

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**LARISSA LAUREANA LUZIA**

**A INFÂNCIA E O SÉCULO XXI.**

**A ANSIEDADE E OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA.**

**LIDANDO COM A ANSIEDADE INFANTIL.**

**UBERABA – MG**

**2022**

## Capítulo 1.

### A INFÂNCIA E O SÉCULO XXI.

Ao longo da história e para diferentes classes sociais foram sendo construídas diferentes concepções de infância. Porém, hoje, ao se entender a criança como sujeito imerso na cultura e com sua forma singular de agir e pensar, não se pode deixar de pensar no tempo e no espaço da brincadeira como a própria forma de a criança conhecer e transformar o mundo em que vive. Se o interesse e o gosto pelos jogos e brincadeiras não são características genuinamente infantis, não há dúvida de que o direito de brincar é o elo que liga todos os outros direitos.

A noção de infância não é uma categoria natural, mas sim histórica e cultural, a diferenciação entre crianças e adultos vai depender do contexto e das condições sócio históricas e culturais em que vivem. Desse modo, ao significar a infância como uma instância tornada necessária a partir do dispositivo da infantilidade, cabe interrogar como e por quais mecanismos de poder, estratégias de saber e regimes de verdade que os discursos sobre a infância são articulados em cada época e lugar.

A infância é uma invenção da Modernidade, sendo que sua possibilidade de emergência, conforme *Ariès* (1981) Relaciona-se ao desenvolvimento da escrita e da escola, além de outros fatores, tais como o decréscimo da mortalidade infantil, a influência do cristianismo e as novas formas de vida familiar.

Apesar de *Áries* utilizar o termo "descoberta", ao invés de "invenção", os seus estudos não apontam para uma noção de uma infância como etapa natural da vida dos seres humanos que, repentinamente, passa a ser percebida e valorizada, mas "como algo que vai sendo montado, criado a partir de novas formas de falar e sentir dos adultos em relação ao que fazer com as crianças" (Ghiraldelli, 2000, p. 49). Tomar a infância como invenção, ou seja, como construção social, significa considerar o sujeito infantil como constituído nas práticas culturais e pelas mesmas, sendo que mesmo o conhecimento sobre a infância é produzido por uma determinada construção histórica e, ao mesmo tempo, produz o objeto que se propõe conhecer.

Vamos iniciar a nossa discussão enfatizando as concepções de infância, relatando de forma sucinta a Antiguidade Clássica no que se refere à concepção Platônica até chegar à atualidade

De acordo com *Kohan* (2003) na primeira concepção platônica, para a sociedade da época, a infância não tinha características próprias, centrava-se numa visão futurista, onde se via apenas possibilidades, ou seja, a criança era vista como um ser em potencial, entretanto, essa potencialidade não permite que ela seja em ato o que é. Em defesa de um devir, a criança não é nada no presente. Sua educação é vista como projeção política, por isso é preciso moldar e imprimir-lhe tudo o que é necessário a um bom cidadão.

Para *Kohan* (2003), o segundo conceito platônico consiste em conceber a criança como um ser inferior sendo, então, a infância uma fase da vida inferior à vida adulta. Percebemos, que nesse relato de Platão tem-se a dimensão de como a criança era vista como ser inferior, fato esse demonstrado através dos adjetivos selvagem, intratável, indisciplinada, traiçoeira, astuciosa e insolente, que lhes são atribuídos. Nesse contexto, a natureza infantil deve ser trabalhada para que se volte para a potencialidade e para a harmonia. Já no terceiro conceito platônico, *Kohan* (2003) defende que o terceiro conceito platônico concebe a infância como o outro desprezado. No pensamento platônico sobre educação, o último conceito concebe a infância como material da política. Essa educação na infância está sempre direcionada a uma nova pólis que os filósofos querem constituir, por isso, as crianças, do sexo masculino, filhos de homens superiores, deveriam ser preparados, moldadas para serem reis que governassem a pólis no futuro. Portanto, neste período da filosofia clássica a infância é concebida como possibilidade e inferioridade. Enquanto “possibilidade” significa ser objeto de intencionalidade política numa visão futura, já que a criança não é vista em si como ela é, mas como possibilidade daquilo que será “inferioridade” significa a criança ser o outro desprezado.

Na Idade Média a criança logo se inseria no mundo dos “adultos” participando das atividades laborais, se equiparando aos animais (em termos de papéis). A escola não se dirigia a formação cultural das crianças. O surgimento de família só foi possível a partir do “sentimento de infância”, quando passa experimentar uma afeição pela criança, trazendo para si a responsabilidade pela sua proteção e formação, e tornando-se nuclear. Sociabilidade extensiva - socialização mais restrita à família e à escola, ingredientes contraditórios para formação das crianças: ternura e severidade. A infância na Idade

Média terminava aos sete anos, quando a criança já dominava as palavras. Até então ela era considerada como alguém incapaz de falar, significado este oriundo da palavra latina *infans*. Vale ressaltar que essa incapacidade de falar não se limitava apenas à primeira infância estendia-se a um período maior, até aos sete anos e após esta idade uma vida adulta começava imediatamente.

Como na Idade Média a criança estava ausente na arte, compreende-se que neste período ela não tinha lugar e esta indiferença tornava-a invisível. Para Postman (2011) “De todas as características que diferenciam a Idade Média da Moderna, nenhuma é tão contundente quanto à falta de interesse pelas crianças”. O autor defende que as ausências dos conceitos de educação e de vergonha atrelado à ausência de alfabetização são razões pelas quais o conceito de infância não tenha existido no mundo medieval. Conforme *Ariès* (1981) o sentimento de infância pode ser percebido em dois momentos distintos. Um que surge no seio familiar entre os séculos XVI e XVII denominado de paparicação, onde a criança é vista como um mero objeto de diversão, reduzindo-a a fonte de distração aos olhos dos adultos. O outro sentimento nasce em oposição ao primeiro no final do século XVII no contexto eclesiástico chamado de moralização.

A igreja, contrária a conceber a criança como brinquedo encantador, preocupou-se em discipliná-la dentro dos princípios morais associados aos cuidados de saúde e higiene. Esse novo sentimento transcendeu às famílias que já imbuídas dos sentimentos anteriores, associou um novo elemento, a preocupação com a saúde física e higiênica de suas crianças.

*Ariès* (1981) afirma que o sentimento de infância não existia na Idade Média, a ela não se dispensava um tratamento específico correspondente à consciência infantil e as suas particularidades que a diferenciava dos adultos. Tão logo a criança não necessitasse mais da mãe ou da ama ela já era inserida na sociedade dos adultos e assim participava de jogos, de afazeres domésticos ou trabalhava como aprendizes. Suas roupas eram incômodas e similares à do adulto. Essas vestimentas impossibilitavam a criança à liberdade de movimento, tirando-lhe o prazer em correr, sujar-se, subir em árvores, podendo-lhe de tudo aquilo que faz parte do mundo infantil descaracterizando-a daquilo que realmente é. Contrapondo à visão de *Ariès* e Postman, Stearns (2006) afirma que

“Todas as sociedades ao longo da história, e a maior parte das famílias, lidaram amplamente com a infância e a criança” (p.11) no sentido de que toda criança pequena requer alguns cuidados necessários que advém de um adulto mais próximo.

Diante dessa problemática: quem traduz/representa a infância? Como as crianças são representadas?

