



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LUDMILLA RIBEIRO BARRENSE

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE A SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA
DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

PETROLINA

2023

LUDMILLA RIBEIRO BARRENSE

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE A SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA
DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Lucivanda Cavalcante Borges de Sousa.

PETROLINA

2023

B271p Barrense, Ludmilla Ribeiro
Percepção de familiares sobre a sua relação com a criança diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada / Ludmilla Ribeiro Barrense. – Petrolina-PE, 2023.
viii, 77f.: il.; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, campus Petrolina, Petrolina-PE, 2023

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucivanda Cavalcante Borges de Sousa.

Inclui referências, apêndice.

1. Ansiedade nas crianças. 2. Família - Aspectos psicológicos. I. Título. II. Sousa, Lucivanda Cavalcante Borges de. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 155.41246

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UNIVASF.
Bibliotecária: Andressa Laís Machado de Matos CRB – 4/2240.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FOLHA DE APROVAÇÃO

LUDMILLA RIBEIRO BARRENSE

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE A SUA RELAÇÃO COM A CRIANÇA
DIAGNOSTICADA COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI) da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf) como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 05 de Julho de 2023.

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 LUCIVANDA CAVALCANTE BORGES DE SOUSA
Data: 25/09/2023 19:35:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lucivanda Cavalcante Borges de Sousa

Doutora em psicologia social, Colegiado de Psicologia/Univasf

(Orientadora)

Documento assinado digitalmente
 ANA LUCIA BARRETO DA FONSECA
Data: 22/09/2023 22:50:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ana Lucia Barreto da Fonseca

Doutora em Psicologia, Centro de Ciências da Saúde /UFRB

(Avaliadora externa)

Documento assinado digitalmente
 GEIDA MARIA CAVALCANTI DE SOUSA
Data: 19/09/2023 11:56:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Geida Maria Cavalcanti de Sousa

Doutora em Psicologia, Colegiado de Psicologia / Univasf

(Avaliadora interna)

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado, de muito estudo, esforço e empenho, gostaria de agradecer a algumas pessoas que me acompanharam e me apoiaram para que concretizasse essa jornada. Expresso aqui por meio, de palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista; minha sincera gratidão a todas elas.

Não consigo imaginar uma ordem de importância, pois todos tiveram uma influência na minha vida. Portanto direcionei meus agradecimentos por uma lógica de tempo.

Agradeço a DEUS, por todas as oportunidades concedidas a mim, pela força, sabedoria e tranquilidade nos momentos de frustrações e dificuldades.

Ao meu Pai e minha Mãe (*in memoriam*), pelo amor, dedicação, carinho e atenção que sempre me deram;

A minha madrinha Rosália, que todos os dias me enviava mensagens de positividade e ânimo as minhas escritas;

Aos meus irmãos, Luma e Lucas, pois, a seus modos, sempre se orgulharam de mim e confiaram em meu trabalho. Obrigada pela confiança!

À minha amiga desde a época do ensino médio, Polianna, pela amizade, atenção e tornar mais fácil e prazerosa a longa caminhada acadêmica longe dos meus;

Às minhas primeiras colegas de trabalho, Denise e Aline, por me encorajar e acreditarem em mim;

Às agentes de saúde do bairro João de Deus, Cândida, Elândia, Elisângela, Fátima, Marli, Vânia, que colaboraram na pesquisa;

Aos meus pacientes do bairro João de Deus, que participaram espontaneamente deste trabalho. Por causa deles é que esta dissertação se concretizou. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

De forma incondicional a meu esposo Jaime, pelo amor, pela presença constante, incentivo e paciência, fazendo-me acreditar que posso mais do que imagino;

À Professora Doutora Lucivanda, minha orientadora, pela manifestação de incondicional apoio e disponibilidade. Por me apresentar autores que eu não conhecia, pelos aconselhamentos assertivos, melhora na profundidade e clareza da investigação;

Às minhas colegas de mestrado, Greice e Ivana, que se tornaram às poucos amigas. Obrigada por dividir comigo as angústias, alegrias e ouvirem minhas bobagens. Foi bom poder contar com vocês!

Aos membros da banca, Profa. Dra. Ana Lúcia Barreto e a Profa. Dra. Geida Maria, por aceitarem participar da defesa. Obrigada por compartilharem tanto conhecimento e colaborarem para meu aprendizado e crescimento.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada é caracterizado como uma preocupação ininterrupta que leva a um pensamento excessivo, geralmente é uma sensação de aflição que não condiz com a real “ameaça” que o indivíduo sente. Nas crianças, suas preocupações com frequência estão relacionadas ao desempenho escolar e participação em atividades esportivas. A TAG na infância pode estar relacionado a dinâmica familiar já que ela é o primeiro núcleo de atenção, socialização e proteção. À vista dessas considerações, a presente dissertação tem como objetivo geral compreender a percepção dos familiares sobre a sua relação com a criança diagnosticada com o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Como objetivos específicos, buscou-se conhecer a percepção dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança diagnosticada com TAG; Identificar as fontes de apoio social das famílias estudadas; identificar fatores de risco no contexto familiar que podem influenciar no surgimento e agravamento dos sintomas do TAG nas crianças. Participaram do estudo 10 familiares responsáveis pelos cuidados de crianças com diagnóstico médico de TAG há mais de 6 meses, e que estavam sendo acompanhadas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Petrolina-PE. O planejamento da pesquisa teve como cunho principal um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A pesquisa foi realizada em uma UBS situada no bairro João de Deus, no município de Petrolina-PE. O método utilizado foi a história oral temática híbrida. Como instrumentos de apoio foram utilizados um questionário com informações sociodemográficas e características do contexto familiar e uma entrevista semiestruturada. A análise dos dados percorreu três etapas em História Oral: transcrição absoluta das entrevistas, textualização e o texto final. O texto final foi organizado em quatro eixos temáticos conforme os objetivos do estudo e com base no conteúdo que apareceram nas falas dos familiares durante a entrevista: “Percepções dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança com TAG”; “fontes de apoio social ao contexto familiar da criança com TAG”; “práticas parentais e seus impactos na TAG infantil” e os “impactos da pandemia na dinâmica familiar e na TAG infantil”. No eixo I, os pais desconhecem sobre a TAG ou observavam sinais do transtorno nos filhos, mas não levaram a sério ou não tomaram como um problema. Foi observado, expressões e demonstrações de cansaço como também medo relacionado ao modo de lidar com o (a) filho (a) com TAG. No eixo II, os familiares relatam pessoas com grau de parentesco como apoiadoras no cuidado e a escola como importante fonte de apoio. No eixo III, foi identificada a comunicação negativa baseada em chantagens dos familiares, comunicação violenta, mas foi observado mudanças na prática parental pelos cuidadores. No eixo IV, foi relatado exacerbação dos sintomas ansiosos e mudanças de rotina durante o período de isolamento, mas houve maior proximidade e disponibilidade dos pais aos filhos durante o período. Destarte que os familiares e cuidadores das crianças possam refletir a respeito de suas práticas parentais de modo mais abrangente e que os resultados da pesquisa possam auxiliar na promoção e implementação de treinamento sobre a temática da TAG no ambiente familiar. Sugere-se realizações de mais pesquisas que abordem o diagnóstico da TAG infantil, pois muitos profissionais podem estar a realizar o diagnóstico de maneira apressada, o que pode acarretar em imprecisão.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Generalizada. Criança. Família.

ABSTRACT

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is characterized as an uninterrupted worry that leads to excessive thinking, usually it is a feeling of distress that does not match the real "threat" that the individual feels. In children, their concerns are often related to school performance and participation in sports activities. In view of these considerations, this dissertation has the general aim to understand the family members' perception about their relationship with the child diagnosed with Generalized Anxiety Disorder (GAD). As specific objectives, we sought to understand the perception of family members about the family dynamics with the child diagnosed with GAD; to identify the social support sources from the families in this study; to identify risk factors in the family context that may influence the onset and worsening of GAD symptoms in children. The study included 10 family members responsible for the care of children with a medical diagnosis of GAD for more than 6 months, and who were being followed up in a Primary Healthcare Unit (UBS) in the city of Petrolina-PE. The research planning had a main focus on a qualitative, exploratory and descriptive study. The research was carried out in a UBS located in the João de Deus neighborhood, in the city of Petrolina-PE. Hybrid thematic oral history was used as the method. A questionnaire with sociodemographic information and characteristics of the family context and a semi-structured interview were used as support instruments. Data analysis followed three steps in Oral History: absolute transcription of interviews, textualization and the final text. The final text was organized in four thematic axes according to the objectives of the study and based on the content that appeared in the statements of the family members during the interview: "Perceptions of family members about the family dynamics with the child with GAD"; "sources of social support in the family context of the child with GAD"; "parenting practices and their impacts on children's GAD" and the "impacts of the Covid-19 pandemic on family dynamics and on children's GAD". On Axis I, parents are unaware of GAD or they observe signs of the disorder in their children, but they don't take it seriously or don't see it as a problem. It was observed expressions and demonstrations of tiredness as well as fear related to the way of dealing with the child with GAD. On axis II, family members report people with a degree of kinship as supporters in care and the school as an important source of support. On axis III it was observed and identified negative communication based on blackmail by family members, violent communication, but there were changes in parenting practice by caregivers. On axis IV, exacerbation of anxious symptoms and changes in routine were reported during the period of isolation, but there was greater proximity and availability of parents to their children during the period. Therefore, it is hoped that family members and caregivers of children can reflect on their parenting practices in a more comprehensive way and that the results of the research can assist in the promotion and implementation of training on the theme of GAD in the family context and environment. It is suggested that more research be conducted on the diagnosis of childhood generalized anxiety disorder (GAD), as many professionals may be making diagnoses hastily, which can lead to inaccuracy.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder. Child. Family.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1	MODELO BIOLÓGICO DE URIE BRONFENBRENNER	12
2.2	FAMÍLIA COMO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	18
2.3	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG) EM CRIANÇAS E O CONTEXTO FAMILIAR	22
3	METODOLOGIA	28
3.1	CONTEXTO DA PESQUISA	28
3.2	INSTRUMENTOS DA PESQUISA	29
3.3	PROCEDIMENTOS	30
3.4	ANALISE DOS DADOS	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS FAMILIARES	32
4.2	RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	34
4.2.1	Percepções dos familiares sobre a dinâmica familiar com crianças com TAG	34
4.2.2	Fontes de apoio social ao contexto familiar da criança com TAG	44
4.2.3	Práticas parentais e seus impactos na TAG infantil	48
4.2.4	Impactos da pandemia na dinâmica familiar e na TAG infantil	53
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	71
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	74
	APÊNDICE C - ENTREVISTA REFERENTE À CRIANÇA E O CONTEXTO FAMILIAR	76

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) é caracterizado como uma preocupação ininterrupta que leva a um pensamento excessivo, geralmente é uma sensação de aflição que não condiz com a real “ameaça” que o indivíduo sente (TOURINHO;HEMANNY; OLIVEIRA, 2020). Esse transtorno é acompanhado de sintomas como inquietação, irritabilidade, fadiga, perturbação do sono e tensão.

Os sintomas em adultos e crianças podem se apresentar de forma distinta: geralmente, adultos com TAG têm suas preocupações voltadas às atividades cotidianas, como problemas no emprego, saúde dos familiares, finanças e questões semelhantes. Assim, de acordo com Cavaler e Gobbi (2013), o conteúdo da preocupação de um indivíduo tende a ser adequado à idade.

Já quando o transtorno atinge crianças, suas preocupações com frequência estão relacionadas ao desempenho escolar e participação em atividades esportivas. Além disso, na criança, os sintomas de TAG são: agitação, nervosismo, fragilidade, irritabilidade e tensão muscular, embora um sintoma adicional seja exigido para crianças (DSM-5 ,2014). Estes são de difícil controle, pois tendem a acontecer mais de uma vez por dia, aproximadamente pelo período de seis meses Os sintomas também podem se manifestar fisicamente, como tremores, sudorese fria, cefaleia, insônia e vertigem. Além de tais indícios, essa doença pode vir acompanhada de pensamentos negativos, o que causa um tormento considerável e grande prejuízo nas habilidades sociais do cotidiano (SCHIRMANN *et al.*, 2019).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) descreve a ansiedade como um dos principais transtornos de saúde mental no mundo. De acordo com Rego e Maia (2021), é estimado que cerca de 10% da população infantil apresentam quadro patológico de ansiedade. Tal condição provoca prejuízo no desenvolvimento destas crianças e, por consequência, a maioria delas é encaminhada para serviços de saúde mental, devido a problemas de comportamento gerados pelo transtorno (ZUANETTI *et al.*, 2018). Dados mostram que no Brasil, as taxas de transtorno de ansiedade na infância e adolescência variam entre 6 a 20% (ASBAHR, 2004; FLEITLICH-BILYK;

GOODMAN, 2004; SILVA, 2005; VIANNA *et al.*,2009). Entre crianças brasileiras (de 11 a 12 anos), a ansiedade é constatada em 6,2% (AVILA *et al.*,2020).

Dado a elevada quantidade de crianças diagnosticadas com TAG que chegavam para atendimento de puericultura da comunidade, despertou a curiosidade em pesquisar sobre as causas deste transtorno. Dado esse diagnóstico, surgiu o interesse de aprofundar se o TAG estaria relacionado a dinâmica familiar já que é a família, que oferece o cuidado principal a criança.

Um estudo brasileiro realizado em João Pessoa - PB, considera que a ansiedade está entre os transtornos psiquiátricos que predominam na infância, sendo subdiagnosticado e subtratado, o que destaca a necessidade de conhecimento e aprofundamento teórico e prático dos profissionais. (GOMES; NÓBREGA, 2015). Além disso, é relevante trabalhar a TAG na infância, pois esta psicopatologia, pode impactar no desenvolvimento da criança por isso a importância de um olhar mais atento em estudar esse tema. A promoção de saúde tem por objetivo fortalecer fatores de proteção como forma de enfrentamento a possíveis determinantes causadores de doenças e transtornos, visando ao potencial máximo de saúde das pessoas (BUSS, 2009). Por fatores de proteção entendem-se atividades como adoção de políticas públicas, intersetorialidade de ações, criação de ambientes favoráveis à saúde e à aprendizagem de habilidades sociais e emocionais (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a importância de prevenir transtornos e promover saúde mental torna-se primordial quando se trata de transtornos de ansiedade. Juntos, promoção e prevenção ajudam no desenvolvimento da criança como um sujeito capaz de promover resiliência e com vasto repertório de habilidades sociais para evitar que possíveis fatores de risco venham a causar prejuízos em sua vida (MURTA *et al.*,2015). Esses autores afirmam que a infância é o momento em que intervenções em saúde mental têm maior importância, pois fortalecem as chances de um desenvolvimento saudável e resiliente diante de situações não favoráveis.

Autores relatam que uma das principais fontes de influências ambientais para o desenvolvimento de ansiedade em crianças é a família (CHORPITA; BARLOW, 1998; HUDSON; RAPEE, 2001; RAPEE *et al.*, 2009). De acordo

com Assis et al. (2007) o transtorno de ansiedade na infância pode estar relacionado a fatores familiares, já que as relações entre crianças e cuidadores contribuem para a formação do próprio padrão de funcionamento interno diante das circunstâncias da vida.

A família desempenha um papel fundamental no cuidado oferecido às crianças, pois de modo geral é o primeiro núcleo de atenção, socialização e proteção, além de serem estabelecidos os primeiros vínculos afetivos. Embora progressivamente os contatos e as interações das crianças fora do meio familiar sejam ampliados por período significativo, isso costuma ser mediado pelos familiares, de modo que as crianças recebem orientações direcionando como e com quem a sua vinculação comunitária e social será estabelecida (LINHARES, 2015).

Diante disso, questiona-se: Como se caracteriza o contexto familiar de crianças com transtornos ansiosos? Quais as percepções dos familiares cuidadores sobre o contexto familiar com a criança com TAG? Como os cuidadores familiares se relacionam com a criança diagnosticada com TAG? Quais fatores de risco e proteção ao desenvolvimento da criança com TAG podem estar presentes no contexto familiar das famílias estudadas?

Portanto, o objetivo da presente dissertação é analisar, a partir da perspectiva dos cuidadores responsáveis, a percepção sobre sua relação com a criança com o diagnóstico de transtornos de ansiedade generalizada (TAG) que são acompanhadas em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Petrolina - PE

Como aporte teórico, utilizaram-se os pressupostos do modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner – Processo, Pessoa, Contexto, Tempo (PPCT) (PRATI *et al.*, 2005), com destaque para as características dos elementos denominados Processo e Contexto Familiar.

Portanto, o objetivo geral da presente dissertação é analisar, a partir da perspectiva dos cuidadores responsáveis, o contexto familiar de crianças com transtornos de ansiedade generalizada (TAG) que são acompanhadas em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Petrolina - PE. Os Objetivos específicos são conhecer a percepção dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança diagnosticada com TAG; identificar as fontes de apoio social das

famílias estudadas; identificar fatores de risco no contexto familiar que podem influenciar no surgimento e agravamento dos sintomas do TAG nas crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O MODELO BIOECOLÓGICO DE URIE BRONFENBRENNER

Segundo Bronfenbrenner (1995), o desenvolvimento humano ocorre por meio de processos gradativamente mais complexos de interação recíproca entre um sujeito ativo e as pessoas, ambientes e símbolos do seu ambiente. Esse processo de reciprocidade é chamado de processo proximal, que, para ter efeitos no desenvolvimento, deve ocorrer de forma regular durante um período extenso de tempo (BRONFENBRENNER, 1995). Inicialmente, o modelo teórico de Bronfenbrenner, denominado Teoria Ecológica, privilegiava uma compreensão de desenvolvimento de forma contextualizada em ambientes naturais, visando apreender a realidade de forma mais abrangente (SARKIS; BHERING, 2009).

