

# PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA – A PERCEÇÃO DAS CRIANÇAS E DOS PAIS

---

I. Barroca<sup>1</sup>  
G. Riggi<sup>1</sup>  
A. Pinto<sup>2</sup>  
P. Fong<sup>3</sup>  
R. Reis<sup>4</sup>  
P. A. Pereira<sup>5</sup>  
A. R. Soares<sup>6</sup>  
V. Dieudonné<sup>7</sup>  
G. Maia<sup>8</sup>

## RESUMO

*As perturbações de ansiedade estão entre as condições psiquiátricas da infância e adolescência mais comuns, condicionando uma redução do funcionamento global da criança, a nível académico, familiar e social, assim como um risco aumentado para patologias psiquiátricas comórbidas ao longo de toda a sua vida. O objetivo do presente estudo foi comparar a perceção das crianças e dos seus pais em relação à prevalência das perturbações de ansiedade e possíveis fatores associados. A população estudada envolveu todos os alunos do 5º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Grão Vasco e os respetivos pais. Como instrumentos de medida foram utilizados os questionários SCARED-R, versão para crianças e versão para pais, respetivamente. Foi realizada análise da consistência*

<sup>1</sup> Médica Interna de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup> Professora de Educação Musical do Agrupamento de Escolas Grão Vasco (AEGV), Viseu, Portugal.

<sup>3</sup> Psicóloga Escolar do Agrupamento de Escolas Grão Vasco (AEGV), Viseu, Portugal.

<sup>4</sup> Professora de Educação Especial do Agrupamento de Escolas Grão Vasco (AEGV), Viseu, Portugal.

<sup>5</sup> Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu – Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais, Viseu, Portugal.

<sup>6</sup> Assistente Hospitalar de Psiquiatra da Infância e Adolescência no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

<sup>7</sup> Assistente Graduado Hospitalar de Psiquiatra da Infância e Adolescência no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

<sup>8</sup> Assistente Graduada Sénior Hospitalar de Psiquiatra da Infância e Adolescência no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

*interna de escalas, estatística descritiva, teste t-Student, teste ANOVA e teste do Qui-quadrado, tendo sido considerados significativos os valores de  $p < 0.05$ . Verificou-se que, globalmente, as crianças referem níveis de ansiedade superiores àqueles percebidos pelos seus pais, com uma prevalência de 19% segundo as respostas das crianças, mas de apenas 9% segundo a percepção dos pais. De forma geral, não houve relação significativa com a idade, sexo ou nível de desempenho escolar, embora pareça haver uma predominância do sexo masculino e uma relação inversa entre os níveis de ansiedade das crianças e o seu desempenho escolar. Desta forma, consideram-se necessárias medidas psicoeducativas destinadas a aumentar o reconhecimento destas condições por parte dos cuidadores, de maneira a instaurar precocemente o tratamento adequado e reduzir o compromisso funcional associado, a curto e longo prazo.*

*Palavras-chave:* Ansiedade, Crianças, Pais.

## INTRODUÇÃO

As perturbações de ansiedade são reconhecidas como as perturbações psiquiátricas mais comuns na infância e adolescência, com uma prevalência que varia entre 9% e 32%<sup>(1,2)</sup>. Na infância, a prevalência é igual nos dois sexos, com um aumento do *ratio* feminino: masculino a partir da adolescência<sup>(3)</sup>.

As mais frequentes em idade pediátrica são as fobias específicas, a perturbação de ansiedade generalizada e a perturbação de ansiedade de separação, embora a prevalência das diferentes perturbações varie conforme os estudos<sup>(3-5)</sup>. A fobia social e a perturbação de pânico aumentam a partir da adolescência<sup>(3-5)</sup>. A perturbação obsessivo-compulsiva, anteriormente considerada entre as perturbações de ansiedade, é outra perturbação entre as mais frequentes; no entanto, tem uma apresentação bimodal de acordo com a idade: na infância, com uma maior prevalência no sexo masculino e na idade jovem-adulta com uma ligeira predominância feminina<sup>(6)</sup>.