Se tomarmos a origem latina da palavra infância, veremos que o seu sentido está relacionado à ausência de fala. Desta maneira, o "tradutor" da infância é o adulto, pois é ele quem transforma as vozes infantis em vozes semelhantes à sua, assimilando-as à própria língua e, a partir da tradução, afirma uma diferença. Traduzir tem o sentido de adaptar, ou seja, transportar o outro para o lugar do mesmo. E como as crianças têm sido representadas pelos adultos? Uma das pistas para essa questão parece encontrar-se em (alguns dos) diferentes termos utilizados para nomear as crianças: menores, moleques, pequenos ou, como recentemente popularizou-se em um programa infantil de grande audiência nacional, baixinhos e baixinhas. De que nos falam essas designações? De uma condição de menoridade, cujo parâmetro é o adulto: pois se é "baixinho" ou "baixinha" em comparação a quem?

Além disso, a infância é submetida a diferentes mecanismos de enumeração, esquadramento, observações, registros, classificações, pesquisas, saberes, os quais dissolvem sua alteridade, sendo o *outro* reduzido à mesma escala que o *mesmo*, ocupando o último nível dessa escala - daí a noção de *menoridade*. A alteridade infantil não vem, portanto, confrontar, sacudir ou desacomodar o adulto, mas é assimilada em uma relação de diferença, <sup>quatro</sup>, ou seja, de assimetria e desigualdade.

Ghiraldelli (2000) discute duas produções discursivas sobre a infância. A primeira, ligada a Santo Agostinho e Descartes, entende a infância como um momento a ser superado, seja pelo fato de a criança estar imersa no pecado (e, portanto, ser fonte de todo o mal), seja por ser desprovida da razão. A segunda visão, que rompe com a noção cartesiana, relaciona-se a Rousseau, o qual considera a infância um período de pureza e inocência, imprescindíveis para a definição da verdade e o julgamento do que é moralmente correto.

Não se trata de perguntar qual desses discursos é mais verdadeiro que o outro, mas sim buscar compreender o que eles enunciam sobre a relação que se estabelece entre adultos e crianças. Se voltarmos à questão da tradução e representação, o que significa posicionar a infância de um lado e/ou outro desses discursos?

Tanto a concepção cartesiana quanto a de Rousseau ensejam relações de poder adulto com crianças entendidas como carentes e necessitadas de orientação. Para Descartes e Santo Agostinho, a infância deve ser educada como forma de alcançar a razão e/ou sair do estado de pecado; para Rousseau, a necessidade de educação também se coloca como forma de evitar sua *corrupção* pelo mundo.

Como diz Corazza, a respeito das relações entre crianças e adultos,

[...] estes não serão mais os mesmos, desde que começaram a ser vistos e enunciados a partir da atitude de Modernidade, qual seja, a concepção do humano como sujeito individual, autônomo, racional. Aquelas também não serão mais as crianças que eram, pois estarão tomadas, a partir de agora, em referência ao tal Sujeito-Uno, aqui é que começa a produção de sua vida como o "outro" do adulto, colocada sob a égide da menoridade, dependência, carência, inferioridade, necessidade de suplência. (2002, p. 158)

Deste modo, a Modernidade vem inaugurar tanto a educação como tecnologia de governo, quanto à sistematização dos saberes/poderes para falar sobre a infância, a partir do imperativo da governamentalidade (Foucault, 1989). Esses saberes, dos quais escolhemos discutir a psicologia do desenvolvimento, passam, a partir de suas descrições, nomeações e explicações, a produzir os sujeitos infantis, classificando-os e normalizando-os.

Várias atitudes sinalizam a mudança de paradigmas entre a Idade Média e a Moderna. Segundo Ariès (1981) o século XVII configura-se como um período de grande importância para a evolução dos temas relacionados à infância. Segundo o mesmo autor a partir do Século XVII a criança começa a ser retratada sozinha e sua expressão é menos desfigurada que na Idade Média. Conforme Áries (1981) iniciam-se também neste período os primeiros estudos sobre a psicologia infantil. Estes estudos buscavam compreender melhor a mente da criança para melhor adaptar os métodos utilizados na educação.

Uma grande revolução acontece no final do século XVIII, o modo de vestir as crianças se diferencia das vestimentas dos adultos. Nesse sentido Ariès (1981) salienta que “[...] foi preciso esperar o fim do século XVIII para que o traje das crianças se tornasse mais leve, mais folgado, e a deixasse mais à vontade” (p. 33). Esse novo modo de vestir dava às crianças, principalmente aos meninos, maior liberdade de movimento, permitindo-lhe que o correr, o pular e as estripulias fizessem parte do seu mundo e assim seguissem seu ritmo.

Com essas mudanças, aos poucos a sociedade foi deixando de ver a crianças como um adulto em miniatura. A própria história se encarregou de trilhar novos caminhos e quebrar paradigmas. Os fatos e a vida cotidiana foram se delineando e mostrando a possibilidade de novos olhares que foram se humanizando e indicando ao adulto que as crianças têm características que lhes são peculiares.

No Século XVIII a infância encontra seu ápice. Ariès (1981) enfatiza que os artistas expressam através da arte os sentimentos do adulto em relação à criança, que até então estavam ocultos. A essas expressões atribui-se o nome de cenas de infância literárias revelando, assim, as descobertas da primeira infância, o corpo e a oralidade da criança. Dessa forma, a criança conquista um lugar privilegiado na arte.

Postman (2011) destaca que no século dezoito a idéia de que o Estado tinha o direito de agir como protetor das crianças era igualmente inusitada e radical. Não obstante, pouco a pouco a autoridade absoluta dos pais se modificou, adotando padrões mais humanitários, de modo que todas as classes sociais se viram forçadas assumir em parceria com o governo a responsabilidade pela educação das crianças (p.70).

A necessidade de organização do sistema escolar também torna a infância foco de discurso e de cuidados dos especialistas, que buscam revelar a *verdade* sobre a mesma. Nesse contexto, a origem da psicologia do desenvolvimento vincula-se à classificação e mensuração de condutas, estabelecendo e consolidando as práticas escolares de classificação e ordenação das crianças conforme seus desempenhos (Castro, 1998). A partir disso, a autora afirma:

[...] o processo de escolarização da infância trouxe consigo a "infância sob medida", num duplo sentido: em primeiro lugar, a revelação de uma infância segundo os cânones do saber "especializado", alinhada dentro do balizamento psicométrico relativo às habilidades e aptidões, ou seja, uma infância "especificada" no seu trajeto; em segundo lugar, uma infância cujo trajeto estava especificamente prescrito e explicitado, onde algumas sequências seriam melhores do que outras; enfim, uma infância normatizada. (p. 32).

O fato de o governo ter assumido uma responsabilidade com a criança fez com essa conquista tivesse conexão com as demais esferas sociais, como a família, a escola e a sociedade, incluindo de forma significativa alguns intelectuais que voltaram seus olhares

ao mundo infantil. Isto possibilitou um olhar diferente em relação aos séculos anteriores. Conforme Postman (2011) “[...] o clima intelectual do século XVIII – o Iluminismo

[...] ajudou a nutrir e divulgar a ideia de infância” (p.71). Nesta direção Sarmento (2007) afirma que os séculos XVII e XVIII, que assistem a essas mudanças profundas na sociedade, constituem o período histórico em que a moderna idéia da infância se cristaliza definitivamente, assumindo um caráter distintivo e constituindo-se como referenciadora de um grupo humano que não se caracteriza pela imperfeição, incompletude ou miniaturização do adulto, mas por uma fase própria do desenvolvimento humano (p.28).