Com a reformulação da sua teoria, ele passa a adotar a compreensão bioecológica do desenvolvimento humano e propõe a contemplação de um esquema de quatro aspectos inter-relacionais para o entendimento do desenvolvimento humano: o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo – “Modelo PPCT”. O desenvolvimento do indivíduo, no modelo teórico-metodológico, refere-se à continuidade e mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, tanto individualmente, como em grupo, ao longo do curso de vida da pessoa e através de gerações e do tempo histórico (BRONFENBRENNER, 2005).

Para ocorrer o desenvolvimento da pessoa, ela precisa participar ativamente de interações recíprocas de complexidade crescente com pessoas com as quais desenvolve apego forte, mútuo e irracional e, com o tempo, comprometer-se com o bem-estar e desenvolvimento dos outros, preferencialmente por toda a vida. O estabelecimento e a manutenção das interações entre o cuidador e a criança dependem da disponibilidade e envolvimento de outro adulto (terceira pessoa) que dá apoio e encoraja a pessoa que cuida e interage com a criança (BRONFENBRENNER; EVANS, 2000). Bronfenbrenner (1989) propõe, ainda, que o funcionamento efetivo do processo de educar crianças no contexto familiar e em outros contextos, tais

como creches e escolas, requer que haja padrões de trocas de informações estabelecidos e contínuos, além de confiança mútua entre os principais ambientes nos quais as crianças e suas famílias vivem.

Este é o *design* de pesquisa que permite a investigação da relação entre as características da pessoa e do ambiente como fator determinante do desenvolvimento do indivíduo. O autor aponta que neste modelo as características da pessoa aparecem duas vezes: na primeira, como um dos quatro aspectos inter-relacionais citados anteriormente; e, posteriormente, o resultado do desenvolvimento poderá ser observado no indivíduo como consequência da interação cumulativa dos quatro componentes do modelo.

No modelo bioecológico podemos considerar que a pessoa é tanto produtora como produto do desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1999). A relação entre contexto, características da pessoa e processos proximais nos é pertinente na medida em que os contextos preparados para as crianças são vitais e as interações aí estabelecidas são determinantes para o seu desenvolvimento. Dessa forma, o Modelo Bioecológico passa a ser compreendido como o mais adequado para o entendimento do desenvolvimento humano.

Em relação ao aspecto do Processo, este é constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento. Para que ocorra o desenvolvimento intelectual, emocional, social e moral de um ser humano, seja ele criança ou adulto, é requisitado que haja participação ativa em interações progressivamente mais complexas e recíprocas com pessoas, e também com objetos e símbolos no ambiente imediato. Para ser efetiva, a interação tem que ocorrer em uma base bastante regular em períodos estendidos de tempo. Tais formas duradouras de interação no ambiente imediato referem-se a processos proximais. São achados exemplos de padrões duradouros destes processos na relação pais-criança e atividades de criança-criança em grupo ou jogo solitário, como leitura, aprendizado de novas habilidades, resolução de problemas, execução de tarefas complexas e aquisição de novas experiências e conhecimento (BRONFENBRENNER; CECI, 1994).

O autor ainda aponta que processos proximais são como máquinas ou motor do desenvolvimento e estes podem levar a dois principais resultados de desenvolvimento: a competência e a disfunção. A competência se refere à

aquisição e posterior desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que dirigem o comportamento da pessoa em direção a situações e domínios crescentemente avançados de desenvolvimento. A disfunção diz respeito à dificuldade da pessoa em manter o comportamento e a integração do comportamento nas variadas situações e domínios de desenvolvimento (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998), ou da interrupção frequente da obtenção de recursos necessários para avançar tanto em complexidade como em quantidade. A aprendizagem, por exemplo, se caracteriza como uma competência adquirida a partir dos processos proximais que impulsionam o sujeito à compreensão mais abrangente de suas possibilidades e aos seus contextos.

Os efeitos desenvolvimentais dos processos proximais podem variar em função dos contextos. No caso de crianças que vivem em contextos precários e, portanto, privados de condições mínimas para o desenvolvimento saudável, é provável que haja maior disfunção no desenvolvimento, sendo necessário uma preparação mais atenciosa e envolvimento dos pais ou profissionais em razão das dificuldades encontradas.

Já em relação ao caso de crianças que vivem em ambientes estáveis e com recursos diversos, os pais voltam-se para os filhos, porém focados mais pelos sinais gratificantes do desenvolvimento, estando atentos aos progressos do desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2005). A natureza da relação entre as crianças e adultos, em ambos os casos relatados anteriormente, seria determinada pela ausência ou presença, respectivamente, de condições para o desenvolvimento crescente e positivo. Os processos proximais variam em função do conteúdo e das características das pessoas. Além disso, têm efeito de reduzir ou amenizar as diferenças dos ambientes no resultado do desenvolvimento. Eles exercem mais efeitos em pessoas que estão em ambientes mais vantajosos e estáveis, no caso de competências desenvolvimentais, entendidas como aquisição e desenvolvimento posterior de conhecimento e habilidades (BRONFENBRENNER, 1999).

No que diz respeito ao componente Pessoa, este se refere ao fenômeno de constâncias e mudanças na vida do ser humano em desenvolvimento no decorrer de sua existência. A abordagem reformulada ressalta a importância de se considerar as características do indivíduo em desenvolvimento, como suas

convicções, nível de atividade, temperamento, além de suas metas e motivações. Para o autor, isso tudo tem considerável impacto na maneira em que os contextos são vivenciados pela pessoa, tanto quanto os tipos de contextos nos quais o sujeito se insere. Características relacionadas aos tipos pessoais, como gênero ou cor da pele, que podem influenciar na maneira pela qual outros lidam com a pessoa em desenvolvimento (como valores e expectativas que se têm na relação social), devem ser consideradas. Tais qualidades podem nutrir ou romper a operação de processos de crescimento psicológico. Além disso, o autor aponta que nenhuma característica da pessoa pode existir ou exercer influência sobre o desenvolvimento de forma isolada.

No modelo bioecológico proposto por Bronfenbrenner e Morris (1998), são distintos três tipos de características da pessoa que influenciam e moldam o curso do desenvolvimento humano. O primeiro tipo está relacionado às disposições que podem colocar os processos proximais em movimento e continuam sustentando a sua operação; o segundo diz respeito aos recursos bioecológicos de habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento e, por último, há características de demanda, que convidam ou desencorajam reações do contexto social que pode nutrir ou romper a operação de processos proximais.

A terceira característica é o Contexto e este se refere ao meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos desenvolvimentais. Os vários ambientes subdivididos, abrangendo tanto os ambientes mais imediatos nos quais vive a pessoa em desenvolvimento têm o poder de influenciar o curso de desenvolvimento humano. Esses ambientes são denominados micro, meso, exo e macrosistemas e estão interconectados.

O microsistema é definido como um contexto no qual há um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais experienciados face a face pela pessoa em desenvolvimento (BROFENBRENNER, 1979, 1996). O termo experienciado é enfatizado para indicar a maneira como a pessoa percebe e dá significado ao que vivencia no ambiente, o que vai além das características objetivas do meio. É no contexto dos microsistemas, que operam os processos proximais, produzindo e sustentando o desenvolvimento, embora a eficácia dos padrões de desenvolvimento dependa da estrutura e do conteúdo

dos processos proximais como relatam Bronfenbrenner e Morris (1998). As interações dentro do microsistema ocorrem com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do ambiente e são permeadas pelas características de força, de recursos e de demanda das pessoas envolvidas.

O mesmo modelo de recursos e forças que volta sua atenção para as características relevantes da pessoa em desenvolvimento pode ser aplicado também às características relevantes aos “outros significativos” no desenvolvimento da pessoa, termo dotado por Bronfenbrenner desenvolvimento a partir do conceito de G. Mead (BRONFENBRENNER,1995). Os outros significativos estão relacionados aos demais indivíduos do ambiente da pessoa em desenvolvimento. Estes “outros significativos” atuam através de seus sistemas de crenças como forças ambientais que podem funcionar, dependendo da dinâmica de seu conteúdo, como elementos ativadores e mantenedores das relações de reciprocidade com a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER,1995).

O mesossistema consiste no conjunto de microsistemas que uma pessoa frequenta e nas inter-relações estabelecidas por este nível de estrutura ecológica (BRONFENBRENNER,1979,1996). Isso é ampliado sempre que uma pessoa passa a frequentar um novo ambiente, pois os processos que operam nos diferentes ambientes frequentados pela pessoa são interdependentes, influenciando-se mutuamente (BRONFENBRENNER,1986). Por exemplo, quando uma criança ingressa no contexto escolar, ela amplia suas relações e modos de funcionamento. Os processos proximais irão se expandir e, conseqüentemente, seu desenvolvimento. Isto por si só é uma grande mudança. Para os pais e familiares próximos, lidar com a entrada de uma criança pequena na creche/pré-escola significa lidar com muitos sentimentos, por vezes ambivalentes. Tais vivências trazem para o contexto familiar novas preocupações, rotinas e adequações. Além disso, a presença de outras pessoas e cultura, ou seja, a inter-relação entre outros microsistemas, alterando todo o ciclo dos sistemas, tanto da família quanto da escola, como de outras famílias, tanto das crianças quanto dos adultos, sejam os familiares, sejam os professores. A relação entre os microsistemas no qual a criança está diretamente implicada torna-se uma real necessidade

O exossistema envolve os ambientes que a pessoa não frequenta como um participante ativo, mas que também desempenham uma influência indireta sobre o seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER,1979,1996). Três exossistemas são identificados por Bronfenbrenner (1986) como fundamentais ao desenvolvimento da pessoa, dada sua influência nos processos familiares: o trabalho dos pais, a rede de apoio social e a comunidade em que a família está inserida.

O macrossistema é composto pelo conjunto de ideologias, valores e crenças, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER,1979,1996). O conceito de microssistema implica não só a cultura em que a pessoa vive, mas também a subcultura particular em que está inserida. Envolve influências da cultura nas pessoas com quem a pessoa em desenvolvimento relaciona-se no dia-a-dia, sendo, portanto, definido pela estrutura e pelo conteúdo dos sistemas que o constituem (BRONFENBRENNER,1989).

O último componente do modelo PPCT é o Tempo, que permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Este elemento é analisado em três níveis no modelo bioecológico: microtempo, mesotempo e macrotempo.

O microtempo refere-se à continuidade e à descontinuidade, observadas dentro de pequenos episódios dos processos proximais. O modelo bioecológico condiciona a efetividade dos processos proximais à ocorrência de uma interação recíproca progressivamente mais complexa, em uma base de tempo relativamente regular. Os processos proximais não podem funcionar efetivamente em ambientes instáveis e imprevisíveis, necessitando de certa regularidade.

O mesotempo refere-se à periodicidade dos episódios de processo proximal através de intervalos maiores de tempo como dias e semanas, sendo que os efeitos cumulativos destes processos podem produzir resultados significativos no desenvolvimento.

Já o macrotempo abarca as expectativas e os eventos em mudança dentro da sociedade através das gerações, bem como a forma como estes

eventos afetam e são afetados pelos processos e resultados do desenvolvimento humano dentro do ciclo de vida. A análise do termo dentro destes níveis deve focalizar a pessoa em relação aos acontecimentos presentes em sua vida, desde os mais próximos até os mais distantes, como os grandes eventos e as transições históricas. As mudanças que ocorrem através do tempo, nas quatro propriedades do modelo bioecológico, não são apenas produtos, mas também produtoras de mudança histórica (BRONFEBRENNER; MORRIS,1998)

Na análise do elemento tempo é fundamental levar em conta não só as mudanças, que ocorrem em relação à pessoa, mas também em relação ao ambiente e a relação dinâmica entre dois processos. Os eventos históricos podem alterar o curso do desenvolvimento humano não só para o indivíduo, como para grandes segmentos da população. Como por exemplo, o caso da pandemia da Covid-19, uma guerra, a perda de alguém muito importante para essa família e para a criança com TAG.

O curso de vida do desenvolvimento do indivíduo é estruturado e fortemente influenciado pelas condições e eventos históricos (BROFENBRENNER,1986). A principal influência sobre o curso e os resultados do desenvolvimento humano dá-se através das transições biológicas e sociais relacionadas a aspectos culturalmente definidos tais como: idade, expectativas de papel e oportunidades ao longo da vida. Há dois tipos de transições: as normativas, como a entrada da criança na escola, a puberdade, o início da atividade ocupacional, o casamento e a aposentadoria; e as não normativas, como uma doença severa na família ou algum óbito, um divórcio, mudanças súbitas, perda de emprego, de moradia ou até mesmo ganhar na loteria. Tais transições ocorrem através da vida e geralmente conduzem a mudanças no desenvolvimento (BROFENBRENNER,1986).

Além disso, a vida de membros de um mesmo sistema são interdependentes, sendo afetadas pelas maneiras às quais os demais reagem às transições. Em especial na família, a forma pela qual os membros reagem a uma transição histórica ou a uma mudança de papel afeta o curso do desenvolvimento de outros membros da família tanto quanto através das gerações (BROFENBRENNER; MORRIS,1986).

2.2 Estílos de práticas parentais

A família constitui o espaço mais imediato de socialização e dependência da criança. Esta define os hábitos, a alimentação, os cuidados de saúde, a educação e também seleciona os contextos aos quais as crianças são expostas, incluindo os amigos, a creche e a pré-escola, o bairro ou comunidade onde vivem. Na sociedade ocidental contemporânea há uma expectativa de que a família desempenhe o papel de principal guardião da integridade física, emocional e psíquica das crianças (LINHARES, 2015).

Porém, a família como primeiro universo das relações, pertencente ao microsistema, essa pode apresentar tantos fatores de risco, como de proteção às crianças, de modo que poderá cuidar e educar, como também ser uma ameaça a sua existência física e psíquica (HAWLEY; DEHANN, 1996). As relações complexas desenvolvidas no meio familiar são caracterizadas como importantes fatores de proteção quando promovem relacionamentos seguros com seus membros, assinalando os cuidados parentais adequados, que estimulam o desenvolvimento da criança. Quando essas relações são marcadas por situações de abuso e/ou negligência, constituem-se como fatores de risco para o desenvolvimento infantil (POLETTI; KOLLER, 2008).

A família deve ter o papel de promover experiências adequadas para o desenvolvimento do cérebro da criança por meio das práticas parentais como a disciplina adequada, a comunicação verbal e a sensibilidade no estado emocional da criança. Desse modo, em especial na primeira infância, a família é a principal mediadora dos estímulos para formação da arquitetura do cérebro. Estas práticas, no entanto, dependem das características socioemocionais dos pais e familiares (GOLSE, 2003).

Por isso, os estilos e as práticas parentais devem estabelecer o clima de interação entre pais/cuidadores e filhos, configurando a dinâmica familiar que influencia o processo de desenvolvimento na primeira infância. As práticas parentais devem incluir ações, técnicas e métodos específicos usados para ensinar um determinado valor ou chamar a atenção da criança para adotar ou corrigir certas atitudes e comportamentos. A partir do estilo de relações

familiares exercidas nas famílias, as práticas parentais podem ser classificadas como positivas ou negativas (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO,2015).

As práticas parentais positivas que favorecem o desenvolvimento socioemocional da criança são: a minoria positiva (diálogo), que facilita a sociabilidade das crianças; o comportamento moral (aprendizagem de princípios), que estabelece na criança a capacidade de se colocar no lugar do outro; expressões afetivas (abraços e beijos), que ajudam na afetividade e elevação da autoestima; diálogo (comunicação aberta), que permite aproximação nas relações familiares; o reforço (elogios) e disciplina adequada (com base no diálogo) (MACANA, 2014). Estas práticas favorecem o desenvolvimento cognitivo e socioemocionais das crianças na primeira infância.

Já as práticas parentais negativas, reportam ao contra fluxo do desenvolvimento socioemocional e consistem em maus tratos físicos ou psicológicos, que afetam a autoestima da criança: A disciplina relaxada , faz com que a criança não siga regras e use de manipulações para tal fim; disciplina coercitiva, associada a comportamentos desafiadores; a punição inconsistente, gera dificuldade na criança em discernir é certo e o errado; a monitoria negativa (monitoramento demasiado do filho), que gera sentimento de insegurança, ansiedade, depressão dentre outras consequências; e a comunicação negativa, que constitui em elogios escassos e críticas de forma demasiada que geram insegurança (MACANA, 2014; PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO,2015).

2.3 FAMÍLIA COMO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Os cuidadores principais desempenham um papel crítico no desenvolvimento do processo de autorregulação das crianças nos diferentes níveis, fisiológicos, emocionais e comportamentais, na medida em que: a) a maior parte da regulação que a criança precisa depende dos pais antes dela ser capaz de autorregular consistentemente o próprio comportamento; b) os pais são os agentes socializadores que oferecem modelos de estratégias de autorregulação para a criança passar do controle externo exercido pelos pais para a internalização de estratégias, regras e valores para regular o próprio comportamento; c) os pais criam as contingências ambientais para o comportamento da criança; d) os pais criam as oportunidades e encorajamento para a criança exercer sua autorregulação emocional e comportamental (BERGER,2011).