Estas perturbações apresentam uma elevada comorbilidade entre si, assim como com outras perturbações durante a infância, associando-se ao desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas ao longo da vida, incluindo outras perturbações de ansiedade, depressões, abuso de substâncias, com um aumento do risco de suicídio nestes indivíduos<sup>(6)</sup>.

Estas perturbações têm um forte impacto negativo no funcionamento da criança, afetando o rendimento escolar, a vida familiar, as atividades de lazer e as relações sociais, interferindo persistentemente no dia a dia na idade adulta aquando da manutenção a longo prazo dos sintomas<sup>(3)</sup>.

Apesar do grande impacto das perturbações de ansiedade na infância e na adolescência, frequentemente estas condições permanecem sem tratamento, em parte devido à incompreensão e desvalorização do problema por parte dos adultos cuidadores<sup>(1)</sup>. As crianças e jovens raramente procuram ajuda de forma independente, sendo mais frequentemente os pais quem levam as suas próprias preocupações aos profissionais de saúde<sup>(1)</sup>. A identificação precoce e o tratamento efetivo podem reduzir o impacto na vida da criança assim como a persistência da sintomatologia na idade adulta<sup>(7)</sup>.

## **OBJETIVOS**

Os principais objetivos do estudo consistiram em avaliar a perspetiva das crianças quanto à presença de sintomatologia ansiosa e fatores associados e comparar essa perspetiva com a dos respetivos pais.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

A população estudada envolveu todos os alunos do 5º ano de escolaridade do Agrupamento de Escolas Grão Vasco e os respetivos pais. Foi assegurado a todos os envolvidos a confidencialidade das suas respostas e a sua participação foi feita de forma voluntária e anónima, após preenchimento escrito, pelos pais e pelos alunos, de um consentimento informado. O presente trabalho foi também submetido e aprovado pela Direção do Agrupamento de Escolas Grão Vasco.

Como instrumentos de medida foram utilizados os questionários SCARED-R, versão para crianças e versão para pais, respetivamente. Este questionário contém 69 itens e tem por objetivo a avaliação de diferentes dimensões (correspondentes a um subtipo de perturbação de ansiedade) relacionadas com as perturbações de ansiedade (perturbação de ansiedade de separação, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia social e ansiedade à escola, fobia específica (tipo situacional/ambiental; tipo animal; tipo sangue/injeção/ferimento), perturbação obsessivo-compulsiva; perturbação de stress pós-traumático), em que se obtém uma pontuação para cada dimensão e uma pontuação global, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV.

Foi realizada análise da consistência interna de escalas, estatística descritiva, teste *t-Student*, teste ANOVA e teste do Qui-quadrado, tendo sido considerados significativos os valores de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

O questionário foi distribuído a todos os alunos do 5º ano do Agrupamento de Escolas Grão Vasco, no início ou fim do período de aulas, durante a primeira quinzena do mês de Novembro (ano letivo 2018/2019). Do total de 341 alunos, responderam 164, correspondendo a uma taxa de resposta de 48.1%. A maioria da amostra (76%) tinha 10 anos, 14% tinha 9 anos, 9% tinha 11 anos e 1% tinha 12 anos (Tabela 1). Na amostra, 52% era do género masculino e 48% do género feminino (Tabela 1).

Tabela 1

### *Caracterização da amostra*

			Frequência	Percentagem (%)
Crianças	Idade (anos)	9	22	13.4
		10	125	76.2
		11	15	9.1
		12	2	1.2
	Sexo	Feminino	79	48.2
		Masculino	85	51.8
	Ano de escolaridade	5º	164	100.0
Pais	Sexo	Feminino	53	86.9
		Masculino	8	13.1

Foram também distribuídos questionários aos pais das crianças anteriormente referidas, os quais responderam às questões no domicílio, tendo entregue posteriormente ao professor correspondente. A amostra dos pais era constituída por 67 elementos; em 87% dos casos foi a mãe a responder e nos restantes 13% foi o pai (Tabela 2).

