolução no envelope facultado para o efeito.**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro ter consciência dos objetivos e

procedimentos do estudo *Despiste do comportamento inibido em idade pré-escolar*, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Nome completo do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Nome do investigador:

\_\_\_\_\_

Gostaria de ter conhecimento dos resultados deste estudo?  Sim  Não

E-mail para envio dos resultados do estudo: \_\_\_\_\_

**Agradecemos a sua participação.**

## Anexo B – Caderno de Recolha de Dados



### FICHA DE DADOS DA FAMÍLIA

**Código (iniciais do seu nome completo + data de nascimento**

**ddmmaaaa):** \_\_\_\_\_

Exemplo: Joana Clara Santos Silva, nascida 02/10/1986, Código: JCSS02101986

*Nota: os códigos servem apenas para a identificação de registos duplicados e não serão utilizados para a identificação dos participantes. Estes códigos serão desagregados das respostas aos questionários após a identificação dos registos duplicados.*

**Questionário preenchido por:**

- Mãe
- Pai

**Por favor, preencha integralmente esta ficha de dados da família. Esta informação será apenas utilizada para fins de investigação.**

Data:

---

---

## Informação acerca da criança

1. Data de nascimento da criança:

\_\_\_\_\_

2. Sexo da criança: Masculino  Feminino

3. Idade da criança (em meses):

\_\_\_\_\_

—

4. Número de irmãos: \_\_\_\_\_ Número de irmãs:

\_\_\_\_\_

5. Primeiro filho: Sim  Não

6. Quantas horas diárias/dias por semana é que o(a) seu (sua) filho(a) frequenta o jardim-de-infância ou a creche? \_\_\_\_\_ horas diárias \_\_\_\_\_ dias por semana

7. Quando é que o(a) seu (sua) filho(a) começou a frequentar o jardim-de-infância ou a creche? \_\_\_\_\_ (mês/ano)

8. O desenvolvimento do(a) seu (sua) filho(a) tem decorrido dentro do esperado?

Sim  Não

Se não, especifique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. O(a) seu (sua) filho(a) foi diagnosticado(a) com algum problema emocional ou de comportamento?

Não  Sim

Em caso afirmativo, indique:

- Qual foi o diagnóstico?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Que idade tinha o(a) seu(sua) filho(a) quando foi diagnosticado(a)?

\_\_\_\_\_ (meses)

- Quem fez o diagnóstico?

---

---

10. O(a) seu (sua) filho(a) toma medicação para algum problema emocional ou de comportamento?

Sim  Não

Em caso afirmativo, indique:

- Que idade tinha o(a) seu (sua) filho quando começou a tomar medicação?

\_\_\_\_\_ (meses)

- Qual a medicação que o(a) seu (sua) filho(a) está a tomar?

\_\_\_\_\_

- Qual a dosagem de medicação que o(a) seu (sua) filho(a) está a tomar?

\_\_\_\_\_

- Com que frequência o(a) seu (sua) filho toma medicação?

\_\_\_\_\_

11. O(a) seu (sua) filho(a) está atualmente a receber tratamento de um psicólogo, psiquiatra, pediatra ou outro profissional para algum problema emocional ou de comportamento?

Sim  Não

Em caso afirmativo, indique:

- Que tipo de tratamento o(a) seu (sua) filho(a) está a receber?

\_\_\_\_\_

- Que tipo de profissional trabalha com o(a) seu (sua) filho(a)?

\_\_\_\_\_

## Informação acerca dos pais

1. Estado civil: Casados  Divorciados/separados  Unidos de Facto  Outros:

\_\_\_\_\_

2. Idade da mãe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (anos)

Idade do pai:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (anos)

3. Habilitações literárias da mãe:

\_\_\_\_\_

—

Habilitações literárias do pai:

\_\_\_\_\_

—

4. Mãe trabalha: Sim  Não  Tempo inteiro  Tempo parcial  N° de horas  
semanais: \_\_\_\_\_

- Em caso afirmativo, qual a profissão da mãe?

\_\_\_\_\_

Pai trabalha: Sim  Não  Tempo inteiro  Tempo parcial  N° de horas  
semanais: \_\_\_\_\_

- Em caso afirmativo, qual a profissão do pai?

\_\_\_\_\_

5. Os pais tiveram ou têm algum problema emocional ou de comportamento?

Não  Sim, apenas a mãe  Sim, apenas o pai  Sim, ambos

- Em caso afirmativo, especifique o tipo de problema emocional ou de comportamento:

Mãe:

---

---

Pai:

---

---

6. Os pais estão atualmente a tomar medicação para algum problema emocional ou de comportamento?

Não  Sim, apenas a mãe  Sim, apenas o pai  Sim, ambos

- Em caso afirmativo, especifique o tipo de medicação:

Mãe:

---

---

Pai:

---

---

7. Os pais estão atualmente a receber outro tratamento (e.g., terapia) para algum problema emocional ou de comportamento?

Não  Sim, apenas a mãe  Sim, apenas o pai  Sim, ambos

- Em caso afirmativo, especifique o tipo de tratamento:

Mãe:

---

---

Pai:

---

---