A má regulação das emoções das crianças pode potencialmente afetar outras dimensões como as funções executivas de planejamento e tomada de decisões, as quais são consideradas habilidades cognitivas de resolução de problemas. Também os efeitos podem se manifestar em problemas internalizantes como a depressão, a ansiedade e o medo, assim como em comportamentos externalizantes como a agressividade e a hiperatividade (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004). Ressalta-se que dificuldades nos processos de autorregulação são fatores de risco para o desenvolvimento (LINHARES; MARTINS, 2015; OLSON *et al.*,2009; SAMEROFF, 2009).

Além do contexto familiar positivo, é importante o estabelecimento de uma rede de apoio social como amparo aos pais em momentos de estresse, possibilitando consequências positivas ao desenvolvimento das crianças (BRONFENBRENNER, 1979/1996). Fatores protetivos, portanto, são relacionados a uma rede eficiente de apoio social (POLETTI; KOLLER, 2008; COSTA; DELL'AGLIO, 2009). Esse implica na ajuda como suporte de afeto, confiança e empatia, podendo esta oferta de apoio emocional, material e afetivo realizado pela rede social do indivíduo, com o propósito de que a

pessoa apoiada sinta-se satisfeita com esse auxílio (VILLA-BOAS *et al.*, 2018). Diante dos fatores de risco para o desajuste no desenvolvimento infantil no âmbito social e emocional, são necessárias intervenções nas diversas áreas de atuação, com o objetivo de prevenir agravos nas relações familiares e no ajuste comportamental da criança. (SQUASSONI *et al.*, 2014).

Dado importância também ao comportamento parental que, ocupa um papel central na compreensão do desenvolvimento típico e atípico da criança, e o estudo da relação familiar com o infante pode contribuir para a compreensão de diversos transtornos ansiosos nesse período do desenvolvimento humano (CUMMINGS; DAVIES, 2002). Muitos modelos teóricos postulam que variações em diferentes dimensões da conduta parental são parcialmente responsáveis por alterações na ansiedade da criança (DRAKE; GINSBURG, 2012; MCLEOD *et al.*, 2007; WOOD, 2006; WOOD *et al.*, 2003; HUDSON; RAPEE, 2001; RAPEE, 2002). Desta forma, é possível também haver fatores de risco que favoreçam um déficit no potencial de desenvolvimento das crianças. Tais fatores, por sua vez, são influenciados por características estruturais e de dinâmicas internas da família. Os aspectos estruturais são associados a variáveis demográficas e socioeconômicas como o tipo de arranjo familiar, a renda e o grau de escolaridade dos pais.

Assim, as práticas parentais, que constituem os processos proximais na relação com os filhos, impactam o desenvolvimento desta positiva ou negativamente, a depender de suas características. Por sua vez, os processos proximais caracterizados por práticas parentais negativas podem influenciar o surgimento de ou intensificar os transtornos de ansiedade na criança. Estes, por sua vez, podem se instalar através das vivências repetitivas de experiências estressantes e/ou traumáticas ou pela aprendizagem de crenças fóbicas ou pela imitação de comportamentos que transmitem uma percepção negativa do mundo e do outro, tornando tudo uma ameaça constante (ANTHONY, 2009).

2.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG) EM CRIANÇAS E O CONTEXTO FAMILIAR

Os transtornos de ansiedade em crianças e jovens são comuns e constituem o maior grupo de problemas de saúde mental durante a infância. Estes podem causar um efeito significativo no funcionamento diário, criar impacto na trajetória do desenvolvimento e interferir na capacidade de aprendizagem, no desenvolvimento das amizades e nas relações familiares. Muitos transtornos de ansiedade são persistentes e, se não forem tratados, aumentam a probabilidade de problemas na idade adulta (STALLARD, 2010).

As principais causas dos transtornos de ansiedade em crianças decorrem de atributos genéticos, histórico familiar, experiências da infância, natureza da relação existente entre os pais, forma como os pais lidam com o estresse, tipos de personalidade da criança, história prévia familiar de traumas e transtornos comportamentais/emocionais, ausência do suporte social (pré e pós-trauma), histórico de depressão e ansiedade entre parentes em primeiro grau (ASSIS, 2007). Os transtornos psíquicos são multicausais, pois acoplam predisposições genéticas, ambientes familiares comprometidos e disposições pessoais dos sujeitos, sejam crianças, adolescentes, e adultos. Um ambiente com histórico de desordens psíquicas, sociais e educacionais tenderá a definir adoecimentos psíquicos em seus integrantes.

Existem múltiplos caminhos para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade em crianças que envolvem uma interação complexa entre fatores biológicos, ambientais e individuais (CASTILLO *et al.*, 2000; DRAKE; GINSBURG, 2012; MANFRO *et al.*, 2002; STALLARD, 2010). Isso está baseado no princípio de multifinalidade, de acordo com o qual um único fator pode conduzir a resultados múltiplos, e no princípio de equifinalidade, que prevê que diversos fatores podem ocasionar o mesmo resultado.

Presume-se, por exemplo, que características de temperamento inibido, um tipo de vulnerabilidade biológica, predis põem a criança a um transtorno de ansiedade, sendo ativado e mantido por fatores ambientais, tais como o comportamento parental, processos cognitivos — as cognições distorcidas —, e experiências de aprendizagem, como o condicionamento (STALLARD, 2010). Nessa perspectiva, os estudos demonstram a influência de diversos fatores no desenvolvimento da ansiedade infantil: genética, temperamento, processos de formação dos padrões de apego, psicopatologia dos pais, fatores cognitivos, experiências de condicionamento, e estilos e práticas educativas parentais

(CASTILLO *et al.*, 2000; GRAEFF, 1999; OLLENDICK; BENOIT, 2012; STALLARD, 2010).

Várias investigações têm sido realizadas no sentido de compreender os mecanismos através dos quais os pais transmitem a sua predisposição ansiosa aos filhos, embora tais processos ainda não sejam totalmente compreendidos. O primeiro mecanismo que pode explicar a relação entre perturbações de ansiedade parental e a ansiedade infantil é a transmissão genética. Estudos genéticos estimam que até 50% da predisposição ansiosa, como a inibição comportamental, a sensibilidade à ansiedade, ou medo da avaliação negativa, é hereditária. Contudo, a percentagem de hereditariedade estimada relativa a perturbações de ansiedade é inferior, cerca de 30% (BÖGELS; BRECHMAN-TOUSSAINT, 2006).

O segundo mecanismo assume uma via mais cognitiva. Pais ansiosos podem estar mais propensos a superproteger os seus filhos devido ao seu próprio viés cognitivo para ameaça, aumentando a percepção de perigo, bem como a sensibilidade ao sofrimento dos filhos (HUDSON; RAPEE, 2004). Além disso, pais com altos níveis de ansiedade podem estar mais propensos a demonstrar negatividade perante os filhos como resultado da sua baixa percepção de controle sobre o comportamento ansioso do seu filho (WHEATCROFT; CRESWELL, 2007).

Com uma criança com diagnóstico de TAG, a dinâmica familiar pode ser abalada de forma significativa atingindo, principalmente, a autoestima dos pais, uma vez que pode ser representada como falha no processo de criação dos filhos e é recorrente o sentimento de culpa sobretudo por parte das mulheres. O pouco conhecimento sobre estes problemas e o estigma social atribuído à sua ocorrência na infância acentuam as dificuldades vivenciadas pelos familiares e resultam no sofrimento de todo o núcleo familiar (ESTEVÃO *et al.*, 2016).

A qualidade da ligação afetiva que se forma ao longo do primeiro ano de vida entre a criança e os pais ou principais cuidadores, referida como apego, também tem sido apontada como um preditor importante do desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Crianças com apego inseguro têm maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade em geral e, mais especificamente, de apresentar sintomas de ansiedade social (BRUMARIU; KERNS, 2010) devido a

determinados estilos parentais, tais como superproteção e comportamentos de evitação (PENTERSEN, 2011).

Estudos mostram que, cuidadores de crianças com transtornos mentais necessitam ser alvo de atenção dos serviços de saúde, uma vez que apresentam sobrecarga pela tensão cotidiana em seus lares, pelo convívio com o sofrimento do outro, pelas preocupações com a criança, pela necessidade de prestar assistência ao menor na vida cotidiana e, ainda, pelo elevado grau de incômodo e dúvida que expressam ao supervisionar os comportamentos problemáticos da criança (MARINI *et al.*, 2010).

Além disso, pode-se verificar que o ato de cuidar pode impactar no cotidiano do cuidador, principalmente, quando o mesmo é um familiar que dedica o seu tempo integral à criança com TAG. Dessa forma, diversos aspectos podem estar associados a sobrecarga do cuidador, como o estresse, ausência de uma rede de apoio, dificuldades financeiras, a falta de lazer, entre outros fatores (CHAIM *et al.*, 2019).

Por outro lado, existem fatores externos que influenciam negativamente a função de cuidado da família, como a falta de suporte social, abandono do/a parceiro/a, a pobreza, entre outros. Ao mesmo tempo, existem fatores internos relacionados à dinâmica familiar que tendem a prejudicar muito mais as crianças, como a negligência, os maus-tratos físico, a comunicação negativa por meio de gritos e insultos ou a disciplina inconsistente, que podem levar a comportamentos inadequados dos filhos, como a mentira, a agressividade, a falta de obediência e de respeito aos pais, muitas vezes considerados problemas unicamente dos filhos (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO, 2015).

O ambiente familiar representa o mais importante contexto de desenvolvimento na primeira infância, quando ocorrem as interações face a face entre pais e crianças e as grandes aprendizagens, que contribuem para as regulações emocionais e comportamentais das crianças, assim como para seu processo de socialização. O papel dos pais na construção da personalidade dos seus filhos é inegável, sendo a “parentalidade” (parenting) a grande oportunidade para investir com qualidade no desenvolvimento humano das famílias. Conhecer bem as famílias, suas dinâmicas e formas de relacionamento entre seus membros pode ajudar a detecção precoce dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes. Atenção particular

deve ser dada às famílias expostas a situações de risco, como violências em quaisquer de suas formas, e pais ou cuidadores com transtornos mentais (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO,2015).

Quando o transtorno mental ocorre em uma criança, faz-se necessário a disponibilização de mais tempo da família para desempenhar o cuidado e isso leva a modificações na dinâmica familiar. Há mudanças no modo de organizar a vida, na relação dos indivíduos com o trabalho, na relação entre pais e os filhos, bem como na relação conjugal, necessitando, ainda, em algumas situações, de controle financeiro para poder propiciar melhor tratamento ao filho. Dessa forma, os familiares podem vivenciar desgaste físico e emocional, com impacto mais significativo para a pessoa que é a referência no cuidado da criança (BURIOLA *et al.*,2016; CAMPELO *et al.*,2014).

No período de pandemia da Covid-19 e a consequente medida de isolamento social, a dinâmica das famílias foi modificada e, embora todas as pessoas sofressem com as consequências dessa nova realidade, alguns grupos foram particularmente mais afetados (FRANCISCATO *et al.*,2020). Pesquisas têm mostrado que os pacientes com transtornos mentais estão mais vulneráveis às consequências da pandemia de Covid-19 (LIMA *et al.*, 2020; ORNELL *et al.*, 2020; FIORILLO; GORWOOD, 2020). O isolamento social prolongado, o medo da contaminação pelo coronavírus e de suas consequências para a saúde, assim como da morte e da perda de pessoas queridas, intensificaram os sintomas psicopatológicos, sobretudo quando somado à falta de aporte financeiro e material, e da ausência de informações seguras a respeito da pandemia. Um exemplo são as crianças (MARQUES *et al.*, 2020), e em especial as que vivem em condições de vulnerabilidade (MARQUES *et al.*, 2020; PASTORE, 2020).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) adverte que:

As tensões acumuladas com temores sobre a pandemia, a intensa convivência familiar, a sobrecarga de tarefas domésticas e o home office ou a falta de emprego e renda podem ser geradoras ou agravantes de conflitos e violências em muitos lares (UNICEF,2020).

Ademais, os diversos estressores “característicos desse período podem aumentar a chance de violência e os desfechos negativos à saúde física e mental das crianças” (FIOCRUZ, 2020).

As crianças que apresentavam diagnóstico de transtorno mental antes da pandemia, a exemplo da TAG, foram bastante afetadas e tiveram suas vulnerabilidades potencializadas no período de quarentena (CASTILLO; VELASCO, 2020). A solidão e a falta de rotina foram agravantes para o bem-estar e para o quadro de alterações psicológicas previamente existentes (MORGÜL *et al.*, 2020). As crianças nesta condição não estão acostumadas às variações no ambiente, de forma que pode haver uma exacerbação nos sintomas e problemas comportamentais, mesmo para que aquelas que recebem terapia e outros tratamentos correm alto risco de apresentarem alterações psicossociais (ROMERO *et al.*, 2020).

Questões como o medo, a ansiedade, a falta de conhecimento associada à sobrecarga de informações e notícias falsas, incerteza econômica, renda familiar comprometida em função do isolamento social, e sobrecarga física e emocional sobre a figura do cuidador, que geralmente é representado pela mãe, podem influenciar negativamente o contexto familiar e trazer ainda mais impactos para a saúde mental das crianças e de seus cuidadores (KAVOOR, 2020).

Questiona-se, assim: Como os cuidadores familiares percebem sua relação com a criança diagnosticada com TAG? De que forma essa dinâmica relacional pode estar relacionada aos sintomas ansiosos apresentados pela criança? Reconhece-se a importância dessa temática, pois conhecer a percepção dos familiares sobre sua relação com a criança com TAG pode ajudar a compreender os fatores de risco relacionados a esse transtorno, assim como contribuir para possibilidades de intervenção sobre essa temática no contexto da família.

Diante dessas considerações, esta dissertação teve como objetivo geral compreender como os cuidadores familiares percebem sua relação com a criança diagnosticada com TAG? identificar as fontes de apoio social das famílias estudada, como também analisar os fatores de risco no contexto familiar que podem influenciar no surgimento e agravamento dos sintomas do TAG nas crianças.

3 METODOLOGIA

O planejamento da pesquisa teve como cunho principal um estudo qualitativo, exploratório e descritivo. No paradigma qualitativo, de acordo com Minayo e Sanches (1993), utilizou-se um processo que descreve, compreende e explica os fenômenos que possibilitam a análise das práticas sociais com eficiência na compreensão da generalização e da particularização. Ainda de acordo com os autores:

Desta forma, uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifestada e atingir os significados latentes (1993, p. 246).

Nesse sentido, a abordagem qualitativa possibilita a compreensão dos fenômenos psicológicos e sociais, de acordo com a visão dos participantes implicados na situação pesquisada. Também é descritivo, porque se buscou conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir, descrevendo as características de uma determinada população e fenômeno. Enfim, considera-se um estudo descritivo no qual observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Procura descobrir, com maior precisão possível a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua e suas características (CERVO *et al.*, 2007).

O acesso as crianças foi através do prontuário eletrônico que pode ser definido como um registro clínico e administrativo informatizado da saúde e doença do paciente que contem anotações do exame físico, diagnósticos de saúde, planejamento, prescrição, atestados, exames complementares e laboratoriais, procedimentos realizados por todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional no ambiente de saúde seja ele ambulatorial, hospitalar ou domiciliar (GAMBI, 2013; PATRÍCIO *et al.*, 2011). Participaram do estudo 10 familiares responsáveis pelos cuidados de crianças com diagnóstico médico de TAG há mais de 6 meses Estes diagnósticos são oriundos de psiquiatras do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPIs) e rede particular. Durante a realização dessa pesquisa as crianças estavam acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro João de Deus, de Petrolina/Pernambuco.

3.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma UBS situada no bairro João de Deus, no município de Petrolina-PE, em sala reservada e preparada cuidadosamente para a entrevista, agendada individualmente conforme disponibilidade do participante. A UBS da população em estudo atende pessoas em situação de risco, vulnerabilidade socioeconômica, índices elevados de violência e dificuldades relacionadas à infraestrutura do bairro (saneamento).

Do ponto de vista estrutural, é importante salientar o papel das políticas públicas para garantir o acesso à saúde, nutrição, água e saneamento, habitação, educação e lazer. Esses são contribuintes nos cuidados adequados ao desenvolvimento integral das crianças e a falta destes conduz para a ampliação das vulnerabilidades das famílias (MAITRA, 2005). Os profissionais dos diferentes setores sociais precisam elevar a posição da família nas interações, compartilhando saberes e fornecendo sustentabilidade em direção oposta às vulnerabilidades sociais, individuais e institucionais (MELO, 2014).

3.2 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foi utilizado como método nesse estudo na coleta dos dados, a técnica 'história oral temática híbrida'. A história oral pode ser percebida de formas distintas: como método, ferramenta, técnica, disciplina e forma de saber. Nesta pesquisa será utilizada como método, pois sua centralidade está nas entrevistas e seu maior interesse está no que é dito pelos colaboradores; esta forma de abordagem fornece suporte a estudos cuja proposta é compreender a vivência social individual e/ou coletiva dos colaboradores mediante os acontecimentos que permeiam sua realidade e afetam sua forma de ser e interagir na sociedade. (MEIHY; HOLANDA, 2014).

Quando se aborda a metodologia da História Oral, Meihy e Holanda (2014) apresentam três tipos distintos de história oral, sendo elas: a história oral de vida, a temática e tradição oral. A História Oral temática possui ainda divisões, podendo se apresentar na forma de história oral temática pura e história oral híbrida. A primeira valoriza a construção do percurso narrativo e a segunda possui enfoque em assuntos específicos.