Tabela 2

### *Consistência interna das subescalas e total do SCARED-R: coeficientes alfa e correlação média inter-item para a versão respondida pela criança (n=164) e pelos pais (n=67)*

	Itens	Versão Criança		Versão Progenitores	
		$\alpha$	CMI	$\alpha$	CMI
Perturbação de Pânico	13	0.861	0.335	0.869	0.370
Perturbação de Ansiedade Generalizada	9	0.737	0.239	0.674	0.194
Perturbação de Ansiedade de Separação	8	0.688	0.216	0.760	0.290
Fobia Social	7	0.794	0.334	0.706	0.262
Fobia à escola	4	0.424	0.164	0.299	0.112
Fobia específica	15	0.806	0.217	0.743	0.155
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	9	0.634	0.157	0.662	0.161
Perturbação de Stress Pós-Traumático	4	0.623	0.299	0.521	0.224
Total	69	0.942	0.192	0.877	0.098

A análise dos dados foi realizada com recurso ao SPSS versão 23.

### *Análise da consistência interna das escalas*

Tanto na versão para as crianças como na versão para os pais, os questionários são escalas ordinais do tipo Likert com três alternativas de resposta (de “0” a “2”) entre “nunca ou quase nunca” e “frequentemente”. São constituídas por 69 itens, os quais se organizam em oito dimensões.

Em ambas as versões, foi analisada a consistência interna através do valor do Alfa de Cronbach, o qual é superior ao valor de 0,80 para a Escala Global, pelo que podemos considerar que os itens de ambos os questionários medem de forma adequada a dimensão global.

### *A percepção das crianças*

Quanto à prevalência das perturbações de ansiedade na nossa amostra, verificou-se que, de acordo com as respostas das crianças, 19% apresentava uma perturbação de ansiedade. Segundo a opinião deste grupo, a dimensão mais frequente foi a “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, seguida da “Perturbação Obsessiva-Compulsiva”, a “Fobia Específica” e a “Perturbação de Ansiedade Social.

Segundo as respostas das crianças, a única dimensão que se correlacionou com a idade foi a “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, a qual se apresentou superior para as idades 11/12 anos ( $p < 0.01$ ). As dimensões “Perturbação de Pânico”, “Perturbação de Ansiedade de Separação”, “Fobia Social”, “Fobia à escola”, “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” são superiores para as idades 11/12 anos e a dimensão “Fobia específica” é superior para as idades 9/10 anos, mas as diferenças observadas entre as idades não são estatisticamente significativas. De forma global, a prevalência da ansiedade foi superior para as idades 11/12 anos e inferior para as idades 9/10 anos; no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)} = 0.013$ ;  $p = 0.908$ ).

Relativamente ao sexo, e segundo as respostas das crianças, não se verificou nenhuma associação estatisticamente significativa. Contudo, as dimensões “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, “Fobia Social” e “Fobia específica” são superiores para o sexo feminino; o total da escala e as dimensões “Perturbação de Pânico”, “Perturbação de Ansiedade de Separação”, “Fobia à escola”, “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” e “Perturbação de Stress Pós-

-Traumático” foram superiores para o sexo masculino. Na amostra, a prevalência de ansiedade é superior para o sexo masculino, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=0,257$ ;  $p=0,612$ ).

Quanto à relação com as notas no 3º período do ano letivo anterior, e de acordo com a percepção das crianças, verificou-se que o total da escala e as dimensões “Perturbação de Ansiedade de Separação” e “Fobia à escola” são superiores para a nota “Suficiente”, e que a dimensão “Perturbação de Pânico” diminui com o aumento da nota, sendo as diferenças observadas entre as categorias da nota estatisticamente significativas. Para as restantes dimensões, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias das notas no 3º período do ano anterior; no entanto, verificou-se que as dimensões “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, “Fobia Social” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” diminuem com o aumento da nota, a dimensão “Fobia específica” é superior para a nota “Suficiente” e inferior para a nota “Bom”, a dimensão “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” é superior para a nota “Suficiente”. A prevalência de ansiedade é superior para a nota “Suficiente”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(2)}=13,602$ ;  $p=0,001$ ).