Dentre os estudiosos da infância do século XVIII encontramos em Rousseau uma grande contribuição. Rousseau através da obra Emílio, ou, Da Educação ressalta que a criança deve ser vista em seu próprio mundo e não como uma mera projeção do adulto. Ao afirmar essa visão, Rousseau (1999) conquista o mérito da construção de um conceito moderno de infância, embora ainda não como compreendido hoje, mas como o início do despir-se de velhos conceitos e a possibilidade de um novo olhar sobre a criança. Rousseau não compreende a criança como um adulto em miniatura, concebe a criança em si mesma, considerando suas manifestações próprias e a capacidade imaginativa e criativa. Para ele cada idade, cada estado da vida tem sua perfeição conveniente, o tipo de maturidade que lhe é própria. Rousseau refere-se à infância como um tempo agradável em que a criança tem atitudes espontâneas, é feliz e inocente. Para ele a infância é uma fase com características próprias às quais devem ser cultivadas de forma a contribuir para o desenvolvimento da inteligência da criança.

Características próprias das crianças: Constatamos em nossos estudos que a forma de compreender a criança e a infância tem passado por grandes evoluções, que são perceptíveis na literatura da área produzida nas últimas décadas, bem como nos diversos documentos oficiais elaborados pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC.

Podemos observar que as formas de ver as crianças vêm se complementando a cada reflexão e a cada novo discurso oficial, nos quais verificamos que a visão se amplia em busca de melhor compreendê-las para melhor expressar ou, até mesmo, traduzir de forma mais peculiar possível o que de fato a criança é. Nessas metamorfoses conceituais o Parecer 020/2009, que trata da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil, ao referir-se à concepção de criança, enfatiza que ela

[...] é sujeito histórico e de direitos que se desenvolve nas interações, relações e práticas cotidianas a ela disponibilizadas e por ela estabelecidas com adultos e crianças de diferentes idades nos grupos e contextos culturais nos quais se insere. Nessas condições ela faz amizades, brinca com água ou terra, faz-de-conta, deseja, aprende, conversa, experimenta, questiona, constrói sentidos sobre o mundo e suas identidades pessoais e coletivos, produzindo cultura (BRASIL, 2009, p.7).  
Ministério da Educação e Cultura – MEC.

Desde o Parecer 022/98 o discurso oficial demonstra uma atenção especial para com a forma de concebermos a criança, a sua infância e as suas características. Esta atenção especial, às características da criança também é perceptível na Resolução nº 5 de 2009, que fixa as atuais DCNEI que considera a criança. Como:

Sujeito histórico e de direitos que, nas interações, relações e práticas cotidianas que vivencia, constrói sua identidade pessoal e coletiva, brinca, imagina, fantasia, deseja, aprende, observa, experimenta, narra, questiona e constrói sentimentos sobre a natureza e a sociedade, produzindo cultura (BRASIL, 2010, p. 14).

As Orientações Gerais para o Ensino Fundamental de Nove Anos reconhecem “as crianças como seres íntegros que aprendem a ser e a conviver consigo mesmas, com os demais e com o meio ambiente de maneira articulada e gradual” (BRASIL, 2004, p. 16). Essa concepção encontra-se articulada com o conceito de criança apresentado pelas DCNEI bem como com as características que o Parecer 22/1998 atribui às crianças. Observamos que os documentos oficiais estão em sintonia com o aporte teórico atual sobre essa nova concepção de criança e essa construção histórica tem possibilitado a saída da criança do anonimato. Tem inserindo-a cada vez mais em um contexto social mais amplo, que reconhece nela um ser ativo, histórico, social que constrói e reconstrói cultura, que tem opinião, que manifesta seus interesses, curiosidades e desejos, demonstra autonomia em suas escolhas e quer ser ouvida e consultada sobre as situações que lhes são peculiares.

É a partir do dispositivo da infantilidade que a infância é afirmada em sua existência, tornando-se um objeto de conhecimento das Ciências Humanas e Sociais, na medida em que se constitui como algo que deve ser interrogado, investigado, mensurado, classificado e normalizado, possibilitando que se diga sua verdade.

A Psicologia - assim como as outras disciplinas que tomam a criança como objeto de estudo -, ao falar a *verdade* da infância, busca fixar um significado. Entretanto, como pontua Hall (1997), os significados jamais estão completos, pois se definem tanto pela forma pela qual se relacionam mutuamente como pelo que omitem.

Não se trata, assim, de questionar os discursos da Psicologia no sentido de mostrá-los falsos, mas problematizá-los: as teorias não revelam (ou descobrem) o desenvolvimento infantil, o qual já estaria *dado*, mas suas teorizações são *invenções*, as quais produzem discursos que instituem formas *normais* (e *anormais*) de desenvolvimento. Dessa maneira, a problematização dos discursos psicológicos sobre a criança possibilita que outras formas de compreensão do mundo (e da infância) possam ser engendradas.

A partir disso, podemos entender o discurso psicológico sobre a infância, ou seja, como uma produção discursiva que constitui, a partir de suas descrições, uma infância *desejada*, *normal*, *ajustada* e, da mesma forma, *indesejada*, *patológica*, *desajustada* (com diferentes tons no gradiente dessa escala), mediante uma concepção de criança abstrata, baseada em uma suposta *natureza infantil* e desvinculada de suas significações sociais.

Capítulo 2.

**A ANSIEDADE E OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA.**

A ansiedade é uma emoção normal ou adaptativa, ajuda-nos a lidar com a dificuldade, e algumas situações desafiantes. A ansiedade é freqüente, existem alturas em que todos nós, adultos e crianças, nos sentimos preocupados, ansiosos, chateados ou estressados. Mas a ansiedade torna-se um problema quando ela interfere no cotidiano da criança, impossibilitando-a de desfrutar a sua vida como habitual, por afetar as suas relações na escola e na família, as suas amizades e a sua vida social. Então a ansiedade domina seus sentimentos e a criança perde o controle emocional.

As perturbações ansiosas nas crianças são comuns e podem ter um impacto significativo ao longo do seu cotidiano, com consequências no desenvolvimento e com interferência nas aprendizagens, em ciclos de amizades e nas relações familiares. Muitas perturbações de ansiedade, quando ignoradas na infância, persistem na vida adulta, aumentando a probabilidade de se desenvolverem outro tipo de patologias. A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (Manfro & Asbahr, 2002).

Os comportamentos ansiosos e os transtornos de ansiedade (TA), ainda que pouco discutidos, são um grande problema de saúde pública. Em primeiro lugar pelo número de pessoas afetadas: estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os TA em crianças e adolescentes têm prevalência estimada indicam que entre 2 e 4% das crianças entre os 5 e os 16 anos reúnem critérios de diagnóstico para uma perturbação de ansiedade com interferência negativa no seu funcionamento habitual. Para se ter uma idéia da grande diferença encontrada entre os casos de transtornos ansiosos e os demais, os transtornos depressivos, que neste estudo ocuparam o segundo lugar geral, apareceram com uma prevalência de 2 a 10% (Dalgalarrodo, 2000). Um número considerável em vista do TDAH, os TEA e os Transtornos de Humor, temas muito mais discutidos e debatidos.

Dentre todos os transtornos psiquiátricos, os de ansiedade são considerados por vários autores como os mais comuns em crianças. Os transtornos ansiosos continuam sendo os mais prevalentes na população norte-americana e um dos problemas mais importantes do mundo, podendo chegar a atingir um quarto da população mundial (Vianna, 2008).

As manifestações do transtorno de ansiedade infantil podem não ser diagnosticadas de uma forma ágil. É comum que elas sejam percebidas inicialmente na fase escolar.