Diante disso, foi utilizada a História Oral temática híbrida neste estudo, pois essa categoria possui um foco central que justifica que no ato da

entrevista seja feito um recorte e condução do projeto com mais objetividade, por meio do uso de questionário, permitindo o estabelecimento de critérios para a abordagem de temas, cooperando para o andamento da investigação elencada e alcance da resposta para o objetivo proposto. (MEIHY; HOLANDA,2014).

Como apoio, foram utilizados dois instrumentos: um questionário com informações sociodemográficas e características do contexto familiar; e uma entrevista semiestruturada com questões referentes ao relacionamento da criança e seu núcleo familiar da qual faz parte.

A história oral centralizou e destacou as narrativas, revelando a dinâmica dos familiares de crianças que têm TAG, em que especialmente o colaborador foi significativo ator, pois vivenciou o que se pretendeu conhecer (MEIHY; HOLANDA, 2017). Além disso, esse método possibilitou a investigação de experiências, percepções e vivências de indivíduos acerca de uma realidade e acontecimentos, considerando os aspectos subjetivos que, embora, ricos de significado e sentido, não podem ser mensurados de forma quantitativa. Por meio da coleta de materiais narrativos foi possível capturar e registrar o significado das vivências dos indivíduos que participaram de um processo social (MEIHY, 2014).

3.3 PROCEDIMENTOS

Foi feito contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Petrolina – PE, órgão do qual recebeu a carta de anuência enviada ao comitê de ética. Em seguida, o projeto passou pelo referido comitê em pesquisa com seres humanos. Após aprovação sob o registro 64153922.2.0000.0130, iniciou-se o processo de coleta dos dados. O pesquisador marcou um encontro com data e horário de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado para expor os objetivos da pesquisa. Esse momento, então, possibilitou a apresentação sucinta do presente trabalho, bem como a entrega e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, TCLE (Apêndice A) para os responsáveis pelas crianças.

No encontro previamente estabelecido, a pesquisadora leu as perguntas como também preencheu o questionário de acordo com a resposta do entrevistado para que o mesmo não se sentisse constrangido. No transcurso

da coleta de dados, houve demonstrações emocionais e foi prestado acolhimento para continuidade do processo, conforme o desejo do colaborador. Foi marcada uma visita na casa da família de maneira prévia na qual a pesquisadora identificou o (s) cuidador (es) principal (ais). As narrativas foram gravadas com auxílio de um gravador de aparelho celular que foi exclusivo para esta finalidade e em seguida foi feita a transcrição do texto.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados percorreu três etapas seguidas em História Oral: transcrição absoluta das entrevistas, textualização e o texto final. Na primeira etapa, a transcrição deu-se do texto oral para o escrito de forma que o texto foi constituído em sua forma bruta manteve-se também a estrutura de perguntas e respostas, bem como as repetições, erros e palavras sem peso semântico. Na segunda etapa, houve leitura com palavras sem peso semântico, pontuação adequada e perguntas retiradas para deixar o texto mais fluído; no terceiro momento foi realizada a transcrição, momento em que se fez a aproximação entre o sentido e a intenção original do que foi dito pelos colaboradores, para que, posteriormente, as histórias transcritas pudessem ser agrupadas em eixos temáticos de acordo com os objetivos e as categorias a partir das falas dos participantes.

Os temas foram organizados a partir dos objetivos deste estudo e das respostas dos participantes à entrevista, a saber: Percepções dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança com TAG; fontes de apoio social ao contexto familiar da criança com TAG; práticas parentais e seus impactos na TAG infantil e os impactos da pandemia na dinâmica familiar e na TAG infantil. É necessário destacar que as entrevistas, se analisadas isoladamente, não seriam consideradas como história oral. Dessa forma, o processo de análise foi implicado em cruzar as diversas lógicas internas de cada relato que fizeram com que se alcançasse a proposta indicada no projeto, ou seja, a análise implica não na divisão racional das entrevistas, mas sim, a partir do todo fazer, a definição dos temas relevantes (MEIHY,2014).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos dos familiares estão apresentados na Tabela 1, com o objetivo de fornecer informações sobre as características dos participantes, no que se referem à idade, estado civil, filhos, religião, renda familiar, escolaridade e grau de parentesco. Essas informações foram utilizadas nas análises do material.

Os resultados apresentados estão separados em quatro eixos temáticos, construídos de acordo com os objetivos e perguntas desta pesquisa. Cada eixo temático foi elaborado conforme os conteúdos que surgiram nas falas dos familiares durante a entrevista: Percepções dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança com TAG; Fontes de apoio social ao contexto familiar da criança com TAG; Práticas parentais e seus impactos na TAG infantil; Impactos da pandemia na dinâmica familiar e na TAG infantil.

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS FAMILIARES

Os dados sociodemográficos de idade, sexo, estado civil, filhos, renda, grau de parentesco, escolaridade e religião dos participantes estão apresentados na Tabela 1. A idade dos familiares variou entre 24 e 58 anos, com média de 41 anos. A maioria era do sexo feminino (80%), em união estável (60%), com dois filhos (70%), escolaridade ensino fundamental incompleto (40%) e de religião católica (70%).

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos familiares (n=10)

Dados	Sociodemográficos	F
Idade	24-29	5
	30-38	1
	39-44	2
	45-58	2
Sexo	Feminino	8
	Masculino	2
Estado civil	Casada	2
	Solteira	2
	União estável	6
Filhos	1	1
	2	7
	3 ou mais	2
Renda familiar	Até 1 salário mínimo	4
	Dois salários mínimos	6
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	4
	Ensino fundamental completo	2
	Ensino médio incompleto	1
	Ensino médio completo	3
Religião	Católica	7
	Evangélica	2
	Não possui religião	1
Grau de parentesco	Mãe	6
	Pai	3
	Tia	1

Fonte: O autor (2023)

Outros dados também foram destacados no questionário sociodemográfico. Em relação a idade das crianças variou entre 5 a 11 anos. Destas 5 fazem uso de medicação para ansiedade. Em relação ao benefício social, 60% responderam que não recebem e 40% responderam que recebem. Em relação à atividade laboral, 30% são trabalhadores rurais, 20% diaristas, 30% dona de casa, 10% costureira e 10% caminhoneiro. Em relação à situação

de moradia, 70% responderam que moram em casa própria, 20% tem casa alugada e 10% respondeu emprestada. Em relação a quantas pessoas moram na casa, 80% responderam 4 pessoas moram na casa, 10% responderam 5 pessoas e 10% responderam 2 pessoas. Uma das perguntas foi sobre o número de cômodos na residência: 50% possuem 4 cômodos, 20% com 3 cômodos, 10% com 5 cômodos, 10%, 10 cômodos e 10%, 08 cômodos. Foi perguntado aos participantes se eles tinham o diagnóstico de TAG e 50% responderam que não, 30% responderam que sim e 20% responderam que não sabem. Foi interrogado se alguém na família tinha diagnóstico de TAG: 50% responderam que não, 30% responderam que sim e 20% não sabem.

Um dos fatores relevantes na relação da família e o desenvolvimento das crianças é o fator sociodemográfico. Faz-se necessário destacar a situação econômica que exerce pressão na família, que por sua vez afeta diretamente o funcionamento emocional e comportamental dos pais e indiretamente o comportamento adaptativo das crianças. Na variável “nível socioeconômico”, estão incluídos marcadores educacionais e ocupacionais do indivíduo, que se associam à renda familiar.

4.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Os resultados desse tópico referem-se à análise das questões da entrevista semiestruturada. Estes resultados encontram-se separados em quatro eixos temáticos, construídos de acordo com os objetivos e perguntas desta pesquisa e, conforme já citado no início do tópico 4, cada eixo foi elaborado conforme os conteúdos que surgiam durante as falas dos familiares ao longo da entrevista.

4.2.1 Percepções dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança com TAG

Esse eixo envolve as opiniões dos pais sobre os filhos, relacionamento com a criança, rotina da família, emoções, sentimentos e dificuldades vivenciadas por pais e cuidadores de crianças com TAG.

Os pais e cuidadores relatam sobre como eles enxergam as crianças. Estes as consideram carinhosas, inteligentes e criativas, porém relatam serem impacientes, agitadas ou terem dificuldades de executar tarefas do dia-a-dia.

Os responsáveis por crianças com TAG relatam que elas se preocupam com tudo e sentimento de cansaço. Isso está ligado a vários domínios, como a escola, ou ainda com as relações sociais e a qualidade dessas relações da criança (ZUARDI, 2017). Conforme já observado, os sintomas de TAG tendem a acontecer mais de uma vez por dia e não são de fácil controle nas crianças, sendo que tais manifestações sintomáticas podem ocorrer juntamente a pensamentos negativos, acarretando diversos problemas nas habilidades sociais (SCHIRMANN; MIRANDA; GOMES *et al.*, 2019). Concomitante ao pouco conhecimento em relação a esses problemas, ainda há o estigma social atribuído às crianças que apresentam TAG, pois além de serem rotuladas como indisciplinadas e outros termos superficiais do senso comum, os familiares também recebem rotulações inadequadas quanto à criação de suas crianças, o que leva ao sofrimento de todo o núcleo familiar (ESTEVÃO *et al.*, 2016).

Há uma incidência maior de cuidadores na pesquisa que não têm diagnóstico de TAG (50%), porém chama a atenção um número alto daqueles que têm o diagnóstico (30%). Pesquisas relatam que os pais podem transmitir a sua predisposição ansiosa aos filhos, embora tais processos ainda não sejam totalmente compreendidos. O primeiro mecanismo que pode explicar a relação entre perturbações de ansiedade parental e a ansiedade infantil é a transmissão genética. Estudos genéticos estimam que até 50% da predisposição ansiosa, como a inibição comportamental, a sensibilidade à ansiedade, ou medo da avaliação negativa, é hereditária. Contudo, a percentagem de hereditariedade estimada relativa a perturbações de ansiedade é inferior, cerca de 30% (BÖGELS; BRECHMAN-TOUSSAINT, 2006).

“Ela é muito carinhosa com todos, principalmente com o irmão ela tem interesse de me ajudar. Ela é muito preocupada.” (F1 Mãe de menina, 10 anos)

“Ela precisa estar fazendo alguma coisa para passar sua inquietude e para ela se ocupar. Por que ela fica ansiosa.” (F2 Pai de menina, 10 anos)

“(Filha) é uma criança agitada, carinhosa, tudo isso. Tem hora que ela fica inquieta, agitada. Não tem paciência.” (F3 tia de menina, 5 anos)

“(Filho) é uma criança divertida, gosta de brincar. A dificuldade de (Filho) é na questão do estudo. Ele tem bloqueio que ainda não sei qual. Ele sabe das coisas, mas na hora de se expressar no papel faz errado.” (F4 mãe de menino, 10 anos)

“Ela é uma menina fechada, carinhosa e meiga. Ela quer atenção e carinho. Fechadinha no canto dela.” (F5 mãe de menina, 11 anos)

“Ele (filho) é muito inteligente, até um ponto de ser desorientado. Sempre tem os probleminhas, mas a gente procura um jeito diferente para chegar a piora, a não ser agressivo e procura um jeito de guiar”. (F6, pai de menino, 6 anos)

“Ele é uma criança impaciente, nessas horas começa o nervosismo dele. Ansioso para ir para um canto.” (F7, mãe de menino, 6 anos)

“Ele gosta de ficar no meio da rua, inventando coisas: pipa, baladeira, flecha. Fica bastante nervoso e agitado quando não consegue.” (F8, mãe de menino, 8 anos)

“(Filho) é um menino muito inteligente, gosta da escola. Só um pouco desconcentrado, descuidado com as coisas. Muito esperto. Muito ansioso. Se vai fazer qualquer coisa com ele tem que fazer logo. Não dorme quando está assim.” (F9, mãe de menino, 10 anos)

“Uma pessoa que tem dia que estar agitado, ele é muito inteligente.” (F10, pai de menino, 8 anos)

Em relação à rotina dos membros da família, os pais e cuidadores descreveram o cotidiano do dia a dia, porém não foi encontrada nas falas uma rotina organizada de horários e ações dos membros ou entre os membros. Percebeu-se pelos discursos das famílias, por conta da demanda dos afazeres domésticos ou o trabalho, ausência de auxílio por parte dos cuidadores nas atividades de rotina dos filhos.

A família constitui o espaço mais imediato de socialização e dependência da criança. Essa define os hábitos, a alimentação, os cuidados de saúde, a educação e também seleciona os contextos aos quais as crianças são expostas, incluindo os amigos, a creche e a pré-escola, o bairro ou comunidade onde vivem. É no espaço familiar que se espera que as crianças tenham asseguradas a integridade física, emocional e psíquica. Além disso, Bertotti (2012) explica que a melhor forma de precaver a ansiedade e a tristeza das crianças, é a forte presença dos pais na vida destas. Logo, pais que conversam com seus filhos, que sabem o que está acontecendo na vida deles, que

estabelecem limites e os cumprem, fazem com que a criança sinta que possui uma base segura, e sabe que pode pedir ajuda se precisar.

“Tomamos café da manhã, depois ela e o irmão vão fazer o dever de casa e depois vão brincar. O pai viaja por que ele é caminhoneiro e eu fico em casa cuidando da casa e como eu sou costureira trabalho por aqui. Ai quando é 11h eles se arrumam para ir para escola. Quando é mais tarde eles chegam da escola, vão fazer a tarefa e vão brincar na rua. Quando está por aqui a gente sai um pouco. Toma sorvete.” (F1 Mãe de menina, 10 anos)

“Durante as viagens de trabalho que eu tenho, dou jeito de sair com eles para não ficar em branco. Como eu viajo muito, dou um jeito de manter a rotina de sempre. Dou jeito de sair com eles para não ficar em branco. Vou buscar na escola. De vez quando ficamos juntos na cama eu, ela e mãe dela conversando.” (F2 Pai de menina, 10 anos)

“Quando ela está sozinha, fica quieta. Só fica mais agitada quando tem pessoas próximo a ela. Depois, tira um cochilo da tarde e tem vez que ela vai à escola. Ela estuda à tarde. Quando ela chega fica brincando na rua com os meninos. Quando meu pai chega coloca ela para dentro. Pede a ela para tomar banho. Ela dorme 7h da noite.” (F3 tia de menina, 5 anos)

“A rotina é acordar cedo, tomar café vai para escola e quando chega vai brincar. Assistir no computador.” (F4 Mãe de menino, 10 anos)

“Por que desde os 2 a 5 anos ficava o dia todo na nova semente, colocava na escola pela manhã e colocava somente a tarde. O Convívio da gente era muito pouco. Quem trabalha acabava dando atenção nas tarefas domésticas e acaba não dando atenção. Ao tempo que sobrava dava atenção a ela. Comecei a ter convívio com ela ano passado. Assim que o pai dela morreu. Tem momentos que a gente senta, assiste TV, depois ela sai e vai para o quarto. Fica no celular.” (F5 Mãe de menina, 11 anos)

“A rotina dele é acordar e brincar. Quando é mais tarde ele vai para escola. Ele brinca muito com o primo.” (F6 pai de menino, 6 anos)

“A rotina da casa, ele que acorda a gente, depois toma café e em segunda o pai dá o remédio, depois ele vai para o sofá, fica assistindo a TV. Ele não tem uma rotina por que tem dias que ele está de um jeito, e tem dias que ele está de outro.” (F7 Mãe de menino, 6 anos)

“Tomamos café juntos, mas ele sempre quer as coisas no momento dele e não tem paciência. Não costumamos sair muito”. (F8 mãe de menino, 8 anos)

“A gente não tem costume de tomar café da manhã juntos. Eu saio para trabalhar todos os dias bem cedo, mas quando podemos tomar café da manhã juntos o que eles comem, eu como com eles.” (F9 Mãe de menino, 10 anos)

“A gente acorda, toma café, depois assiste desenho. Quando tem aula ele vai para escola. Agora como está de férias geralmente a rotina escola, chega da escola, faz as tarefas ou assisti TV e as vezes ia para praça.” (F10 pai de menino, 8 anos)

Sobre o relacionamento entre os filhos e os cuidadores, muitos destes relataram ser bom pois, segundo os mesmos, há amizade, cumplicidade e que também conversam entre si. Entretanto, os cuidadores não mencionaram diálogos que compartilham a respeito de sentimentos e emoções dos filhos, tampouco como eles devem lidar com situações no cotidiano e amenizar os sintomas ansiosos.

Os cuidadores principais desempenham um papel crítico no desenvolvimento do processo de autorregulação das crianças nos diferentes níveis, fisiológicos, emocionais e comportamentais, na medida em que: a) a maior parte da regulação que a criança precisa depende dos pais, antes dela ser capaz de autorregular consistentemente o próprio comportamento; b) os pais são os agentes socializadores que oferecem modelos de estratégias de autorregulação para a criança passar do controle externo exercido pelos pais para a internalização de estratégias, regras e valores para regular o próprio comportamento; c) os pais criam as contingências ambientais para o comportamento da criança; d) os pais criam as oportunidades e encorajamento para a criança exercer sua autorregulação emocional e comportamental (BERGER, 2011).