### *A percepção dos pais*

Quanto à prevalência das perturbações de ansiedade na nossa mostra e, de acordo com as respostas dos pais, verificou-se que apenas 9% das crianças apresentava perturbações de ansiedade. Segundo a opinião deste grupo, a dimensão mais frequente foi “Perturbação de Ansiedade Generalizada” seguida de “Fobia Específica”, “Perturbação de Ansiedade de Separação” e “Perturbação Obsessiva-Compulsiva”.

De acordo com a percepção dos pais, verificou-se que não existia diferença estatisticamente significativa entre a idade e a escala global e todas as dimensões. No entanto, na amostra, o total da escala e as dimensões “Perturbação de Pânico”, “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, “Fobia Social”, “Fobia à escola”, “Fobia específica”, “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” são superiores para as idades 11/12 anos e a dimensão “Perturbação de Ansiedade de Separação” é superior para as idades 9/10 anos. Na amostra, a prevalência de ansiedade é superior para as idades 11/12 anos e inferior para as idades 9/10 anos, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=1,416$ ;  $p=0,234$ ).

Relativamente ao sexo, e segundo as respostas dos pais, a dimensão “Perturbação de Pânico” é superior para o sexo masculino ( $p=0.034$ ) e a dimensão “Fobia específica” é superior para o sexo feminino ( $p=0.035$ ), sendo as diferenças entre os sexos estatisticamente significativas. Para a Escala Global e as restantes dimensões, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos; no entanto, o total da escala e as dimensões “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, “Perturbação de Ansiedade de Separação”, “Fobia à escola”, “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” são superiores para o sexo masculino e a dimensão “Fobia Social” era superior para o sexo feminino. A prevalência de ansiedade foi superior para o sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=4.387; p=0.036$ ).

Quanto à relação com as notas do 3º período do ano letivo anterior, verificou-se que a dimensão “Fobia à escola” é inferior para a nota “Muito Bom”, sendo as diferenças observadas entre as categorias da nota estatisticamente significativas ( $p<0.01$ ). Para a Escala Global e para as restantes dimensões, não existem diferenças estatisticamente significativas; no entanto, verificou-se que o total da escala é inferior para a nota “Muito Bom”, as dimensões “Perturbação de Pânico” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” são superiores para a nota “Bom” e inferiores para a nota “Suficiente”, a dimensão “Perturbação de Ansiedade Generalizada” diminui com o aumento da nota, a dimensão “Perturbação de Ansiedade de Separação” é inferior para a nota “Muito Bom”, a dimensão “Fobia Social” aumenta com o aumento da nota, as dimensões “Fobia específica” e “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” são superiores para a nota “Bom” e inferiores para a nota “Muito Bom”. Na amostra, a prevalência de ansiedade apenas ocorre para a nota “Muito Bom”, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(2)}=1.813; p=0.404$ ).

### *Comparação entre a perceção das crianças e pais*

Na amostra, a prevalência de ansiedade é superior de acordo com a perceção das crianças (Tabelas 3 e 4), mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, como indica o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2_{(1)}=2.871; p=0.090$ ).

A Escala Global e as dimensões “Perturbação de Pânico”, “Fobia Social”, “Perturbação Obsessivo-Compulsiva” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” são superiores de acordo com a perceção das crianças, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $p<0.01$ ) (Tabela 3). As restantes

dimensões são superiores de acordo com a percepção das crianças, mas as diferenças observadas entre as percepções de crianças e pais não são estatisticamente significativas (Tabela 3).