Todavia, se você identificar os primeiros sinais enquanto ainda for cedo, é possível buscar ajuda e evitar que a ocorrência se torne maior. Fatores biológicos e familiares estão entre as origens da ansiedade. A transmissão genética de pais para filhos está estimada em cerca de 50% da predisposição à ansiedade, embora ainda haja discordância sobre essa relação; o relacionamento inseguro da criança com seus cuidadores é um outro ponto importante para se compreender os sintomas de ansiedade. Baseado nas reações dos pais e no tipo de relacionamento estabelecido entre pais e filhos, a criança cria seu próprio modelo de funcionamento interno frente às situações da vida. Ao crescer, outras pessoas e influências se incorporam à forma como uma criança lida com a ansiedade. Os conflitos conjugais, a forma como o pai ou a mãe se relaciona com o cônjuge, o relacionamento entre irmãos, as estratégias educativas dos pais, as crenças dos pais sobre os filhos são outros aspectos que podem estar associados aos transtornos de ansiedade na infância.

Ansiedade é um mecanismo do nosso cérebro que serve para nos alertar em situações adversas e desconhecidas. No entanto sua ansiedade é considerada normal quando tem uma causa aparente, dura pouco tempo e não exige um esforço intenso para que você seja capaz de controlá-la e superá-la. Em contrapartida, quando ela se repete constantemente e é gerada por um turbilhão de pensamentos intrusivos e negativos, o seu corpo entende que você deve ficar em estado de alerta para se proteger daquilo que está por vir, a ansiedade em excesso pode ter efeito contrário e, simplesmente, paralisar uma pessoa. Nestes casos, ela torna-se patológica e precisa ser tratada.

Quando a ansiedade passa a ser patológica, ela começa a prejudicar o dia a dia causando transtornos físicos e psicológicos. Por exemplo, quando você deixa de efetuar uma tarefa rotineira, falta a compromissos e quando a angústia que ela provoca começa a refletir fisicamente em seu corpo. A seguir, vou citar um pouco sobre os vários tipos de transtornos de ansiedade que acometem crianças.

Nestes casos, ela se torna um distúrbio de ansiedade. Os reflexos físicos deste distúrbio são:

- Tontura;
- Tremores;
- Sudorese;
- Falta de ar;

- Taquicardia;
- Gagueira;
- Insônia;
- Desmaios.

Os tipos mais comuns de distúrbios de ansiedade são:

- Transtorno de Ansiedade de Separação;
- Transtorno de Ansiedade Generalizada;
- Fobia Específica;
- Transtorno de estresse pós-traumático em crianças;
- Transtorno obsessivo-compulsivo;
- Fobia Social;
- Transtorno de pânico;

Transtorno de ansiedade de separação: Caracteriza-se pela ansiedade excessiva diante de situações que envolvem o afastamento da criança da casa, dos pais ou outras pessoas significativas. Deve persistir por no mínimo quatro meses para ser diagnosticada como transtorno de ansiedade de separação. Pode aparecer após a ocorrência de algum estresse ou violência. É um dos transtornos ansiosos mais comuns na infância. É diagnosticado na infância ou na adolescência, com início antes dos 18 anos, podendo continuar pela vida adulta. Dados internacionais informam que atinge 4% de crianças e jovens, mas costuma ser mais comum na infância (Castillo et al., 2000). Estudos mostram que crianças com ansiedade de separação apresentam, na vida adulta, outros transtornos de ansiedade, em especial o transtorno do pânico (Manfro et al., 2002).

Crianças com ansiedade de separação, quando afastadas das pessoas com quem têm vínculo, temem nunca mais reencontrá-las. Costumam expressar o medo de que possam acontecer doenças, acidentes ou acontecimentos ruins consigo próprias ou com seus entes queridos. É comum ocorrer o comportamento de andar “como uma sombra”, seguindo um dos pais pelos cômodos da casa ou exigir a companhia deles para ir de um lugar a

outro de sua residência. A criança também pode querer dormir sempre na presença de alguém, querer dormir na cama dos pais ou, durante a noite, ir para cama deles. Quando a porta estiver fechada, pode até mesmo dormir junto à porta. Pode também ocorrer sintomas físicos diante de situações em que há possibilidade de afastamento da criança de casa ou de familiares significativos, ou onde haja o real afastamento. Entre essas queixas somáticas estão: dor de cabeça, dor abdominal, tontura, sensação de desmaio, náuseas e vômitos. Porém, entre crianças, nem sempre as preocupações são acompanhadas de sintomas físicos.

**Transtorno de ansiedade generalizada:** Caracterizado por ansiedade e preocupação excessiva (ansiedade antecipatória), ocorrendo quase todos os dias, por pelo menos seis meses. A ansiedade e a preocupação estão associadas com pelo menos alguns dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação dos “nervos à flor da pele”, fadiga, dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). A ansiedade é dirigida a diversos eventos ou atividades, tais como preocupação com o desempenho escolar ou no esporte. Para se afirmar o transtorno, é necessário existir sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo importante na vida da criança. O curso dos sintomas costuma piorar durante períodos de estresse.

Mais da metade dos pacientes que procura tratamento relata início dos sintomas na infância ou adolescência, mas o início na vida adulta não é incomum. A prevalência em amostras comunitárias gira em torno de 3% e em amostras clínicas pode alcançar até 25% dos indivíduos (APA, 2002). A preocupação da criança com transtorno de ansiedade generalizada difere das preocupações comumente existentes no dia a dia de uma criança não ansiosa por serem mais difíceis de serem controladas. Também são mais duradouras e ocorrem mesmo sem estarem acontecendo problemas reais. Pode estar associada a situações muito díspares, como pontualidade ou desastres ambientais. São crianças que podem se mostrar perfeccionistas e insatisfeitas com seu desempenho, buscando a perfeição nas tarefas. Buscam também a aprovação dos outros e se mostram inseguras.

**Fobia específica:** A criança com fobia específica apresenta medo grande de algum objeto, animal ou situação que é possível de se identificar claramente, por exemplo, medo de cachorro, da escola ou de pegar ônibus. A criança fica muito ansiosa ao ser exposta à situação que tem medo e procura evitá-la. O medo causa prejuízos significativos em sua

rotina e em sua vida social. Pode ter ataques de pânico diante do objeto que causa medo. É comum que crianças tenham medos de objetos ou situações, mas o diagnóstico de fobia específica só é dado quando o medo interferir seriamente no cotidiano da criança, em sua vida social e escolar, por um período mínimo de seis meses. Dentre os fatores que predisõem a fobia específica temos eventos traumáticos, como ser atacado por animal ou ficar preso em armários, ou mesmo testemunhar outras pessoas sofrendo traumas ou demonstrando temor.

Estatísticas internacionais indicam que 5% das crianças têm fobia específica (Muris et al., 1999). O diagnóstico não se aplica quando a pessoa está diante de perigos que podem efetivamente acontecer. Por exemplo, o medo de ser atingida por tiros, quando se está numa área onde constantemente há tiroteios não é considerada fobia específica.

Subtipos de fobias específicas:

Animal: medo de animais ou insetos.

Ambiente natural: situações do ambiente natural como enchentes, tempestades, alturas, águas.

Sangue-injeção-ferimentos: medo de receber procedimentos médicos invasivos, medo de ver sangue ou ferimentos.

Situacional: situações específicas como utilizar um tipo de meio de transporte (ônibus, carro, avião, trem), andar em túneis, andar de elevador, ficar em locais fechados. Outros tipos: fobia a “espaço”, que seria o medo de cair se estiver longe de paredes ou objetos que o segurem; medo de indivíduos fantasiados de personagens; medo de sons altos; medo de situações que poderiam levar a vômitos sufocamentos ou doenças. (APA, 2002).