Além disso, a falta de compartilhamento de diálogo pode estar relacionada à questão da baixa escolaridade dos pais, já que o resultado apresentou a maioria com o ensino fundamental incompleto (40%), sobretudo mulheres (80%). No estudo de Keller (1998), o autor identificou que o nível educacional e a ocupação profissional dos pais influenciam nas práticas de cuidado, na compreensão do diagnóstico, e na formulação de metas e estratégias de socialização planejadas para os filhos. De acordo com a literatura, além de a escolaridade parental, especialmente materna, propiciar maior acesso a recursos para si e para os filhos, pode estar associada a um

maior conhecimento dos pais a respeito do desenvolvimento infantil e sobre os cuidados das crianças (BORNSTEIN *et al.*,2003; RIBAS JR *et al.*,2003).

Para Ribas Jr *et al.* (2003), o maior conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil pode contribuir para o estabelecimento de interações menos conflituosas com os filhos, especialmente por que mães teriam expectativas mais reais em relação ao desenvolvimento da criança, assim como em relação aos próprios comportamentos. Isso pode diminuir a adoção de estratégias punitivas e aumentar o uso de explicações. Além disso, mais anos de escolaridade ou acesso à educação de maior qualidade poderiam contribuir para ampliação do repertório de comportamentos dos pais, o que facilitaria a diversificação de estratégias utilizadas para interagir com os filhos, principalmente de estratégias que promovam o entendimento da criança a respeito da situação, do próprio comportamento e das consequências de suas ações.

Cabe lembrar que a escolaridade é um elemento importante para o exercício das funções de cuidado à criança, pois auxilia no tratamento (administração de remédios) e na compreensão das dificuldades enfrentadas pelos pacientes e do processo terapêutico, além de facilitar a comunicação entre trabalhadores e cuidadores (KANTORSKI *et al.*, 2012).

“Muitas vezes tenho que abandonar algo que estou fazendo, para dar atenção a ela, pois ela fica triste que horas vou poder. Quando eu estou fazendo algo e ela tem interesse de me ajudar, ela sempre diz se pode ajudar. Tem coisas de adulto que eu não falo por que ela é uma criança. A gente conversa mais com ela hoje e ela entende.” (F1 Mãe de menina,10 anos)

“Nosso relacionamento de pai para filha é muito bom. De vez quando ficamos juntos na cama eu, ela e mãe dela conversando.” (F2 Pai de menina,10 anos)

“A nossa relação é de muita amizade, cumplicidade e muito amor.” (F4 Mãe de menino,10 anos)

“Fechadinha no canto dela. Brigo as vezes com ela, pois ela fica sem se comunicar comigo. A nossa comunicação começou a melhorar do que antes. Antigamente mal falava. Já conversávamos, brincávamos, assistíamos filme juntas.” (F5 Mãe de menina,11 anos)

“Minha relação com ele é muito boa. Tem que ter calma. Quando a mulher estar trabalhando, eu fico em casa com ele, fica mais quieto.” (F6 pai de menino,6 anos)

” A relação de nós dois antes era pesada para mim sabe? Mesmo tomando ele remédio, mas agora ele está ficando de boa”. (F7 Mãe de menino,6 anos)

“Ele se comporta comigo. Ele fica mais comportado. Agente conversa sobre tudo.” (F9 Mãe de menino, 10 anos)

“A nossa relação é boa. Conversamos bastante. Tem hora que estou muito cansada me fecho um pouco. Como passo maior parte com ele, por que o pai passa o tempo todo fora. Tenho que brincar, conversar. A gente conversa bastante. Sempre que ele chega da escola, sempre pergunto como foi o que ele gostou mais.” (F10 pai de menino,8 anos)

Em relação ao entendimento dos pais sobre a TAG infantil, estes relataram que desconhecem sobre esse assunto ou observavam sinais do transtorno nos filhos, mas não levaram a sério ou não tomaram como um problema.

Rapee *et al.*, (2010, p. 22) relatam que “o que parece estar acontecendo é que embora a ansiedade seja comum nas crianças, a maioria dos pais não pensam em submeter seu filho ansioso a um tratamento profissional”. Isso ocorre porque os pais pensam que essa ansiedade faz parte da personalidade da criança e não se preocupam como deveriam ou levam mais a sério o problema. O início desse transtorno costuma ser insidioso: muitas vezes, os pais têm dificuldade em dizer quando começou e relatam que foi se agravando até se tornar intolerável, época em que frequentemente procuram atendimento (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN,1996; BERNSTEIN; SHAW,1997).

“Depois que passei pela psicóloga, depois da queda de cabelo, que foi a dermatologista que encaminhou, mostrei fotos do cabelo dela. Fizemos a primeira sessão com a psicóloga. Comecei a entender.” (F1 Mãe de menina,10 anos)

“Na descoberta da ansiedade da (filha), achei que como ela nasceu de 7 meses o negócio dela era rápido de passar no meu entendimento. Achei que por que ela prematura o desenvolvimento dela era assim mesmo. Só que me dei conta que ela estava com transtorno quando começou a cair o cabelo e manchas. Corremos atrás de um profissional. Fiquei surpreso com o diagnóstico e preocupado. Depois descobrimos que era ansiedade.” (F2 Pai de menina,10 anos)

“Sobre a ansiedade eu entendo que o pessoal lá no CAPSi me passaram que a medica e assistente social.” (F3 Tia de menina,5 anos)

“Entendo que ansiedade é algo que você sofre antecipadamente e que atrapalha nossa vida.” (F4 mãe de menino, 10 anos)

“A gente achava que era birra e a gente achava que era. Ele muitas vezes causava medo na gente. Perder o folego. Acho que quando vai crescendo vai melhorando medida que vai crescendo vai melhorando.” (F6 pai de menino, 6 anos)

“O que entendo sobre ansiedade, depende da criação. O menino tem uma coisa e tem mãe que cria como se o menino fosse doido ou doente.” (F7 mãe de menino, 6 anos)

“Entendo sobre ansiedade que é muito ruim, não é bom não. Muito complicado.” (F8 mãe de menino, 8 anos)

“Não percebia nada de errado nele. Só hoje consigo perceber os sintomas.” (F9 Mãe de menino, 10 anos)

“Ele ficava com raiva quando eu falava para ele esperar, eu falar primeiro e depois ele. Ele não tem paciência. Acho que isso é um sintoma.” (F10 pai de menino, 8 anos)

É perceptível nas falas as preocupações, expressões de cansaço, culpa e medo devido à maneira que lidavam com o (a) filha (o) com TAG.

Segundo Bronfenbrenner e Morris (2006), os microsistemas são considerados como o centro gravitacional do ser biopsicossocial, pois são ambientes nos quais os papéis, as atividades e as interações face a face acontecem. Essa estrutura permite, como contexto primário de desenvolvimento, que o indivíduo observe e se engaje em atividades conjuntas e cada vez mais complexas, com o auxílio direto de pessoa (s) com quem desenvolva uma relação afetiva positiva e que essa (s) possua (m) conhecimentos e competências que o indivíduo ainda não possui.

Entretanto, é digno de nota que tal estrutura pode promover e, também, inibir o envolvimento do indivíduo em atividades na interação com o ambiente imediato. É o caso das famílias trabalhadas, a interação pais-crianças: a criança afeta a vida dos pais e vice-versa, e as atitudes e sentimentos dos pais afetam a criança; é por meio do microsistema que as estruturas de níveis mais distantes alcançam a criança em desenvolvimento (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 1975). A literatura relata que crianças ou adolescentes com transtorno mental na família provocam mudanças na rotina, hábitos e costumes

das mesmas, pois devido a essas mudanças ocorre a necessidade de adaptação à nova situação; as modificações impostas podem produzir situações de desgaste e sobrecarga física e emocional para membros familiares e cuidadores (BRASIL,2013; MONTEIRO *et al.*,2012; DUTRA,2011).

Além disso, o familiar que convive mais diretamente com a criança com o transtorno, priva-se de sua própria vida, no sentido de prestar um cuidado adequado, desgastando-se e sofrendo sobrecarga física e emocional. Esse cuidador familiar passa então a lidar, diariamente, com comportamentos imprevisíveis da criança, o que abate as expectativas sociais e gera incertezas e dificuldades no grupo familiar e na sociedade (MONTEIRO *et al.*,2012).

Outrossim, estudos como Meneguim e Ribeiro (2016) afirmam que a mulher muitas vezes assume o papel de cuidadora principal, pois é ela responsável pela maior parte dos cuidados. E isso, traz sobrecarga física e emocional, sobretudo mães, que, em muitos casos, deixam de realizar atividades para si em virtude de cuidar do filho. Percebeu-se também, neste estudo, que há cuidadores que não são mães, mas o pai ou tia, o que pode estar relacionado ao fato de se tratarem de famílias extensas.

O sentimento de culpa surge principalmente quando os familiares relacionam a ansiedade dos filhos a comportamentos considerados indisciplinados ou erroneamente rotulados como transtorno mental, temendo o julgamento pela sociedade. Esse sentimento também é recorrente principalmente entre as mulheres, pois o trabalho e os afazeres domésticos ocupam a maior parte do tempo que poderia ser dedicado ao cuidado com os filhos. Os pais e responsáveis, em diversos momentos, expressaram sentimento de culpa por não saberem lidar com a ansiedade de seus filhos. Quando os transtornos mentais atingem uma criança ou um adolescente, há necessidade de mais tempo disponível para o cuidado e isto implica mudanças severas no cotidiano das famílias, no seu modo de levar a vida, na sua relação com o trabalho, na relação com os outros filhos, na relação entre o próprio casal, no controle dos gastos e até mesmo na rotina da vida diária (GOÉS; LA CAVA,2009).

“Eu tive um tempo que eu me culpava, principalmente quando perdi minha filha mais velha. (...). Me culpei muitas vezes que acabei jogando sobrecarga no irmão dela que é autista e pedia a ela para cuidar dele.” (F1, Mãe de menina,10 anos)

“Teve vez em um passeio, para ela não se machucar, se jogar no chão, ficar teimando, voltamos para casa.” (F3, tia de menina, 5 anos)

“Teve um momento da ansiedade dela que colegas começaram a elogiar ela e ela começou a chorar. Aí fiquei naquele medo.” (F5 mãe de menina, 11 anos)

“Tem dias que está calmo, tem dias que ele está agitado. Às vezes é pesado para mim, sabe?” (F7, mãe de menino, 6 anos)

“Já estou sofrendo por antecipação em relação ao ano que vem, que ele vai para escola para meninos maiores.” (F9, Mãe de menino, 10 anos)

“Às vezes dá vontade de abandonar tudo, pois é muito dura a situação.” (F8, mãe de menino, 8 anos)

“A minha preocupação quando estou trabalhando dele ficar muito agitado.” (F10, pai de menino, 8 anos)

Os relatos dos familiares mostram que após o diagnóstico da criança, houve uma mudança em suas atitudes e sentimentos em relação ao comportamento da criança, seja aumentando o sentimento de responsabilidade desses pais, seja por meio de uma percepção nova da realidade como também demonstraram esgotamento nas ações que pudessem minimizar a manifestação dos sintomas da TAG.

O comportamento das crianças é fortemente influenciado pelos processos que os progenitores e cuidadores apresentam em suas próprias autorregulações, pois de acordo com Sanders e Mazzucchelli (2013), pais com forte capacidade de autorregulação mostram boas competências de autogestão e resolução de problemas, estabelecendo objetivos claros para seus filhos, refletindo e avaliando suas interações, selecionando e implementando estratégias de mudança.

É fato que é relevante a presença dos pais e cuidadores como co-reguladores de todos os processos da regulação cognitiva, emocional e comportamental. Há fortes evidências de que a interação com adultos mais desenvolvidos e capazes do que a criança, consiste em elemento fundamental para o progresso da mediação social adequada, que, por sua vez, promove o desenvolvimento da criança (SAMEROFF, 2009; VYGOTSKY, 1996).

“Eu faço todas as maneiras para estar com ela e vê-la feliz. Tirar pensamentos. Percebi que isso ajudou muito.” (F1 Mãe de menina,10 anos)

“Depois que ela passou pela médica, percebi mudanças no comportamento. Mudanças para melhor. Tínhamos mais cuidado com ela. Trabalhando um jeito de ocupar ela com brincadeiras, aí ela melhorou.” (F2 Pai de menina,10 anos)

“Eu senti depois desse diagnóstico que eu deveria dar mais atenção. Despertou algo que eu não estava enxergando.” (F4 Mãe de menino,10 anos)

“Comecei até convívio com ela ano passado. Tem momentos que a gente senta. Assisti TV.” (F5 mãe de menina,11 anos)

“Quando descobrimos o diagnóstico, tivemos que redobrar atenção dele. Era muita atenção.” (F6 pai de menino,6 anos)

“Depois que soube do diagnostico eu tentei melhorar no sentido de conversar com ele. Fico pesquisando mais a respeito de explicar as coisas para ele.” (F7 Mãe de menino,6 anos)

“Fiquei aliviada em saber do diagnostico dele, pois assim sei lhe dar mais. Senti certo alivio. Quando ele está ansioso eu procuro mudar o foco dele. Tiro ele de casa.” (F9 mãe de menino, 10 anos)

Além disso, este cansaço relatado pelos familiares está ligado a um elemento predominante em suas falas: as dificuldades em receber maior orientação e suporte em caráter multiprofissional. Percebe-se aqui como o contexto em que as famílias estão inseridas influencia na forma em lidar com a TAG de suas crianças, sobretudo quando se constata o macrossistema uma carência de recursos na estrutura do poder público em não oferecer o suporte necessário para essas famílias (BRONFENBRENNER, 2011).

4.2.2 Aporte profissional x Suporte social: compreensões sobre a TAG

Esse tópico refere-se à identificação e análise das fontes de apoio social dos familiares no contexto da TAG infantil. O cuidado integral a essas crianças não se restringe apenas aos pais, mas a uma rede de apoio como a equipe multiprofissional de saúde, apoios sociais e a escola de modo a servir como suportes, promovendo o bem-estar e fontes de amparo aos pais.

Por meio dos relatos, é possível perceber que as famílias encontram dificuldades em obter apoio dos profissionais de saúde, ou seja: acompanhamento, orientações e esclarecimentos em relação ao problema da

TAG infantil. Alguns familiares destacaram a importância de receberem apoio multiprofissional para auxiliá-los durante este processo de aceitação do diagnóstico e a compreensão do transtorno como uma patologia que requer tratamento. Familiares desconhecem o que é o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e se tal instituição possui ou não psicólogos e assistentes sociais. Por outro lado, os pais demonstram dificuldades ligadas ao apoio social e que gostariam de melhor acolhimento e orientação por parte das instituições e profissionais envolvidos no tratamento das crianças.

É importante que as equipes multiprofissionais forneçam apoio no sentido de serem capazes de ouvir e conhecer as demandas de cada membro da família de forma singular para que não aja fragilização da dinâmica familiar. Como também devem estar aptos para orientá-los, esclarecendo as dúvidas sobre os transtornos, contribuindo, assim, para a melhor convivência e aceitação. Familiares orientados adequadamente podem ser a base de sustentação da assistência, pois passam a identificar a necessidade de buscar novas formas de se relacionar com a criança e a importância de encontrar estratégias para o manejo das atitudes e comportamentos relacionados aos transtornos, com objetivo de promover seu desenvolvimento pessoal e social com autonomia e independência (BRUSAMARELLO *et al.*, 2018; VICENTE *et al.*, 2016; NORONHA *et al.*, 2016).

O ato de receber o diagnóstico é importante no processo de aceitação e compreensão do comportamento da criança, aspecto que também contribui para que os familiares obtenham uma nova percepção da realidade, adaptando as expectativas em relação ao crescimento e desenvolvimento de seu ente. Além disto, conhecer a fisiopatologia dos transtornos mentais e a necessidade de diferentes abordagens terapêuticas é fundamental para que, também se responsabilizem pela promoção e recuperação em saúde da criança (DOVGAN; MAZUREK, 2018).

A doença na infância, pode fragilizar vínculos familiares e desestabilizar a família; mesmo com o grau de consanguinidade, os vínculos não se estabelecem de forma homogênea, pois a capacidade de lidar com a doença é diferente para cada indivíduo (DI PRIMIO *et al.*, 2010). O suporte da rede e do apoio social é fundamental para a família no enfrentamento das dificuldades advindas da convivência com a criança com transtorno mental. Nessa

perspectiva, estudos afirmam que conhecer a rede social e o apoio social disponível pode contribuir para o cuidado à família, pois se constitui em possibilidades de ampliar estratégias para aliviar tensões e compartilhar responsabilidades, sendo o apoio social um elemento forte no auxílio à família na resolução das dificuldades (VIEIRA *et al.*,2010; DELVAN *et al.*,2010).