Tabela 3

*Estatística descritiva e teste t: Relação entre a escala SCARED-R e a percepção das crianças e dos pais*

		N	Média	Desvio Padrão	Teste t	p
Perturbação de Pânico	Crianças	153	5.38	4.778	4.012	**0.000
	Pais	65	2.75	3.419		
Perturbação de Ansiedade Generalizada	Crianças	155	7.97	3.741	0.639	0.524
	Pais	66	7.64	2.975		
Perturbação de Ansiedade de Separação	Crianças	159	6.33	3.111	1.572	0.117
	Pais	64	5.59	3.342		
Fobia Social	Crianças	159	5.87	3.559	4.217	**0.000
	Pais	66	3.85	2.476		
Fobia Escolar	Crianças	157	1.24	1.359	1.092	0.276
	Pais	67	1.03	1.114		
Fobia Específica	Crianças	147	7.90	5.503	0.504	0.615
	Pais	66	7.52	4.528		
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	Crianças	155	7.91	3.159	7.584	**0.000
	Pais	65	4.49	2.768		
Perturbação de Stress Pós-Traumático	Crianças	155	3.07	2.061	4.508	**0.000
	Pais	64	1.81	1.332		
Total	Crianças	118	44.90	21.253	3.400	**0.001
	Pais	57	34.49	12.999		

*Nota.* \*\*  $p < 0.01$ .

Tabela 4

*Tabela de frequências: Relação entre a prevalência de ansiedade e a percepção das crianças e pais*

Sexo		Prevalência de ansiedade	
		Sem perturbação de ansiedade	Com perturbação de ansiedade
Feminino	N	45	9
	%	83.3%	16.7%
Masculino	N	51	13
	%	79.7%	20.3%

## DISCUSSÃO

Quanto à prevalência das perturbações de ansiedade na nossa mostra, verificou-se que, de acordo com as respostas das crianças, 19% apresentava uma perturbação de ansiedade, o que vai de encontro com os resultados de



outros estudos, que estimam que a prevalência de perturbações de ansiedade na infância se encontre entre os 10 e 20%<sup>(8-12)</sup>. No entanto, de acordo com as respostas dos pais, apenas 9% das crianças apresentava perturbações de ansiedade, o que demonstra, apesar do valor não ser estatisticamente significativo, que os progenitores não têm uma perceção real da sintomatologia ansiosa dos seus filhos, indo de encontro aos resultados de outros estudos<sup>(13-16)</sup>.

A dimensão mais frequente foi a “Perturbação de Ansiedade Generalizada”, tanto na opinião das crianças como dos seus pais. Embora por ordem diferente, tanto as crianças como os pais consideram as mesmas dimensões como as mais frequentes, logo de seguida à “Perturbação de Ansiedade Generalizada”: a “Perturbação Obsessiva-Compulsiva”, a “Fobia Específica” e a “Perturbação de Ansiedade Social”.

Quanto a possíveis fatores associados a dimensões de ansiedade, avaliou-se a relação com a idade, o sexo e o desempenho escolar destas crianças. Quanto à idade, é importante sublinhar que da amostra apenas faziam parte crianças dos 9 aos 12 anos, pelo que a diferença de idades não era significativa e, conseqüentemente, verificou-se também não haver nenhum destaque relevante quanto à associação da ansiedade com a idade (à exceção da Perturbação da ansiedade generalizada, na perceção das crianças).

No entanto, segundo a literatura, sabe-se que há perturbações mais prevalentes em determinadas idades, como a Perturbação de Pânico na adolescência ou a Perturbação de Ansiedade de Separação em crianças mais pequenas<sup>(17)</sup>.

Quanto ao sexo, apesar de o esperado segundo os resultados das investigações que têm sido feitas ser uma maior prevalência de perturbações da ansiedade no sexo feminino<sup>(11,18-19)</sup>, na nossa amostra, e segundo as respostas das crianças, não se verificou nenhuma associação estatisticamente significativa. No entanto, houve já alguns estudos em que também não se verificou nenhuma associação<sup>(20)</sup>. Por outro lado, é de sublinhar que, tanto segundo as respostas das crianças, como segundo a perceção dos pais, verificou-se o predomínio do sexo masculino para as várias dimensões avaliadas. Estes dados são de extrema importância, refletindo a necessidade de uma maior atenção para crianças do sexo masculino com problemas associados a ansiedade, que podem passar despercebidos, não serem diagnosticados devidamente e, conseqüentemente, terem implicações em todos os domínios da sua vida, quer a curto, quer a longo prazo.