Transtorno de estresse pós-traumático em crianças: O transtorno de estresse pós-traumático<sup>1</sup> (TEPT) é um problema de saúde mental decorrente da vivência com eventos de vida traumáticos. Apenas em 1980 foi introduzido como transtorno à saúde mental (APA, 2002). Inicialmente foi reconhecido como um problema de saúde que acometeria apenas adultos. Posteriormente, crianças e adolescentes foram reconhecidos como possíveis vítimas. Desde então, busca-se entender as diferenças e similaridades observadas nestes ciclos de vida, especialmente porque crianças e adolescentes processam diferentemente os estímulos do meio, devido ao estágio de desenvolvimento cerebral e cognitivo em que se encontram, bem como pela relevância fundamental dos fatores

familiares, genéticos e ambientais nestas fases da vida (Rojas; Lee, 2004). Para se diagnosticar TEPT em crianças, é necessário que (APA, 2002):

- Haja exposição a um evento traumático em que: a criança vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;
- A resposta da criança envolveu intenso medo, impotência ou horror, frequentemente manifestado em crianças através de comportamento desorganizado ou agitado.
- O evento traumático é persistentemente revivido pela criança em uma (ou mais) das seguintes maneiras: • recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções – nas crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;
- Sonhos aflitivos e recorrentes com o evento, podendo ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;
- Agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos). Crianças pequenas podem reencenar o trauma;
- Sofrimento psicológico intenso quando exposta a algo que simboliza ou lembra algum aspecto do evento traumático;
- Reatividade fisiológica quando exposta a algo que simboliza ou lembra algum aspecto do evento traumático;
- Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da capacidade de reação (não presente antes do trauma). Para diagnosticar TEPT, é necessária a presença de três (ou mais) dos seguintes quesitos:
- Esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma; • esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
- Incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
- Redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
- Sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;

- Faixa de afeto restrita (p.ex., incapacidade de ter carinho);
- Sentimento de um futuro abreviado (p.ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).
- Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma). São necessários dois (ou mais) dos seguintes quesitos para o diagnóstico: dificuldade em conciliar ou manter o sono, irritabilidade ou surtos de raiva, dificuldade em concentrar-se, hiper vigilância, resposta de sobressalto exagerada.

O diagnóstico de TEPT só se dá quando a duração dos sintomas é superior a um mês e caso provoque sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social da criança. Nem sempre é possível diagnosticar TEPT em crianças a partir de todos estes critérios preconizados pela DSM-IV. Autores alertam que crianças informam pouco sobre oito sintomas de TEPT, dentre os dezoito normatizados na DSM-IV. Isto se daria pela exigência de descrição verbal da experiência traumática e do estado interno vivenciado pela criança (Scheeringa et al., 2006). Por essa razão, é importante avaliar crianças com sintomas de TEPT, mesmo que elas não alcancem todos os critérios exigidos na DSM-IV. Uma enorme variedade de sintomas é concomitante ao TEPT em crianças, complexificando ainda mais o diagnóstico: prejuízo na modulação do afeto; comportamento autodestrutivo e impulsivo, sintomas dissociativos, queixas somáticas, sensações de inutilidade, vergonha, desespero ou desamparo, sensação de dano permanente; perda de crenças anteriormente mantidas, hostilidade, retraimento social, sensação de constante ameaça, prejuízo no relacionamento com os outros ou mudança nas características anteriores da personalidade do indivíduo.

O transtorno de estresse após o trauma pode ser agudo e crônico. Ambos têm sintomas similares, porém:

- TEPT agudo: quando a duração dos sintomas é inferior a três meses. (e superior a um mês).
- TEPT crônico: a duração dos sintomas é igual ou superior a três meses. Embora os sintomas de TEPT costumem iniciar nos três primeiros meses após o trauma, pode haver um lapso de meses ou mesmo anos antes do seu aparecimento (APA, 2002).

Quando isto acontece, denomina-se TEPT de início tardio, com tempo mínimo transcorrido entre o evento e o início dos sintomas de seis ou mais meses. É preciso ter

cautela ao determinar o retardo do aparecimento dos sintomas, pois pode haver precária e retardada percepção dos pais sobre os sintomas apresentados por seus filhos, especialmente quando mais novos. A comorbidade é altamente frequente em crianças com TEPT. Depressão é um dos transtornos mais comumente associados, junto com outros transtornos de ansiedade (pânico, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada) e abuso de substâncias. Os transtornos externalizantes (hiperatividade/déficit de atenção, transtornos de conduta e transtorno opositivo desafiador) são também freqüentes.

Transtorno obsessivo-compulsivo: Obsessões são idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. Entre os exemplos de obsessões mais comuns estão:

- contaminação (medo de ser contaminado ao apertar as mãos das pessoas);
- Dúvidas repetidas (imaginar que deixou uma porta destrancada, ou se questionar/ficar em dúvida se machucou alguém);
- organização/ordem (sofrimento acentuado quando as coisas estão desorganizadas ou fora de ordem); • impulsivos agressivos ou horrorizantes (pensamento de machucar um familiar ou falar palavrões em momentos não apropriados);
- imagens sexuais (imagem de conteúdo sexual). Compulsões são comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, em vez de oferecer prazer ou gratificação. Costumam ser mais presentes em crianças do que as obsessões.

A criança com transtorno obsessivo-compulsivo pode tentar evitar o pensamento, imagem, obsessão com algum outro pensamento ou ação, desencadeando a compulsão, com ações excessivas e em desacordo com a realidade. Assim, ao temer se contaminar ao segurar as mãos de outra pessoa, lavará suas próprias mãos até que se sinta menos ansioso. Isso faz com que lave as mãos muitas vezes e durante muito tempo. O início do transtorno obsessivo-compulsivo dá-se mais cedo em homens (dos seis aos quinze anos) que em mulheres (dos vinte aos vinte e nove anos). É mais comum em meninos e os sintomas na infância são os mesmos que na idade adulta. As obsessões ou compulsões recorrentes consomem tempo e causam prejuízo ou sofrimento. Para o diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo, os comportamentos compulsivos precisam consumir mais de uma

hora por dia e redundarem em sofrimento significativo com prejuízo na vida social e escolar. Crianças com este transtorno geralmente começam a apresentar queda de rendimento gradual na escola, dificuldade de concentração, dificuldades sociais e de relacionamento com pessoas próximas (APA, 2002) Não há informação sobre a presença de traumas no surgimento do transtorno obsessivo-compulsivo, mas exacerbações dos sintomas podem estar relacionadas à vivência de estresses.