“Nenhum profissional me explicou sobre a ansiedade dela e também não procurei saber.” (F5 Mãe de menina,11 anos)

“O atendimento no caso dele deveria ter uma pessoa para acolher e melhorar em caso de crise...” (F6 pai de menino,6 anos)

“Para melhorar a ansiedade dele, precisava de uma pessoa para conversar acompanhar ele, pois nem todas as vezes a gente tem paciência e entende o que ele está fazendo.” (F7 Mãe de menino,6 anos)

“Acho que para melhorar os sintomas dele, poderia a terapia ocupacional está atuando, mas não tem mais.” (F8 Mãe de menino,8 anos)

“Querida alguém para nos orientar nessa parte. Não uso o CRAS. Nem sei se tem psicólogo ou assistente social.” (F2 pai de menina,10 anos)

“A gente frequenta o CRAS a maioria das vezes mais para bolsa família. O atendimento no caso deveria ter uma pessoa para acolher e melhorar em caso de crise ...” (F6 pai de menino,6 anos)

“Sobre a ansiedade eu entendo que os pessoais lá no CAPS me passaram (...) entendi pouca coisa. As coisas que os profissionais falavam eu começava a entender por que acontecia com ela em casa.” (F3 Tia de menina,5 anos)

Por outro lado, é possível perceber, pelas falas, que as famílias encontram apoio de familiares no cuidado com as crianças com TAG. Dentre as possibilidades do suporte dessas famílias, estão presentes avós e tias. Tais pessoas são solicitadas e acionadas para contribuírem na adaptação da família à nova realidade imposta a partir do diagnóstico. É enfatizada a importância desse suporte para a organização da rotina familiar; assim, pessoas com grau de parentesco são citadas na maioria das entrevistas como apoiadoras no cuidado. A coparentalidade pode ser definida como a divisão da responsabilidade, no caso, quando os familiares dividem-se acerca dos papéis parentais, permeando questões de liderança. Em um estudo realizado em Porto Alegre, foram estudadas duas famílias, percebeu-se que esse apoio e o

compartilhamento de atividades auxiliam na confiança mútua estreitam relações familiares, atuando de forma positiva no desenvolvimento social infantil (AUGUSTIN; FRIZZO, 2015).

Ressalta-se, na pesquisa, a figura do pai como cuidador principal da criança (30%). O envolvimento dos pais com os filhos configura-se como um fator de proteção para o desenvolvimento infantil (LAMB, 1997). Quando este se envolve com seus filhos durante a primeira infância e no decorrer dos anos, as crianças podem apresentar menos problemas de comportamento como agressividade e sintomas emocionais, além de desenvolver mais competências sociais (PAQUETTE, 2005). O envolvimento paterno diz respeito à forma e frequência da participação do pai na educação e no cuidado das crianças (LAMB, 1997). É importante ressaltar que não necessariamente o pai biológico precisa ocupar esse espaço, mas sim um cuidador que possa estabelecer uma relação com a criança com características que geralmente são exercidas por uma figura masculina, como estimular a criança a enfrentar desafios, a trabalhar a competitividade por meio de brincadeiras, a impor limites.

“O dia dela é ficar na cama deitada um pouquinho. Vai para o sofá assistir TV. Aí minha irmã vai dar a medicação e aí ela fica quietinha.” (F3 tia de menina, 5 anos)

“Sempre que ela tinha crise, as professoras ligavam para mim. Mandava eu ir busca-la. Eu fui só uma vez e as outras vezes era minha irmã por que ela tinha carro.” (F5 Mãe de menina, 11 anos)

“Quando vou marcar consulta dele, quem me ajuda são meus pais. Eles cuidam quando é preciso ficar com eles.” (F8 mãe de menino, 8 anos)

Percebe-se nas falas dos familiares, que a escola funciona como uma importante fonte de apoio. Geralmente, essa é a primeira instituição a perceber mudanças de comportamento ou alteração das crianças. Os professores convivem diariamente com os alunos em sala de aula, observam as posturas e atitudes das crianças e informam à coordenação pedagógica ou diretamente aos pais em reuniões. É importante ressaltar que a escola não fornece diagnósticos médicos. A relação professor-aluno é próxima no dia a dia, logo o que os professores e demais profissionais podem fazer é apontar algo no comportamento da criança que esteja destoando das demais:

“Na escola os professores pediram o laudo para ela ter uma assistente para que ela possa ser acompanhada durante as aulas, uma ajudante. Ela evoluiu um pouquinho na escola.” (F3 tia de menina, 5 anos)

“Em 2019 a professora chamou eu e (filho) para uma conversa. Quando ela me chamou e depois ele. Eu não percebi o quanto ele estava agitado.” (F4 mãe de menino, 10 anos)

“Eu não percebia que era ansiedade. Só percebia mesmo quando as professoras começaram a falar comigo. Fui renovar a matrícula dela e aí os professores me perguntaram se ela tinha ansiedade ou crise. Respondi que não. Para mim foi surpresa saber que ela tinha ansiedade.” (F5 Mãe de menina, 11 anos)

“Na escola desconfiava algo diferente. As professoras já não aguentavam mais. O encaminhamento logo no início foi da escola. Nas reuniões as professoras perguntavam se já tinham procurado um profissional.” (F6 pai de menino, 6 anos)

“As professoras já diziam que a agitação dele não era normal. Em Petrolina as professoras diziam não aguentar. Ele tinha 3 anos quando foi encaminhado.” (F7 mãe de menino, 6 anos)

A escola é classificada como uma relevante fonte de apoio de acordo com os pais, visto que é nessa instituição que seus filhos desenvolvem as maiores relações e onde os profissionais percebem melhor as características das crianças (SEMENSATO; BOSA, 2017).

Bronfenbrenner (1988) diz-nos que a família é o principal contexto da criança que fornece as principais condições para o seu desenvolvimento. Outros ambientes como a escola são importantes, mas não exercem o mesmo poder que a família. Ao percebermos o contexto atual onde crianças passam grande parte de seu dia em creches/escolas, é relevante a atuação do mesossistema família-escola como contexto para o desenvolvimento da criança. Conforme nos mostra Bronfenbrenner (1979), a perspectiva de mesossistema implica em olharmos para além da própria criança e do microsistema e incluir a análise de outros sistemas, nos quais a criança é participante. Atenção às interações da criança em casa e na escola podem nos fornecer dados importantes sobre esta.

4.2.3 Práticas parentais e seus impactos na TAG infantil

Nas falas dos cuidadores, foi possível identificar questões relacionadas à disciplina inconsistente, maus-tratos psicológicos, comunicação negativa baseada em chantagens dos familiares à criança e problemas ligados a dificuldades financeiras.

A negligência ou a agressão física e verbal podem levar a interações mal adaptadas entre cônjuges ou entre pais e filhos, prejudicando o ambiente familiar e o desenvolvimento integral das crianças. Esses fatores internos relacionados à dinâmica familiar, que tendem a prejudicar a criança, podem levar a comportamentos inadequados dos filhos, como a mentira, a agressividade, a falta de obediência e de respeito aos pais, muitas vezes considerados problemas unicamente dos filhos (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO,2015).

A má regulação das emoções das crianças pode potencialmente afetar outras dimensões como as funções executivas de planejamento e tomada de decisões, que são consideradas habilidades cognitivas de resolução de problemas. Também os efeitos podem se manifestar em problemas internalizantes como a depressão, a ansiedade e o medo, assim como em comportamentos externalizantes como a agressividade e a hiperatividade (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2004).

As práticas parentais negativas reportam ao contrafluxo do desenvolvimento socioemocional e consistem em maus tratos físicos ou psicológicos, que afetam a autoestima da criança: disciplina relaxada, que faz com que a criança não siga regras e use de manipulações para tal fim; disciplina coercitiva, que é associada a comportamentos desafiadores; a punição inconsistente, que gera dificuldade na criança em discernir o que é certo e o que é errado; a monitoria negativa (monitoramento demasiado do filho) que gera sentimento de insegurança, ansiedade, depressão dentre outras consequências, e a comunicação negativa (elogios escassos e críticas de forma demasiada) que gera insegurança (MACANA, 2014; PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO,2015).

“O pai dela era muito bruto e não deixava ela ter amigos ...Ela sofria muito na mão do pai. Ele falava palavras que a machucavam. Por ele batia nela todo dia.” (F5 mãe de menina,11 anos)

“Acho que o pai poderia melhorar a comunicação com ele, pois ele só fala ignorante com ele.” (F8 mãe de menino, 8 anos)

“Deixei de fazer algumas chantagens que fazia antes. Por exemplo, ela ficava ansiosa no dia da prova. Ela dizia quando ia ler a prova, esquecia de tudo que tinha estudado...” (F1 Mãe de menina, 10 anos)

“Eu mudei bastante a forma de lidar com ele assim que soube. Eu era muito de dar castigo, falar alto, pensava que era birra”. (F9 Mãe de menino, 10 anos)

“Depois que soube do diagnóstico eu tentei melhorar. Tento me acalmar no sentido de conversar com ele. Fico pesquisando a respeito de explicar as coisas para ele. Quem explica mais é o pai”. (F7 mãe de menino, 6 anos)

Ao mesmo tempo, podem ocorrer, na família, fatores de risco que favoreçam um déficit no potencial de desenvolvimento das crianças. Destaca-se nos resultados a questão da renda da família, que está associada aos fatores externos que influenciam negativamente a função de cuidado da família, como a falta de suporte social, abandono do/a parceiro/a, a pobreza, entre outros. Esses por sua vez, são influenciados por características estruturais e de dinâmicas internas da família. Os aspectos estruturais são associados a variáveis demográficas e socioeconômicas como o tipo de arranjo familiar, a renda e o grau de escolaridade dos pais, enquanto os aspectos de dinâmicas internas são relacionados a práticas parentais e estilos de interação entre pais e filhos (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO, 2015).

Entre os fatores de risco que podem atuar como condicionantes negativos do desenvolvimento das crianças, por influenciarem a dinâmica de cuidado, incluem-se os aspectos externos à família como os padrões demográficos (mãe solteira, adolescente, separações e divórcios) e padrões socioeconômicos (pobreza, baixa escolaridade dos pais, condições precárias de trabalho). Outras transformações nos arranjos familiares, como aumento da gravidez na adolescência e famílias monoparentais, também podem representar fatores de risco para o bem-estar das crianças (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO, 2015).

Destaca-se, nos resultados, a baixa escolaridade dos pais (40%) que reverbera na relação da compreensão do desenvolvimento das crianças sobre

as práticas parentais. O status socioeconômico, que se define por variáveis de renda da família, escolaridade e status laboral dos pais, está associado às competências parentais e ao desenvolvimento na primeira infância (CONGER, 2010). Os mecanismos dessa associação baseiam-se em dois tipos de modelos: o primeiro, denominado de modelo de estresse familiar (Family Stress Model – FSM) destaca que as dificuldades financeiras podem influenciar as relações entre o casal e as interações entre pais e filhos e, conseqüentemente, ter impactos no desenvolvimento das crianças; o segundo, chamado de modelo de investimento (Investment Model – IM) aponta o status socioeconômico como vantagem (ou também desvantagem) para o desenvolvimento infantil ao influenciar os investimentos dos pais, determinando a provisão de necessidades básicas, como alimentos, vestuário, cuidados de saúde, moradia, educação escolar, assim como materiais e atividades de aprendizagem.

“Para melhorar o comportamento dele da ansiedade, acho que se eu tivesse condições financeiras, melhoraria o comportamento. Em dar coisas para ele sendo que a gente não tem condições e aí ficamos esperando em Deus para quando melhorar as coisas. A gente explica a ele quando tiver condições a gente compra.” (F6 pai de menino, 6 anos)

“Quando a pessoa tem condição procura um jeito de comprar um brinquedo para ele se entreter.” (F6 pai de menino, 6 anos)

“No começo foi complicado, tivemos que pagar um especialista. Falta medicamentos temos que comprar.” (F10 pai de menino, 8 anos)

“Hoje quem vai para as consultas sou eu. Pego as medicações essas coisas. Tem um medicamento que ela mais precisa e não tem lá (CAPSi). Aí a gente tem que comprar, mas é caro.” (F3 tia de menina, 5 anos)

“Tive dificuldade de marcar consulta. Precisava de dinheiro para marcar consulta com o psiquiatra. Estava demorando muito a marcação.” (F9 mãe de menino, 10 anos)

O uso de bebidas alcoólicas constitui um fator de risco que permeia as relações e interfere no cuidado com os filhos. Foi relatado o efeito do consumo dessas substâncias sobre as relações familiares potencializando comportamentos ofensivos do (s) adulto (s) e que podem comprometer o desenvolvimento socioemocional infantil. A dependência química é considerada atualmente problema de saúde pública, e gera danos como a violência doméstica, perda de emprego, rupturas familiares, crimes e até morte, o que,

consequentemente afetará o desenvolvimento emocional da criança que vive nesse contexto. As relações familiares podem ser também o gatilho para o início do abuso dessas substâncias. Situações como brigas constantes entre o casal, separação, relações conflituosas com os irmãos podem ocasionar esta prática (VASCONCELOS *et al.*, 2015). Ambientes onde há falta de recursos financeiros e materiais, desemprego, fome, violências, negligência e maus-tratos, além de criminalidade, psicopatologia dos pais, alcoolismo e uso de drogas ilícitas, com perdas e abandonos, são exemplos de ambientes caóticos que podem se constituir em múltiplos riscos para o desenvolvimento das crianças (PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO, 2015).

“... Quando ele (marido) bebe, ele fala coisas ao meu filho que magoa ele. Cheguei para meu marido e disse a ele que está afetando a mim e ao (filho). ” (F4 mãe de menino, 10 anos)

“Um dia (filho) falou que preferia que o pai tivesse trabalhando do que dentro de casa. Se eu falar que (filho) falou isso, ele dá uma “pisa” no menino. Ai o pai dele é alcoólatra. Quando bebe fica agressivo.” (F8 mãe de menino, 8 anos)

As práticas parentais positivas podem constituir-se como fatores de proteção. Estas práticas, que favorecem o desenvolvimento socioemocional da criança, são: a minoria positiva (diálogo), que facilita a sociabilidade das crianças; o comportamento moral (aprendizagem de princípios), que estabelece na criança a capacidade de se colocar no lugar do outro; expressões afetivas (abraços e beijos), que ajudam na afetividade e elevação da autoestima; diálogo (comunicação aberta), que permite aproximação nas relações familiares; o reforço (elogios) e disciplina adequada (com base no diálogo) (MACANA, 2014). Tais condutas favorecem o desenvolvimento cognitivo e socioemocionais das crianças na primeira infância.

Recordando o conceito de Bronfenbrenner e Ceci (1994) sobre o Processo, esse tem como destaque a avaliação da criança com TAG e o microsistema familiar, bem como aos processos que ocorrem dentro deste modelo que está relacionado às ligações entre os diferentes níveis — e este se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento.

Para que o ser humano desenvolva-se intelectual, emocional, social e moralmente, seja ele criança ou adulto, requer os mesmos elementos: participação ativa em interação progressivamente mais complexa e recíproca com pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. São achados exemplos de padrões duradouros deste processo na relação pais-criança, executando tarefas complexas e adquirindo conhecimento e experiências novas.

Portanto, nota-se que a habilidade de correção dos pais e cuidadores contribui efetivamente para o processo de autorregulação no desenvolvimento das crianças, pois pode facilitar a internalização de princípios, regras e valores. Os programas de práticas educativas parentais facilitam a aquisição de habilidades regulatórias e o manejo do comportamento dos próprios pais e destes em relação às crianças. De acordo com Sameroff e Fiese (2000), entre as estratégias de intervenção educativas, a reeducação dos pais é fundamental, pois permite desenvolver as competências parentais básicas para regular o comportamento das crianças, ensinando e promovendo estratégias e práticas educativas parentais adequadas.

4.2.4 Impactos da pandemia na dinâmica familiar e na TAG infantil

Esse tópico discute os efeitos que o período de isolamento da pandemia modificou na dinâmica das famílias que foram entrevistadas. Nos relatos dos familiares constam estresse, medo e dificuldade em lidar com a adaptação ao período de isolamento e medidas restritivas recomendadas pelas autoridades científicas e de saúde. Em contrapartida, relataram estarem mais presentes e disponíveis aos filhos durante este período.

Neste cenário da pandemia, fatores como o medo de contrair a doença, a perda súbita da escola e mais tempo conectado à internet de forma inadequada contribuíram para o abalo da saúde mental e o agravamento da ansiedade. O afastamento da escola e do convívio social acentuaram a ansiedade infantil e seus sintomas nas crianças.

Com efeito, considerando os microambientes familiares, os processos proximais, as práticas parentais e, conseqüentemente, o desenvolvimento infantil, a pandemia gerou aspectos negativos: as incertezas e o estresse no

microssistema familiar; as condições de trabalho dos pais e as mudanças no macrossistema com novas normas trabalhistas (COSTA *et al.*,2021).

A literatura tem mostrado que os pacientes com transtornos mentais estão mais vulneráveis às consequências da pandemia de COVID-19 (LIMA *et al.*, 2020; ORNELL *et al.*, 2020; FIORILLO; GORWOOD, 2020). O isolamento social prolongado, o medo da contaminação pelo coronavírus e de suas consequências para a saúde, assim como da morte e da perda de pessoas queridas, intensificaram os sintomas psicopatológicos, sobretudo quando somado à falta de aporte financeiro e material, e da ausência de informações seguras a respeito da pandemia. Um exemplo são as crianças (MARQUES *et al.*, 2020), e em especial as que vivem em condições de vulnerabilidade (MARQUES *et al.*, 2020; PASTORE, 2020).

“Chegou a pandemia, ela chegava a chorar, onde ela demonstrou mais ansiedade.” (F1 Mãe de menina,10 anos)

“O que mais afetou ela, foi a pandemia. Ela deixou de estudar. O negócio dela era ir para escola. Ela queria participar. Foi aí que a ansiedade dela piorou. Foi na pandemia que apareceu a queda de cabelo.” (F2 Pai de menina,10 anos)

“Na época da pandemia, foi muito estressante para nós. Não podia sair de casa para canto nenhum. Na pandemia ficou mais presa.” (F3 Tia de menina,5 anos)

“Na pandemia foi muito difícil. A gente se viu em casa sem fazer nada, ele ficava muito agoniado e a gente tinha que se reinventar, pois ele é muito ansioso, por que ele não consegue ficar parado por muito tempo.” (F9 Mãe de menino,10 anos)

Por outro lado, na pandemia, os pais conseguiram estar mais próximos dos filhos coisas que eles não tinham antes. Os relacionamentos fortes e positivos entre as pessoas, em seus microssistemas, e uma rede de apoio social e afetiva podem favorecer o desenvolvimento de habilidades para superar uma violação (COSTA *et al.*,2021).