Em relação ao desempenho escolar, os estudos têm demonstrado que parece existir uma relação inversa entre os níveis de ansiedade em crianças e o seu desempenho escolar<sup>(20-21)</sup>. Resultados semelhantes verificaram-se na nossa amostra, em que, segundo a perceção das crianças, se verificou que o total da

escala e as várias dimensões avaliadas tendem a ser inferiores com o aumento das notas. No entanto, os pais têm a percepção de que a ansiedade pode estar mais presente em crianças com melhores notas escolares, tendo-se verificado que a prevalência de ansiedade apenas ocorre para a nota “Muito Bom”. Embora segundo a percepção dos pais existam algumas dimensões relacionadas de forma inversa com as notas escolares, verificou-se que as dimensões “Perturbação de Pânico” e “Perturbação de Stress Pós-Traumático” foram superiores para a nota “Bom” e inferiores para a nota “Suficiente”, e que a dimensão “Fobia Social” aumenta com o aumento da nota. Desta forma, será de salientar que ambos os extremos do desempenho escolar podem ser desencadeadores de ansiedade, quer pela vontade de manutenção do desempenho de alta qualidade, como pelo possível sofrimento associado a não corresponder às expectativas que podem estar a ser colocadas a cada criança; da mesma forma, a percepção dos pais relativamente a estas situações, poderá ser influenciada quer pelos seus próprios objetivos como pela sua percepção subjetiva do sofrimento sentido pelos seus filhos.

De forma geral, comparando a percepção das crianças e dos seus pais, verificou-se que as crianças referem níveis de ansiedade superiores àqueles percecionados pelos seus pais, indo de encontro ao resultado de outros estudos<sup>(16)</sup>. Pode-se colocar a hipótese deste facto ocorrer pela dificuldade destes cuidadores em lerem os sinais dos seus filhos ou, por outro lado, pelo maior tempo ausente, cada vez mais característico da sociedade atual. Segundo dados de 2018 da *Children’s Mental Health Report*<sup>(22)</sup>, em algum momento, a ansiedade afeta 30% das crianças e adolescentes, mas 80% nunca recebem ajuda, o que pode advir da falta de reconhecimento destes sintomas pelos seus familiares e estes só serem reconhecidos mais tarde, aumentando o risco de depressão e fracasso no desempenho escolar<sup>(13-16)</sup>. No entanto, é importante enfatizar que esta discrepância de percepções não implica necessariamente que um grupo seja mais preciso do que outro, mas simplesmente que as informações são baseadas em perspetivas diferentes e que a obtenção de informação dos sintomas através de várias fontes pode permitir uma avaliação mais abrangente, completa e precisa do funcionamento emocional e comportamental da criança<sup>(13-16)</sup>.

## LIMITAÇÕES

As conclusões relativas às percepções das crianças e respetivos pais devem ser interpretadas com algum cuidado uma vez que a amostra não é suficiente para ser

considerada representativa de ambos os grupos. No entanto, consideramos que esta investigação é válida, como estudo piloto que pretende ser, podendo dar-nos informações importantes da realidade da população em estudo. Devemos ainda admitir que, sendo os elementos inquiridos sobre temas potencialmente sensíveis, com questões associadas a pensamentos, emoções e comportamentos, os resultados podem englobar respostas não totalmente fiáveis.

## CONCLUSÃO

Embora as perturbações de ansiedade tenham uma elevada prevalência na infância, muitas vezes os seus cuidadores não reconhecem estes sintomas, levando a que muitas vezes não haja acompanhamento adequado e atempado, contribuindo assim para um maior risco de compromisso funcional a curto e longo prazo, quer a nível académico, familiar ou socioemocional.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*, 99, 674-678.
- (2) Pop-Jordanova, N. (2019). Different clinical expression of anxiety disorders in children and adolescents: Assessment and treatment. *PRILOZI*, 40(1), 5-40.
- (3) Teiga, R. (2014). Perturbações de ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (1ª ed., pp. 183-203). Lidel.
- (4) Keeley, M. L., & Storch, E. A. (2009). Anxiety disorders in youth. *J Pediatr Nurs*, 24(1), 26-40.
- (5) Cartwright-hatton, S., Mcnicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26, 817-833.
- (6) Silva, F. (2014). Perturbações obsessivo-compulsivas. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e da adolescência* (1ª ed., pp. 205-222). Lidel.
- (7) Wehry, A. M., Beesdo-baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep*, 17(7), 1-19.
- (8) Patel, D. R., Feucht, C., Brown, K., & Ramsay, J. (2018). Pharmacological treatment of anxiety disorders in children and adolescents: A review for practitioners. *Transl Pediatr*, 7(1), 23-35.