Fobia social: Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, quando a criança se depara com pessoas estranhas, com possível avaliação de outras pessoas ou com a necessidade de desempenhar alguma tarefa. Este medo interfere na vida, no desempenho social e escolar. Por exemplo, a criança com fobia social pode até apresentar um trabalho para sua turma, mas sente-se muito ansiosa, tem preocupações se as pessoas estão percebendo que ela está embaraçada (com as mãos tremendo, tremor na voz) ou que as pessoas achem que seja maluca ou estúpida. O início dos sintomas pode se dar após experiência estressante ou humilhante. O transtorno só pode ser identificado em crianças e adolescentes até 18 anos se tais sintomas permanecerem por no mínimo seis meses. É mais comum surgir na adolescência, emergindo a partir de uma história de inibição social ou timidez na infância. Ao se defrontar com essas situações sociais, a criança ou adolescente sente forte ansiedade e queixas somáticas como tremores, palpitações, desconforto gastrointestinal, rubor facial, confusão, tensão muscular. Pode até ter ataques de pânico diante da situação temida. A criança pode não reconhecer que seu medo é irracional ou excessivo, diferente dos adultos e adolescentes que reconhecem a irracionalidade do medo. A criança com esse transtorno faz de tudo para evitar estas situações. Pode até conseguir suportar a situação, mas com sensação de pavor. Denomina-se fobia social generalizada quando os medos estão relacionados a uma ampla gama de situações sociais, como iniciar ou manter conversas, encontrar-se com pessoas do sexo oposto, comparecer a festas e escrever em público. Essas crianças tendem a ter baixa autoestima, sentimentos de inferioridade e hipersensibilidade às críticas, o que as deixam com uma rede de apoio social diminuída. Podem apresentar notas baixas por conta do medo e ansiedade nos testes, falta de participação em sala de aula e ansiedade durante os trabalhos de grupo. Inclusive podem apresentar fobia escolar por conta do medo de se relacionar com colegas e professores e de situações em que seu desempenho é avaliado. Outras características específicas que podem acontecer às crianças são: choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento

de estar junto permanentemente a uma pessoa na família e recusar-se a participar de brincadeiras em grupo. Em crianças a fobia social pode ser considerada grave porque pode prejudicar o desempenho da criança nas tarefas, não permitindo que alcance um nível esperado de funcionamento. Também o isolamento é muito prejudicial, comprometendo o desenvolvimento afetivo da criança e sua capacidade de interagir com outras pessoas.

**Transtorno de pânico:** Presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter outro ataque, das suas possíveis implicações ou conseqüências ou por alteração comportamental significativa relacionada aos ataques. É pouco comum em crianças. É mais freqüente no final da adolescência e na idade adulta. Os sintomas podem se iniciar e se exacerbar mediante a ocorrência de perdas, tais como rompimentos de relacionamentos importantes. O transtorno de pânico se caracteriza por período de intenso medo ou desconforto, no qual quatro (ou mais) de treze sintomas somáticos ou cognitivos estão presentes: palpitações ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo); medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); calafrios ou ondas de calor. Os sintomas desenvolvem-se abruptamente e alcançam um pico em dez minutos. Pode vir acompanhado de agorafobia, que é ansiedade de estar em locais de difícil fuga ou onde considera ser difícil obter socorro, caso tenha ataques de pânico. Deste modo, a criança pode apresentar medo de estar em multidões, filas, pontes, ônibus, trem, automóvel, sair de casa desacompanhada, podendo evitar estas situações ou suportá-las com dificuldade.

### **CAPÍTULO 3.**

#### **LIDANDO COM A ANSIEDADE INFANTIL.**

Alguns outros aspectos são importantes ao se projetar o atendimento dado a uma criança com transtornos de ansiedade, o diagnóstico e tratamento precoce podem evitar repercussões negativas na vida da criança. O tratamento da ansiedade na infância é eficaz com o uso de medicamentos apropriados, associados à psicoterapia, em especial a terapia cognitiva comportamental.

Dependendo do momento em que a criança se encontra, os sintomas podem variar de intensidade, duração e até a frequência com a qual aparecem.

A criança ou adolescente pode apresentar alguns sintomas específicos, e muitos deles são os mesmos sinais que os adultos apresentam.

- Unhas roídas;
- Alterações no apetite;
- Dificuldades no sono;
- Agitação;
- Medo excessivo;
- Queda no rendimento escolar;
- Oscilação de humor;
- Dor de barriga;
- Dores de cabeça;
- Machucar a si próprio;
- Irritabilidade ou apatia;

Ao primeiro sinal, é preciso observar a intensidade, persistência e se os sintomas estão prejudicando o dia a dia da criança.

Além de observar os sintomas, é importante analisar o contexto no qual a criança se encontra e fazer uma retrospectiva do que aconteceu, por exemplo, no último ano.

Sabe-se que muitos problemas de ansiedade estão relacionados com a forma como pensamos. Como podemos alterar a forma de pensar, podemos aprender a controlar a nossa ansiedade.

Pensar mais positivamente pode ajudar a sentirmo-nos melhor.

Pensar mais negativamente pode-nos fazer sentir com medo, tristes, tensos, zangados ou desconfortáveis.

Ensinar a criança a compreender os seus pensamentos é importante.

A terapia é uma forma de ajudar as crianças a:

Identificar formas negativas e inimigas de pensar,  
Descobrir a relação entre aquilo que pensam, como se sentem e aquilo que fazem,  
Procurar provas que sustentem, ou não, os seus pensamentos,  
Desenvolver novas competências para lidar com a ansiedade.

Ouvir, dar atenção às queixas da criança e negociar com a família formas para reduzir a ansiedade da criança e do ambiente em que vive são ações muito valiosas quando realizadas pelos profissionais de saúde. Mas, essas ações só são possíveis mediante uma atuação profissional respeitosa, ética e permeada pelo diálogo. Sentimentos de medo e ansiedade não dependem só de orientação técnica ou de medicação. A confiança da criança e de sua família no profissional de saúde e o aprendizado do relaxamento da ansiedade estão profundamente influenciados pela relação estabelecida entre o profissional de saúde e seu paciente. Ajudar os pais a lidarem com seus filhos significa, muitas vezes, conversar sobre os sentimentos de culpa e impotência que alguns pais têm frente aos sintomas de ansiedade de seus filhos. Nas crianças com sintomas leves de ansiedade, atitudes como estas podem aliviar o quadro clínico e propiciar a criança um desenvolvimento emocional e comportamental mais equilibrado.

Reconhecer quando os transtornos de ansiedade estão se instalando na vida de uma criança, comprometendo suas atividades cotidianas é passo essencial no atendimento. A terapia cognitiva comportamental infantil vem ao encontro das intervenções adequadas para estimular e trabalhar determinados aspectos das crianças que convivem com algum tipo de transtorno. Geralmente, esses quadros envolvem distúrbios do neurodesenvolvimento que tem como consequência a alteração de humor e a oscilação no comportamento. Podemos defini-la como uma junção da terapia cognitiva com a terapia comportamental. A terapia cognitiva comportamental (TCC) é, então, uma psicoterapia cuja atuação se dá sobre os pensamentos surgidos por uma dada situação estimulante. Isso tudo ocorre tendo em vista que tais concepções são responsáveis por gerar os comportamentos e os sentimentos que caracterizam a relação do sujeito com o espaço em que ele está inserido.

Em outras palavras, a terapia cognitiva comportamental tem o poder incrível de trabalhar à auto-regulação por parte das crianças, assim como ensiná-las a obterem o autocontrole do que se sente e como se comportar. Vale lembrar que as técnicas procuram a intensidade e a gravidade de aspectos comportamentais inadequados, além de mudanças nas atitudes,

nas emoções e na cognição das crianças, induzindo a um comportamento desejado.