As famílias tiveram que, passar por uma reinvenção, se viram na necessidade de conviverem diariamente uns com os outros. O período de isolamento ocasionado pela pandemia do Covid-19 trouxe mudanças significativa para as pessoas, proporcionando adaptações, aproximações entre as famílias, enfim estreitamento de relações.

Os pais relataram que, nesse período, aumentaram as atividades familiares. O confinamento em casa pode oferecer oportunidades para

melhorar a interação entre pais e filhos, envolver as crianças em atividades familiares e melhorar suas habilidades de autossuficiência (WANG *et al.*,2020). As crianças são vulneráveis aos riscos ambientais. A sua saúde física e mental e o seu comportamento ao longo da vida estão profundamente enraizados nos primeiros anos (CLARK *et al.*,2020).

Os processos proximais, vivenciados com complexidade e frequência são capazes de, em conjunto com as características da pessoa, favorecer seu desenvolvimento. Conforme as crianças crescem, a tendência é que seus processos proximais se ampliem, tornem-se mais complexos, e acompanhem a ampliação das suas capacidades. Os intervalos entre períodos de atividade cada vez mais complexa tendem a tornarem-se gradativamente mais longos, ocorrendo de modo regular para que o desenvolvimento continue a avançar. Existe também uma tendência de que, conforme a criança cresce, o número de pessoas com as quais ela interage aumente de forma regular em períodos extensos de tempo. Essas pessoas são chamadas de “outros significativos” e não há limite para quantas podem funcionar nesse papel (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998).

“Durante a pandemia procurávamos fazer joguinhos de dominó. Depois quando passou a pandemia procurávamos sair um pouco. De modo gerar, brincadeiras e diversão”. (F2 Pai de menina,10 anos)

“Na pandemia provou muita coisa. A gente tentava reinventar: colocar para desenhar, inventar mais alguma coisa, brincadeira, colocava no youtube.” (F9 mãe de menino,10 anos)

Assim, a partir das entrevistas realizadas com as famílias sobre os efeitos da pandemia, constata-se, de acordo com Bronfenbrenner (2011), que eventos históricos podem alterar positiva ou negativamente o curso do desenvolvimento humano, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. A dimensão temporal compreende as transformações que acontecem na vida dos indivíduos causadas pelos eventos ambientais, assim como as transições que ocorrem ao longo de suas vidas (BENETTI *et al.*, 2013). Compreende-se que esse evento adverso, como foi a pandemia, provocou um contexto caótico e altamente estressor, que refletiu extremamente na dinâmica familiar e no desenvolvimento das crianças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo analisar, a partir da perspectiva dos cuidadores responsáveis, como eles percebem a sua relação com a criança com transtornos de ansiedade generalizada (TAG) que são acompanhadas em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Petrolina-PE. Foi possível conhecer a percepção dos familiares sobre a dinâmica familiar com a criança diagnosticada com TAG e identificaram-se as fontes de apoio social das famílias estudadas. E por fim, verificaram-se fatores de risco no contexto familiar que pode influenciar no surgimento e agravamento dos sintomas da TAG nas crianças.

A família tem um papel fundamental no cuidado oferecido às crianças, haja vista que é, em geral, o seu primeiro núcleo de atenção, socialização e proteção. Costuma ser com ela que estabelecem os primeiros vínculos afetivos. Ainda que progressivamente o contato e as interações das crianças fora do meio familiar ampliem-se por período significativo, essas costumam ser mediadas pelos familiares, de quem recebem orientações que direcionam como e com quem a sua vinculação comunitária e social será estabelecida ((LINHARES, 2015).

A dinâmica familiar é impactada quando uma criança recebe o diagnóstico de TAG, pois isso gera um sentimento de culpa nos pais por atribuírem o transtorno a falhas no processo de criação dos filhos. Isso afeta a autoestima desses pais por não saberem como lidar com a ansiedade dos filhos e, ao lado do pouco conhecimento sobre o tema, acarreta situações de sofrimento e insegurança entre os mesmos, o que pode causar conflitos familiares (MACANA, 2014; PLUCIENNIK; LAZZARI; CHICARO, 2015).

Estas reflexões corroboram com os principais resultados apresentados e discutidos nesta pesquisa. Os pais e responsáveis afirmam haver bom relacionamento envolvendo amizade e cumplicidade com os filhos, porém não há o compartilhamento de diálogos com respeito aos sentimentos e emoções dos filhos; isso seria importante para que houvesse maior proximidade e orientações sobre como lidar com as situações cotidianas e amenizar sintomas ansiosos nas crianças. Em relação à rotina dos membros da família, não houve nas falas evidências de uma rotina organizada de horários e atribuições de cada membro ou entre os membros familiares. Isso se deveu por conta da

demanda dos afazeres domésticos ou do trabalho, e também pela falta de auxílio por parte dos cuidadores nas atividades rotineiras dos filhos. Foi observado também que os pais e responsáveis consideram seus filhos como pessoas carinhosas, inteligentes e criativas, porém relatam que são impacientes, agitadas ou têm dificuldades de executar tarefas do dia a dia.

Após o diagnóstico da TAG nas crianças, houve uma mudança dos familiares em suas atitudes e sentimentos em relação ao comportamento dos filhos, pois isso promoveu uma atenção maior quanto ao sentimento de responsabilidade desses pais por meio de uma nova percepção da realidade.

Entretanto, mesmo com essas mudanças, o sentimento de dificuldades em receber maior orientação e suporte em caráter multiprofissional era uma queixa na fala das famílias. Segundo Bronfenbrenner (2011), percebendo-se como o contexto em que as famílias estão inseridas influencia na forma em lidar com a TAG de suas crianças, sobretudo quando se constata o macrosistema, que há uma carência de recursos na estrutura do poder público em não oferecer o suporte necessário para essas famílias.

Nesta pesquisa, ao longo das entrevistas e a partir das falas, dos entrevistados, foi possível observar como o fator ansiedade em alguns familiares é predominante no comportamento apresentado pelos filhos, gerando maior ansiedade nas crianças diante de situações cotidianas. Autores relatam que uma das principais fontes de influências ambientais para o desenvolvimento de ansiedade em crianças é a família (CHORPITA; BARLOW, 1998; HUDSON; RAPEE, 2001; RAPEE *et al.*, 2009). De acordo com Assis *et al.*, (2007) o transtorno de ansiedade na infância pode estar relacionado a fatores familiares, já que as relações entre crianças e cuidadores contribuem para a formação do próprio padrão de funcionamento interno diante às circunstâncias da vida.

Foi possível observar em algumas falas relatos como a disciplina inconsistente, maus-tratos psicológicos e comunicação negativa baseada em chantagens dos familiares a criança e dificuldades financeiras; esses são fatores de risco na exacerbação da TAG na criança.

Em relação ao método utilizado, a história oral híbrida possibilitou a investigação de tal dinâmica familiar com aprofundamento de sentido e compreensão de significados. Ao oportunizar aos familiares a expressão de

suas emoções, sentimentos, pensamentos e atitudes, também foram estimulados a refletir e re-significar a percepção acerca da realidade que lhes é imposta.

De forma semelhante, o estabelecimento do apoio entre os profissionais de saúde aos pacientes/familiares proporciona a manifestação de sentimentos, pensamentos e dúvidas. Esses devem valorizar e estimular a expressão tanto da criança quanto de seus familiares, pois esta estratégia auxilia na identificação das fragilidades e potencialidades, das demandas individuais e coletivas, bem como as expectativas em relação ao tratamento. Tais informações instrumentalizam a equipe de saúde no planejamento de um cuidado integral e singular.

Compreende-se que esta pesquisa não esgota as análises sobre a temática da dinâmica familiar de crianças com TAG, no entanto, fornece informações a respeito das interações do núcleo familiar e eventos estressores podendo ter influenciado nos surgimentos dos sintomas e diagnósticos e mostra a oferta de suporte social e de saúde a esta população. Também é almejado que os resultados apresentados possam subsidiar a equipe multiprofissional no trabalho com familiares de crianças com transtornos.

Destaca-se a importância da realização de mais pesquisas que abordem cautela no diagnóstico da TAG infantil, pois muitos profissionais podem estar a realizar o diagnóstico de maneira apressada, o que pode acarretar em imprecisão. Além disso, é preciso que haja mais estudos detalhados sobre o contexto da família e todo o seu processo de medicalização.

Deste modo, de acordo com o caráter interventivo que o instrumento da coleta de dados possui, espera-se que os familiares e cuidadores das crianças possam refletir a respeito de suas práticas parentais e, de modo mais abrangente, que os resultados possam auxiliar na promoção de treinamento às equipes profissionais e implementação de intervenções sobre a temática da TAG no ambiente familiar.

REFERÊNCIAS

- ANTHONY, S. M.R. **A criança com Transtornos de Ansiedade: seus ajustamentos criativos defensivos**. Revista da Abordagem Gestáltica, 2009.
- ASSIS, S. G.*et al.* **Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq (Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil), 2007. p.88.
- ASBAHR, F. R. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos**. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 2, p. 28–34, abr. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300005> .
- AUGUSTIN, D.; FRIZZO, G.B. **A Coparentalidade ao Longo do Desenvolvimento dos Filhos: Estabilidade e Mudança no 1o e 6o Ano de Vida**. Interação Psicol. v. 19, n. 1, p. 13-24, Curitiba. Jan./Abr. 2015. BENETTI, I. C.*et al.* **Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner**. Pensando Psicologia, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v9i16.620>
- BERGER, A. **Self-regulation: Brain, cognition, and development**. Washington: American Psychological Association, 2011.
- BERNSTEIN, G.A; BORCHARDT, C.M; PERWIEN, A.R. **Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, v.35, p. 1110-9, 1996.
- BERNSTEIN, G.A; SHAW, K. **Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders**. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. v.36 (10 Suppl), p.69-84, 1997.
- BERTOTTI, F. **Tristeza de criança. Vida e Saúde**. Tatuí – SP. n ° 10, p. 6-11. Outubro, 2012.
- BÖGELS, S.; BRECHMAN, T.M. **Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs**. Clinical Psychology Review, v.26, n.7, 834-856,2006.
- BORNSTEIN, M. H. *et al.* **Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and The Socioeconomic Index of Occupations**. In: M. H. Bornstein; R. H. Bradley (Org.), Socioeconomic status, parenting, and child development, pp. 29-

81,2003. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
<https://doi.org/10.4324/9781410607027>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**. v. 10, n.12, Brasília, DF,2015. Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>
 » http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf

BRASIL. Secretaria da Saúde de São Paulo. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo (SP): Instituto de Saúde, 2013. p.400. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf

BRUMARIU, L. E.; KERNS, K. A. **Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions**. *Development and Psychopathology*, v. 22, p.177-203,2010.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* **Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental**. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. v.44, n.2, p.1-11,2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/27664>.Doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2236583427664>. Acesso em: 28 mar 2023

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of Human development: Experiments by nature and design**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

BRONFENBRENNER, U. **Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives**. *Developmental Psychology*, Bowling Green, v. 22, p. 723-742, Nov. 1986.

BRONFENBRENNER, U. **Interacting systems in human development. Research paradigms: present and future**. *In* N. Bolger, A. C.; G. Downey; M. Moorehouse (Ed.), *Persons in context: Developmental processes*, p. 25- 49. New York: Cambridge University Press, 1988.

BRONFENBRENNER, U. **Ecological systems theory**. *In* R. Vasta (Ed.), **Six theories of child development: revised formulations and current issues**. pp. 185- 246). Greenwich: JAI, 1989.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. **Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model**, *Psychological Review*, Washington, D.C., American Psychological Association, n.101, p. 568-586, 1994.

BRONFENBRENNER, U. **Uma família e um mundo para o bebê XXI: sonho e realidade.** In GOMES-PEDRO, J.; Patrício, M. F. *Bebê XXI: criança e família na viragem do século.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. p.115-126.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados** (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. (Org.). **The ecology of developmental processes.** In: DAMON, W.; LERNER, R. M. (Orgs.). *Handbook of child psychology, 1: Theoretical models of human development.* New York, NY: John Wiley, 1998.

BRONFENBRENNER, U. **Environments in developmental perspective: theoretical and operational models.** FRIEDMAN, S.L.; WACKS, T. D. (Orgs.) *Conceptualization and Assesment of Environment across the life span,* Washington D. C: American Psychological Association, 1999. p. 3-30.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G.W. **Developmental Science in the 21 st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings.** *Social Development*, v.9, n.1, p.115-125, 2000.
<https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. **The bioecological model of human development.** In W. Damon; R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human developmental.* New York: John Wiley v. 1, p. 793-828. 2006.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano: tornando os seres humanos mais humanos.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, U. *Growing chaos in the lives of children, youth, and families,* 2001b. In: BRONFENBRENNER, U. (ed.) **Making human beings human: Bioecological perspectives on human development.** California: Sage Publications, 2005e, p. 185-197.

BURIOLA, A.A. *et al.* **Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá - Paraná.** *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* [Internet]. 2016
doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** Em Czeresnia, Dina; C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da Saúde.* p. 19-42. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CAMPELO, L.L.C.R.; COSTA, S.M.E.; COLVERO, L.A. **Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa.** *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. p.192-198, 2014.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600027>.

CASTILLO, A.R.G.L.*et al.* **Transtornos de ansiedade**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.22(Suppl. 2), p.20-23.2000

CASTILLO, R.P.D.Y VELASCO, M.F.P. **Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos**. Revista de psiquiatria infanto-juvenil, v.37 2: 30-44.2020

CAVALER, C. M.; GOBBI, S. L. **Transtorno de ansiedade generalizada**. 2º Simpósio de Integração Científica e Tecnológica do Sul Catarinense – SICT-Sul, 2013.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; DA SILVA, R.; **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHORPITA, B. F., BROWN, T. A., BARLOW, D. H. **Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety**. Behavior Therapy, 29, 457–476.1998

CLARK, H.*et al.* **A future for the world's children? A WHO– UNICEF–Lancet Commission**. Lancet.v.395, p.605-58,2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)

CONGER, R.; CONGER, K.; MARTIN, M. **Socioeconomic status, family processes, and individual development**. Journal of marriage and the family, v. 72, n. 3, p. 685-704, June 2010.

CHAIM, M.P.M.*et al.* **Qualidade de vida de cuidadores de crianças com transtorno do espectro autista: revisão da literatura**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, v.19, n. 01, p. 9-34,2019.

COSTA, L. G.; DELL'AGLIO, D. D. **A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social**. In: R. M. C. Libório; S. H. Koller (Eds.), Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, p. 219-263,2009.

COSTA, M. F.; CAVALCANTE, L. I.; COSTA, E. F. **O trabalho dos pais e o desenvolvimento dos filhos no contexto da pandemia de COVID-19: um olhar bioecológico**. Research, Society and Development, v. 10, n. 10, p. e169101018730, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18730>

CUMMINGS, E. M.; DAVIES, P. T. **Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research**. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43,31-63.2002

DI PRIMIO, A.O. *et al.* **Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer.** Texto & contexto enferm.; v.19, n.2, p.334-42, abr/jun. 2010.

DELVAN, J.S. *et al.* **Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil.** J. Hum. Growth Dev. v.20, n.2, p.228-37,2010.

DRAKE, K.L.; GINSBURG, G.S. **Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders.** Clinical Child and Family Psychology Review, v.15, n.1, p. 14-27,2012.

DSM-5. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: American Psychiatric Association.** Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DOVGAN, K.N., MAZUREK, M.O. **Differential Effects of Child Difficulties on Family Burdens across Diagnostic Groups.** J Child Fam Stud v.27, 872–884, 2018. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0944-9>

DUTRA, V.F.D. **O cuidado oferecido a pessoas que vivenciaram a experiência da desinstitucionalização.** Cienc. cuid. Saúde. v.10, n. 2, p.218-225, abr/ jul. 2011.

ESTEVÃO, A.R. *et al.* **A família no cuidado de enfermagem à criança: revisão integrativa.** Cogitare enferm[Internet], v.21, n.4, p.1-9,2016. Doi: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46551>

EVANS, G. W.; WACHS, T. D. (Ed.). **Chaos and its influence on children's development: an ecological perspective.** Washington, DC: American Psychological Association, p. 255-264,2010.

FIOCRUZ. Ministério da Saúde. **Cartilha Criança na pandemia – Série: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19,2020.** https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/05/crianc%CC%A7as_pandemia.pdf

FIORILLO, A.; GORWOOD, P. **The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice.** European Psychiatry. European Psychiatry; v.63, n.1, p.1-2,2020.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. **Prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes no sudeste do Brasil.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.v.43, p.727-34,2004.

GARCIA DE AVILA, M.A. *et al.* **Children's Anxiety and Factors Related to the COVID-19 Pandemic: An Exploratory Study Using the Children's Anxiety**

Questionnaire and the Numerical Rating Scale. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 5757. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>

GAMBI, E.M.F. A transição do prontuário do paciente em suporte papel para o prontuário eletrônico do paciente e seu impacto para os profissionais de um arquivo de instituição de saúde. Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. v.7, n.2, Jun., 2013

GOÉS, F.G.B.; LA CAVA, A.M. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. Rev. Eletr. Enferm [Internet]. v.11, n.4, p.942-51,2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33250>

GOLSE, B. Sobre a psicoterapia pais-bebê: narratividade, filiação e transmissão. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GOMES, G.; NÓBREGA, M. Ansiedade da hospitalização em crianças: proposta de um diagnóstico de enfermagem. João Pessoa: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2015.