- (9) Sakolsky, D., & Birmaher, B. (2008). Pediatric anxiety disorders: Management in primary care. *Curr Opin Pediatr*, 20, 538-543.
- (10) Chavira, D., Stein, M., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depress Anxiety*, 20, 155-164.
- (11) Abbo, C., Kinyanda, E., Kizza, R. B., Levin, J., Ndyabangi, S., & Stein, D. J. (2013). Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(1), 1.
- (12) Costello, E., Egger, H., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 14(4), 631-648.
- (13) Klein, R. G. (1991). Parent-child agreement in clinical assessment of anxiety and other psychopathology: A review. *J Anxiety Disord*, 5(2), 187-198.
- (14) Kashani, H. J., Orvaschel, H., Burk, J. P., & Reid, J. C. (1985). Informant variance: The issue of parent-child disagreement. *J Am Acad Child Psychiatry*, 24(4), 437-441.
- (15) Engel, N. A., Rodrigue, J. R., & Geffken, G. R. (1994). Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychol Rep*, 75(3), 1251-1260.
- (16) Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., & Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *J Child Psychol Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- (17) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5*. Artmed.
- (18) Salvador, C., Matos, A. P., Oliveira, S., March, J. S., Arnarson, E. Ö., Carey, S. C., & Craighead, W. E. (2017). A escala multidimensional de ansiedade para crianças (MASC): Propriedades psicométricas e análise fatorial confirmatória numa amostra de adolescentes portuguesas [The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Portuguese Adolescents]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 45(3), 33-46.
- (19) Layne, A. E., Bernstein, G. A., & March, J. S. (2009). Teacher awareness of anxiety symptoms in children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 36, 383-392.
- (20) Mazzone, L., Ducci, F., Scoto, M. C., Passaniti, E., Arrigo, V. G. D., & Vitiello, B. (2007). The role of anxiety symptoms in school performance in a community sample of children and adolescents. *BMC Public Heal*, 7, 1-6.
- (21) Carey, E., Devine, A., Hill, F., & Szucs, D. (2017) Differentiating anxiety forms and their role in academic performance from primary to secondary school. *PLoS One*, 12(3), 1-20.
- (22) Child Mind Institute. (2019). *2018 Children's mental health report: Understanding anxiety in children and teens*. Child Mind Institute.

## ABSTRACT

*Anxiety disorders are one of the most common psychiatric conditions of childhood and adolescence, which leads to a reduction on the child's overall academic, family and social functioning, as well as an increased risk for life-long comorbid psychiatric disorders. The aim of the present study was to compare the perception of children and their parents regarding the prevalence of anxiety disorders and possible associated factors. Our study involved all students of the 5th year of the Grão Vasco School Group and their parents. Each group completed the the SCARED-R questionnaires, version for children and version for parents, respectively. Analysis of the internal consistency of scales, descriptive statistics, Student's t-test, ANOVA test and Chi-square test were performed, with  $p < 0.05$  being considered significant. In general, children reported anxiety levels higher than those perceived by their parents, with a prevalence of 19% according to the children's responses, but only 9% according to the parents' perception. Overall, there were no significant differences regarding age, gender or level of school performance, although there seems to be a predominance for males and an inverse relationship between children anxiety levels and their school performance. Thus, psychoeducational measures aimed at increasing caregivers' recognition of these conditions are needed to promptly establish appropriate treatment and reduce the associated functional impairment in short and long term.*

*Key words: Anxiety, Children, Parents.*