Algumas técnicas incluem:

- Treino de habilidades sociais (utilizado em casos de crianças que convivem com transtorno de comportamento ansiedade, transtornos invasivos de desenvolvimento, depressão, entre outros). Além disso, é importante salientar que essas crianças geralmente lidam com exclusão, isolamento e rejeição. E esse treino surge a partir da demanda apresentada pelos pequenos;
- Relaxamento muscular progressivo;
- Uso de determinados objetos para estimular a tranquilidade (para o autocontrole e a auto-regularão);
- Uso de cartões simbólicos (com figuras que estão ligadas ao cotidiano da criança) para promover o relaxamento dos pacientes;
- Reversão do hábito: a aplicação de intervenções comportamentais surge como uma forma efetiva de lidar com tiques, hábitos repetitivos e nervosos, gagueiras etc. Esta técnica consiste em estimular o pequeno a praticar as ações “reversas” a sua rotina diária;
- Habilidades comportamentais de tolerância à frustração: responsável por auxiliar as crianças a administrarem e a aceitarem situações que podem promover instabilidades emocionais (lembrando que a intolerância emocional provoca o caráter instável do comportamento, além da impulsividade, da vulnerabilidade e da auto-regularão inconsistente);
- Reforço positivo: uma excelente técnica, cujo objetivo envolve uma consequência positiva para comportamentos adequados. O terapeuta procura estimular uma frequência maior desse aspecto comportamental na vida da criança.

A TCC com crianças é fundamentalmente semelhante, tanto na teoria quanto na prática, à TCC com adultos. Fundamenta-se na suposição de que o comportamento é adaptativo e de que existe interação entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos da pessoa<sup>9</sup>. “A TCC com crianças e adolescentes é promissora no sentido de que reconhece explicitamente a importância das variáveis cognitiva, comportamental, afetiva e socioambiental na etiologia e manutenção de transtornos emocionais”. Fatores biológicos, genéticos, interpessoais e ambientais influenciam-se reciprocamente. De forma similar, parece haver uma gama de fatores interpessoais, cognitivos e sociais que cumprem uma função protetora e diminuem tais riscos. O desafio do terapeuta consiste em tentar

compreender a forma pela qual todos esses fatores interagem na mediação do surgimento da psicopatologia na infância.

As técnicas utilizadas em cada intervenção devem ser determinadas com base na formulação do caso. Aplicar técnicas cognitivas e comportamentais na ausência de uma conceitualização do caso é um dos principais erros clínicos, pois técnicas desincorporadas da teoria fracassam.

As técnicas mais comumente utilizadas no tratamento de crianças e adolescentes são:

Treinamento de relaxamento:

É uma técnica comportamental possível de ser aplicada a uma variedade de problemas. Recomenda-se que as sessões de relaxamento com crianças sejam breves e incluam apenas alguns grupos musculares. Essa técnica ensina a tensionar e relaxar vários grupos musculares, focalizando nas sensações decorrentes da tensão corporal e utilizando essas sensações como dicas para relaxar. Os exercícios de relaxamento devem ser dados como tarefas de casa para que o paciente pratique duas vezes ao dia.

Os padrões de fala do terapeuta devem ser suaves, melódicos, afetivos e com um ritmo mais lento do que o convencional. Além disso, sugerem que de 5 a 10 segundos de tensão sejam seguidos de 20 segundos de relaxamento muscular, diferentemente do que é aplicado em adultos. O teor dos roteiros de relaxamento deve adequar-se ao nível de desenvolvimento da criança.

Dessensibilização sistemática:

Trata-se de um procedimento contra condicionante usado para diminuir medos e ansiedades, envolvendo a combinação de estímulos geradores de ansiedade com um agente contra condicionante (tipicamente o relaxamento)<sup>7</sup>. A Dessensibilização Sistemática foi desenvolvida por Joseph Wolpe no final dos anos 40, a partir do procedimento de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

A técnica consiste basicamente em quatro elementos:

Treino em técnicas de relaxamento;

Elaboração de uma escala de ansiedade subjetiva (Escala SUDS);

Planejamento e exposição gradual ao(s) evento(s) que elicia(m) respostas de ansiedade e/ou esquiva;

Pareamento dos eventos eliciadores de ansiedade com o relaxamento.

Essa técnica pode ser desenvolvida por imaginação ou pela exposição ao vivo do evento eliciador da ansiedade. Para conduzir uma Dessensibilização Sistemática, hierarquias de ansiedade devem ser desenvolvidas. Através do relato do paciente, os grupos de estímulos geradores de ansiedade devem ser organizados em ordem hierárquica. Feito isso, o procedimento começa com o medo mais baixo da hierarquia. O paciente é instruído a relaxar e imaginar uma cena agradável. Então, é apresentado (ao vivo ou por imaginação) o primeiro item da hierarquia. Se o paciente experimentar ansiedade, é instruído a parar de imaginar a situação geradora de ansiedade e retornar à cena agradável. À medida que o paciente obtiver domínio sobre a cena, ela dá um passo acima na hierarquia, até que o nível mais alto do medo seja atenuado.

#### Treino de habilidades sociais:

O treino de habilidades sociais se adere a um enfoque comportamental de aquisição da resposta, ou seja, concentra-se na aprendizagem de um novo repertório de respostas. Essa técnica pode ser definida como uma tentativa direta e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais ao paciente, com a intenção de melhorar sua competência interpessoal e individual em tipos específicos de situações sociais.

Várias áreas podem ser abrangidas através dessa técnica. Por exemplo, formas de fazer amigos, iniciar e manter uma conversa, manejar a agressividade, lidar com provocações, dar e receber cumprimentos, pedir ajuda, entre outras. Primeiro, a habilidade específica é ensinada a criança ou adolescente mediante instrução direta. A seguir, inicia-se a prática gradual, pois o ensaio facilita a aplicação, o que frequentemente envolve uma representação de papel. Então, o paciente recebe *feedback* do terapeuta a fim de corrigir os erros ou manter a habilidade. Por último, o paciente experimenta a habilidade aprendida e treinada em contexto do mundo real, com ou sem acompanhamento do terapeuta.

#### Role play:

O *Role play* ou Ensaio Comportamental é uma técnica utilizada em diferentes situações para ensinar comportamentos por meio de treinamentos. Através dessa técnica, instalam-se novos comportamentos ou aperfeiçoam-se habilidades interpessoais que ajudam o paciente a melhorar sua qualidade de vida e suas limitações devidas aos déficits em seus repertórios comportamentais. É uma das principais técnicas utilizadas para o

desenvolvimento da assertividade. É um tipo de representação teatral na qual se simulam situações da vida do paciente em que ele apresenta algum grau de dificuldade.

Trata-se de uma técnica que facilita o treino de habilidades sociais e evoca pensamentos e sentimentos importantes. Deve-se tentar que as representações sejam as mais realistas possíveis e, a fim de obtermos informações sobre os personagens que serão representados, deve-se fazer perguntas específicas a criança e ao adolescente. O terapeuta deve pedir exemplos de coisas que as pessoas em determinada situação poderiam dizer as formas como reagem, jeitos de agir etc. O terapeuta pode desempenhar o papel do paciente ou de outra pessoa significativa no contexto, realizando assim, uma modelagem. Esse procedimento pode ser repetido diversas vezes com alternância dos papéis representados por cada um.

Controle de contingência:

Contingências representam a relação entre comportamento e suas conseqüências. Nessa técnica, é especificado o tipo de recompensas que dependem de ocorrências específicas de respostas comportamentais particulares. Comportamentos novos e mais adaptativos são estimulados pelo oferecimento de recompensas por seu surgimento, enquanto comportamentos problemáticos são diminuídos pela remoção ou não ocorrência desses reforçadores. O principal objetivo dessa técnica é maximizar o elogio e a atenção recebidos pela criança ou adolescente por apresentar comportamentos positivos e novas habilidades e minimizá-los quando eles apresentarem comportamentos disfuncionais. Os pais podem realizar essa técnica ao reforçarem, por exemplo:

Novas habilidades ou comportamentos por parte da criança;

Comportamentos de enfrentamento ou de independência;

Sinais de que a criança está lidando com seus problemas ao invés de evitá-los;

Cada passo sucessivo que aproxima a criança de seu objetivo geral

Previsão de prazer / previsão de ansiedade:

Na previsão de prazer, a criança ou adolescente planeja uma atividade e prevê quanta satisfação obterá com ela. Após a atividade, avalia quanto divertimento na verdade experimentou. Visto que o paciente deprimido subestima o quanto de divertimento terá, comparar os níveis de prazer melhores que o esperado é um teste para suas previsões negativas.