GRAEFF, F. G. Ansiedade. Em: F.G. Graeff; M.L. Brandão. **Neurobiologia das doenças mentais.** São Paulo, SP: Lemos, p.135-178,1999.

FRANCISCATO GARCIA, G. H. et al. Reflexões sobre violência doméstica, covid-19 e saúde. Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente, v.8, n.2, p.313–323,2020. <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2020v8n2p313-323>

HAWLEY, D. R.; DEHANN, L. Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. Family Process, v.35, n.3, p.283- 298,1996.

HUDSON, J. L.; RAPEE, R. M. Parent-child interactions and anxiety disorders: na observational study. Behavior Research and Therapy, v.39, p.1411–1427,2001.

HUDSON, J.; RAPEE, R. From anxious temperament to disorder: an etiological model. In R. HEIMBERG, G., TURK, C.; MENNIN, D. (Eds.), Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice p. 51–76. New York: Guilford Press.2004.

KANTORSKI, L. P. et al. Perfil dos familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 85-92, 2012.

KAVOOR, A.R. Covid-19 in people with mental illness: challenges and vulnerabilities. Asian j. Psychiatry.Abril,2020

KELLER, K. Diferentes Caminhos de Socialização até a Adolescência. Rev. Bras. Cresc.Desenv. Hum., São Paulo, v.8,n.1/2, 1998.Diponivel em :

<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/38572/41419> .Acesso em 20 jan.2023

LAMB, M. E. (Org.). **The role of the father in child development**. 3. ed. Nova York: John Wiley, 1997.

LIMA, C.K.T. *et al.* **The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease)**. Psychiatry Research, v.287, p.1-2,2020.

LINHARES, M. B. M. **Família e desenvolvimento na primeira infância: processos de autorregulação, resiliência e socialização de crianças pequenas**. (1. Ed). São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV, 2015.

LINHARES, M. B. M; MARTINS, C. B. S. **O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças**. Estudos de Psicologia, v. 32, n. 2, p. 281-293, 2015.

MAITRA, A. **Studies in the assessment of parenting**. Florence: Routledge,2005.

MACANA, E.C. **O papel da família no desenvolvimento humano: cuidado da primeira infância e a formação de habilidades cognitivas e socioemocionais**. Tese, UFRGS. Porto,2014.

MANFRO, G.G.*et al.* **Estudo retrospectivo da associação entre transtorno do pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.24, n.2, p.26-29,2002.

MARQUES, E. S.*et al.* **A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36,2020.Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420> .Acesso em : 18 Fev 2023

MARINI, A. M. *et al.* **Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil**. Revista Neurociências, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 300-306, 2010.

MCLEOD, B.D.; WOOD, J.J.; WEISZ, J.R. **Examining the association between parenting and childhood anxiety: A metaanalysis**. Clinical Psychology Review, v.27, p.155– 172,2007.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2ª ed. São Paulo, SP: Contexto,2014. 3 reimpressões.

MEIHY, J.C.S.B.; HOLANDA F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo, SP: Contexto; 2017.

MELO, A.A.P. **Influência da família no processo de aprendizagem escolar infantil.** Sociedade Universitária Redentor – Faculdade Redentor, 2014.

MENEGUIN, S.; RIBEIRO, R. **Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família.** Texto e Context Enferm.v.25, n.1, p.1–7, 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual do Prontuário da Família.** Belo Horizonte: SES, 2006. 210p

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity?** Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul. /sep., 1993

MONTEIRO, A.R.M.*et al.* **Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes - a busca pelo tratamento.** Esc. Anna Nery. Rev. Enferm. v.16, n.3, p.523-529, jul/set., 2012

MORGÜL, E.; KALLITSOGLU, A.; ESSAU, C.A. **Psychological effects of the COVID-19 lockdown on children and families in the UK.** Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, v.73, p.42- 48, 2020.

MURTA, S. G.; GUNTHER, I. A.; GUZZO, R. S. **Prevenção e promoção em saúde mental no curso de vida: Indicadores para a ação.** Em S. G. Murta, C. Leandro-Grança, K. B. Santos, L. Polejack (Eds.), Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de prevenção, p.75-93. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Nice Guideline. **Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management.** Subject to Notice of rights, United Kingdom, 2019; p.1-41. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-35109387756997> . Acesso em: 21 maio 2023

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL OF THE DEVELOPING CHILD. **Children's emotional development is built into the architecture of their brains.** Working Paper 2, 2004. Center on the Developing Child at Harvard University. Disponível em: <http://www.developingchild.net>. Acesso em: 21 maio 2023

NORONHA, A.A.*et al.* **Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil.** Rev. gaúcha enferm.v.37,n.4, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150385/001008937.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56061>]. Acesso em: 28 Mar 2023

OLLENDICK, T. H.; BENOIT, K. E. **A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth.** *Clinical Child and Family Psychology Review*, v.15, n.1, p.81-91,2012.

OLSON, S. I. *et al.* **Self-regulatory processes in the development of disruptive behavior problems: the pre-school to school transition.** In: OLSON, S.L.; SAMEROFF, A. J. (Eds). *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems.* Nova York: Cambridge University. p. 144-185,2009

ORNELL, F.*et al.* **“Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies.** *Brazilian Journal of Psychiatry.* Retrieved from <https://www.rbpppsychiatry.org.br/details/943/en-US/-pandemic-fear--and-covid-19--mental-health-burden-and-strategies,2020>.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **A child’s world – infancy through adolescence.** New York: Mc-Graw-Hill,1975.

PAQUETTE, D. **Plus l’environnement se complexifie, plus l’adaptation des enfants nécessite l’engagement direct du père.** *Enfances, Familles, Générations*, n. 3, 2005

PASTORE, M. D. N. **Infâncias, crianças e pandemia: em que barco navegamos? Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.** *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, Preprint,2020.

PATRÍCIO, C.M. **O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos?** *Rev. Scientia Médica.* v. 21, n. 3, p. 121-131,2011.

PETERSEN, C. S. **Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitiva Comportamental para crianças com Transtornos de Ansiedade.** *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2011.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. **Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção.** *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n.3, p..405-416,2008.

PRATI, L. E.*et al.* **Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 21, n.1, p.160–169,2005.

PLUCIENNIK, G. A.; LAZZARI, M. C.; CHICARO, M. F. (Org.). **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco/** organizadores São Paulo, SP: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV,2015.Disponível em : https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/fmcsv/fundamentos_da_familia_parentalidade_em_foco.pdf

RAPEE, R.M. **The Development and Modification of Temperamental Risk for Anxiety Disorders: Prevention of a Lifetime of Anxiety?** *Biological Psychiatry*, v.52, n.10, p.947–957,2002.

RAPEE, R. M. *et al.* **Transtorno da Ansiedade na Infância.** –São Paulo –M. Books do Brasil Editora Ltda, 2010.

RAPPE, R.; SCHNIERING, C.; HUDSON, J. **Anxiety Disorders during Childhood and Adolescence: Origins and Treatment.** *Annual Review of Clinical Psychology*, v.5, p.311- 341,2009.

REGO, K. DE OLIVEIRA.; MAIA, J.L.F. **Ansiedade em adolescentes no contexto da pandemia pelo COVID-19.** *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 10, n. 6, p. e39010615930, 2021. Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/351766528_Ansiedade_em_adolescentes_no_contexto_da_pandemia_por_COVID-19

RIBAS, R. *et al.* **Socioeconomic status in Brazilian psychological research: II Socioeconomic Status and Parenting Knowledge.** *Estudos de Psicologia*, n. 8, p. 385-392, 2003.

ROMERO, E.L.*et al.* **Testing the Effects of COVID-19 Confinement in Spanish Children: The Role of Parents’ Distress, Emotional Problems and Specific Parenting.** *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 1719: e6975.2020.

SAMEROFF, A. J; FIESE, B. H. **Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention.** *In* J. P. S.; S. J. M. (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*, p.135-59. New York: Cambridge University Press,2000.

SAMEROFF, A. **The transactional model of development: How children and contexts shape each other.** Washington, DC: American Psychological Association.

SANDERS, M. R.; MAZZUCHELLI, T. G. **The promotion of self-regulation through parenting interventions.** *Clinical Child and Family Psychology Review*, v.16, n.1, p.1-17,2013. Disponível em : <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>. Acesso em: 22 mar. 2023

SARKIS, A.; BHERING, E. **Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da Educação Infantil.** *Horizontes*, v.27, n.2, p.7-20,2009.

SEMENSATO, M.R.; BOSA, C. A. **Crenças indicativas de resiliência parental no contexto do autismo.** *Psicologia – Teoria e Pesquisa*, v. 33, p. 1-10, 30 nov. 2017.

SCHIRMANN, J. K.; MIRANDA, N. G.; GOMES, V. F; ZARTH, E. L.F. **Fases de desenvolvimento humano segundo Jean Piaget.** 2019. 10 f. TCC

(Graduação) - Curso de Educação Física, Faculdade Educacional de Dois Vizinhos - Unisep, Paraná, 2019. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/60497>. Acesso em: 22 mar. 2023.

SQUASSONI, C.E.; MATSUKURA, T.S.; PINTO, M.P.P. **Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil**. Rev. Ter Ocup Univ São Paulo. v. 25, n.1, p. 27-35. Jan/Abr 2014.

STALLARD, P. **Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. [Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa]. –Porto Alegre, RS: Artmed,2010.

SILVA, W.V.; FIGUEIREDO, V.L. M. **Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática**. Brazilian Journal of Psychiatry, v.27, n.4, p.329-335, 2005.

TOURINHO, S.*et al.* **Ocorrência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) em estudantes de 11 a 18 anos de uma escola pública de Salvador, BA**. Revista de Ciências Médicas e Biológicas.2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/42669/24164>Acesso em: 10 mar. 2022.

UNICEF. **Crianças e adolescentes estão mais expostos à violência doméstica durante pandemia**. Comunicado de imprensa. 28 maio de 2020. em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/criancas-e-adolescentes-estao-mais-expostos-a-violencia-domestica-durante-pandemia>. Acesso em: 22 mar.de 2023.

VASCONCELOS, A.C.M. *et al.* **Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. v. 19, n.4, p.321-26, 2015.

VIANNA, R.B; CAMPOS, A.A; LANDEIRA-FERNANDEZ J. **Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão**. Rev. Bras. Ter Cog.v.5, p. 46-61,2009.

VICENTE, J.B.; MARCON, S.S.; HIGARASHI, I.H. **Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família**. Texto & contexto enferm [Internet]. v.25, n.1, 2016.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100314&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt: Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>. Acesso em: 07 Mar 2023

VIEIRA, C.S. *et al.* **Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer**. Revista Eletrônica de Enfermagem [on line]. v.12, n.1, p.11-9,2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>. Acesso em: 15 nov 2022

VILLAS-BOAS S.*et al.* **Apoio social e diversidade geracional: o potencial da LSNS-6.** Sips - Pedagogia Social: Rev. Interuniversitaria. v. 31, p. 183-96, 2018.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ZUANETTI, P. A.; LUGLI, M. B.; FERNANDES, Â. C. P.; **Desempenho em memória, compreensão oral e aprendizagem entre crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e crianças com transtorno de ansiedade.** Revista CEFAC, v. 20, n. 6, p. 692–702, 2018.

Disponível em:

:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462018000600692&lng=en&tlng=en>.

ZUARDI, A. W. **Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada.** Medicina, Ribeirão Preto /SP, v. 50, p. 51–55, 2021.

WANG, G.*et al.* **Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak.** 395:945-7, 2020. Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32145186/>

WHEATCROFT, R.; CRESWELL, C. **Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: the contribution of parental anxiety and child anxiety.** British Journal of Developmental Psychology, v. 25, n.3, p.435–441, 2007.

WOOD, J. J.*et al.* **Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, v.44, p.134–151, 2003.

WOOD, J. J. **Parental Intrusiveness and Children's Separation Anxiety in a Clinical Sample.** Child Psychiatry & Human Development, v. 37, n.1, p.73-87, 2006.

**APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO COLEGIADO DE
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Av. José de Sá Maniçoba, s/n – Centro – Petrolina, PE, CEP 56304-917 Caixa
Postal 252, Petrolina-PE, Fone: (87) 2101-6793 / e-mail: cpgpsi@univasf.edu.br

Título da Pesquisa: “Percepção de familiares sobre a sua relação com a
criança diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada”

Nome da Pesquisadora Responsável: Ludmilla Ribeiro Barrense

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade conhecer a Percepção de familiares sobre a sua relação com a criança diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada que são acompanhadas em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Petrolina. Essa pesquisa se faz necessária vivência de familiares de crianças com transtornos ansiosos. Sua participação é importante, porém, você não deve aceitar participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça, se desejar, qualquer pergunta para esclarecimento antes de concordar.

Envolvimento na pesquisa: a pesquisa será realizada por meio de dois instrumentos. Um questionário no qual contém dados sociodemográficos e dirigido por entrevista semiestruturada que versam sobre a dinâmica familiar de crianças com transtornos ansiosos generalizado (TAG).

Você tem liberdade de se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento e, sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a mesma. Para isso, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Riscos, desconfortos e benefícios:

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resoluções nº. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, oferecendo risco mínimo aos participantes, de ordem psicológica, estando associado a uma possível

sensação de desconforto, ou constrangimento por ter que fornecer informações sobre si mesmas ao responder questionários através de gravação, cansaço ou aborrecimento ao falar sobre memórias, e embaraço em trazer eventos ligados a privacidade. Será seguido os protocolos de segurança recomendados pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, o que garante a segurança de todos os entrevistados.

As entrevistas serão realizadas em locais seguros, com boa iluminação, arejado e em sala reservada. Não será permitida a presença de outros indivíduos que não sejam os pesquisadores e o participante.

Indiretamente, espera-se que a pesquisa possa suscitar dados para a realização de outras pesquisas e possíveis intervenções

Garantias Éticas: As despesas que venham a ocorrer diretamente relacionadas a essa pesquisa serão ressarcidas. É garantido ainda o seu direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar sem qualquer prejuízo. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento de suas respostas e estas se comprometem a mantê-las em sigilo durante todo o estudo. A publicação dos resultados ocorrerá de forma global, sem que haja possibilidade de identificação individual dos participantes. Você poderá ter acesso aos resultados finais bem como a quaisquer publicações produzidas a partir do estudo, se assim desejar, sem que isto implique em nenhum tipo de despesa para você. É garantido ainda que você terá acesso aos resultados com as pesquisadoras. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com as pesquisadoras do projeto nos contatos descritos abaixo.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Integração do Sertão (FIS) localizado na Rua João Luiz de Melo, 2110, Tancredo Neves, Serra Talhada – PE, CEP: 56909-205, Tel: (87) 3831 – 1472 ou no email: cepfis@fis.edu.br ou consultar a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Contato: (61)3315-5878, conep.cep@saude.gov.br). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres

humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas, uma das quais ficará com o(a) senhor(a) e a outra com as pesquisadoras.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura das pesquisadoras responsáveis

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Lucivanda Cavalcante Borges de Sousa

Contato: lucivanda.borges@univasf.edu.br

Pesquisadora: Ludmilla Ribeiro Barrense

Contato: millabarrense@hotmail.com/(87) 99826253

APÊNDICE B-QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICODados da criançaNome DN Sexo

Escolaridade

Quando foi diagnosticada com TAG

Dados do responsável:Nome DN

Idade

Grau de parentesco com a criança:

Orientação religiosa

Qual a renda mensal média das pessoas que moram em sua casa? Caso saiba.

Sexo: () Masculino () Feminino Telefone: ()

Você tem algum diagnóstico de TAG ? Quem cuida da criança?

Alguém na família com diagnóstico de TAG?

Escolaridade:

Atividade laboral:

Número de filhos:

Idade dos outros filhos (se tiver)

Profissão do parceiro(a)

Estado civil (outras configurações)

Endereço:

Bairro: Cidade/UF:

Estado civil:

Recebe benefício social?

Se sim, qual? _____

A família mora em casa própria? Se não, qual a natureza da posse da residência? (alugada, emprestada, invasão, outros, especificar)

Quantas e quais são as pessoas que moram na casa?

**APÊNDICE C-ENTREVISTA REFERENTE À CRIANÇA E SEU CONTEXTO
FAMILIAR**

- 1) Fale um pouco sobre como é a criança.
- 2) Como é sua relação com a criança?
- 3) Atualmente, como é a rotina dos membros da família?
- 4) O que você entende por TAG?
- 5) Algum profissional explicou para você o diagnóstico da criança?
- 6) Você observou alguma mudança de comportamento diferente do habitual anterior ao diagnóstico da criança? O que você observou?
- 7) Você procurou ajuda profissional assim que identificou algum sinal de adoecimento da criança?
- 8) Como você se sente ou sentiu ao saber do diagnóstico?
- 9) Como você age no momento que a criança apresenta algum sinal da TAG?
- 10) O diagnóstico de adoecimento da criança mudou algo na relação familiar? O que mudou?
- 11) Como você acha que a família deve se relacionar com a criança que apresenta esse diagnóstico?
- 12) O que você considera ser mais importante para que a criança possa melhorar da TAG?
- 13) Você utiliza ou já utilizou algum outro serviço da rede de apoio social e de saúde (CRAS/CAPS/CREAS)?
- 14) Como é o acesso da família a escolas, postos de saúde, atendimentos com especialista, áreas de lazer?