A previsão de ansiedade é bastante semelhante. Crianças e adolescentes ansiosos superestimam seus níveis de sofrimento, esperando que as circunstâncias sejam mais estressantes do que realmente são. Portanto, o paciente é convidado a prever seu nível de ansiedade em determinada situação, realizar a tarefa e então avaliar sua ansiedade real. Essa técnica simples, porém, efetiva, leva o paciente a ver que suas previsões freqüentemente aumentam o potencial estressante de uma situação.

Questionamento socrático:

Por meio do processo socrático, a criança ou adolescente é encorajado a explorar seu conhecimento anterior e capacitado a descobrir novas informações que podem ajudá-lo a reavaliar seus pensamentos. Durante esse processo, o terapeuta incentiva o paciente a suspender suas idéias pré-concebidas e a manter uma mente aberta, conforme eles testam e avaliam a exatidão de suas crenças e suposições. As cognições do paciente, portanto, são vistas como hipóteses que estão abertas à validação empírica, e não como fatos estabelecidos. Perguntas são cuidadosamente enunciadas, guiando o paciente e mantendo a discussão focada, até que ele avalie e reaprecie seus pensamentos e chegue às próprias conclusões.

Resolução de problemas:

A resolução de problemas ensina a criança ou adolescente a lidar com uma situação ansiogênica como um problema a ser resolvido e não como algo incontrolável e sem saída. Trata-se de tornar disponível uma variedade de respostas efetivas para lidar com uma situação problemática. Essa técnica consiste em cinco passos básicos. O passo 1 envolve a identificação do problema em termos específicos e concretos. No passo 2, o paciente é ensinado a gerar soluções possíveis para lidar com o problema. No passo 3, é feita uma avaliação de todas as opções levantadas. Aqui, paciente e terapeuta avaliam cuidadosamente as conseqüências de cada opção. No passo 4, ambos escolhem a melhor solução e planejam a implementação desta. Enfim, o passo cinco é a colocação em prática da solução escolhida, avaliação dos resultados obtidos e recompensa da experimentação bem-sucedida. Caso não dê certo, são discutidas as modificações necessárias e colocam-se as soluções em prática novamente. Como a resolução de um problema pode se tornar uma tarefa abstrata, tudo deve ser registrado no papel, de modo a concretizar o procedimento.

Manejo de recompensas:

O manejo de recompensas é utilizado em cada aproximação/enfrentamento que o paciente faz de uma situação ansiogênica ou que apresente alguma dificuldade. Essa aproximação é seguida de uma recompensa, associando-se, dessa forma, uma experiência agradável à vivência do medo. Isso também promove a desconfirmação da consequência negativa esperada e facilita uma maior aderência do paciente ao tratamento, o que leva a um aumento na frequência de aproximações em direção aos estímulos temidos:

Auto-instrução:

O foco dessa técnica é substituir pensamentos mal adaptativos por pensamentos adaptativos e produtivos. A criança ou adolescente é instruído a desenvolver novas orientações ou regras para seu próprio comportamento que a ajudará a passar por situações estressantes. O objetivo dessa técnica é construir padrões de fala interior que estimulem comportamentos mais adaptativos. Idealmente, a auto-instrução envolve um pensamento tranquilizador, porém estratégico para o enfrentamento da situação (por exemplo, “eu sei que não será fácil, mas eu treinei um jeito de me afastar desta briga.

“(Apenas preciso permanecer controlado)”:

Exposição:

A exposição ao objeto ou à situação temida é considerada a intervenção mais eficaz nos transtornos de ansiedade<sup>11</sup>, mas também pode ser utilizadas em qualquer circunstância terapêutica que o paciente precise aplicar determinadas habilidades. Da mesma forma que no tratamento com adultos, a exposição com crianças ou adolescentes deve seguir uma hierarquia de sintomas, iniciando das situações menos ansiogênicas, seguidas das mais temidas. Antes da exposição deve-se fazer, junto com o paciente, o mapeamento de toda sintomatologia ansiosa e somente depois de hierarquizada as situações, parte-se para a exposição. Recomenda-se também que a exposição *in vivo* só seja realizada depois que o paciente tenha aprendido a reconhecer e controlar sua ansiedade.

Na exposição, o paciente enfrenta o estímulo aversivo, suporta a excitação afetiva, ensaia habilidades de enfrentamento e ganha autoconfiança. A exposição promove a experiência de sentimentos negativos. Quando o paciente enfrenta a situação que teme, as qualidades temíveis dessa situação são atenuadas e sua flexibilidade comportamental é aumentada.

É importante ressaltar que não devemos terminar a exposição até que a ansiedade diminua pelo menos 50%. Retirar o paciente da exposição antes de haver uma diminuição da ansiedade pode sensibilizá-lo contra produtivamente à ansiedade. Por último, é indicada a exposição repetida, devendo ser praticada nas sessões e entre as sessões. Pais, professores e responsáveis devem ser educados sobre a natureza da exposição e treinados para incentivar os esforços da criança ou adolescente.

Ludo terapia:

A psicoterapia infantil é baseada em atividades lúdicas, como desenhos, jogos e brincadeiras. É a partir dessas atividades que as crianças expressam sentimentos que ainda não conseguem colocar em palavras. Tradicionalmente se refere ao uso de brinquedos como uma técnica projetiva. Contudo, a maioria das descrições do tratamento focado no trauma advoga o uso da brincadeira e outras técnicas não verbais (desenhos e bonecas, por exemplo), como meio de aumentar o conforto da criança e a habilidade de comunicar na terapia, facilitando que ela acompanhe metas específicas. O uso de brinquedos é incorporado em várias intervenções terapêuticas psicossociais.

Psicoeducação:

Muitas abordagens de tratamento incluem algum grau de psicoeducação para pais, crianças, e às vezes, professores. Abordagens individuais e em grupo são utilizadas. Em particular, educação sobre a experiência traumática é considerada benéfica para crianças e pais. São abordados temas como reações emocionais comuns em relação ao evento, como responder a ele e como se proteger se o evento voltar a ocorrer. Incluir pais no tratamento ajuda a monitorar a sintomatologia da criança e a aprender técnicas de manejo comportamentais apropriadas, tanto nos intervalos das sessões quanto no término do tratamento. Estratégias de relaxamento frente à ansiedade têm se mostrado benéficas. Para atender de forma mais adequada à família e a criança com sintomas de ansiedade pode-se lançar mão da terapia de família. Esta terapia vai além dos limites da psicoeducação. Amplia o foco dos sintomas ansiosos da criança e de seus pais ao valorizar toda a família como um sistema social flexível em que se pode propiciar a recriação e a mudança das versões e visões sobre as adversidades e sintomas vivenciados. Os pais, ou os adultos que estejam nesse papel social são a fonte primordial de socialização primária para seus filhos. A criança, mais do que o adolescente, tem na família sua fonte de mediação com o que acontece fora de casa, já que são os familiares que decodificam para ela o funcionamento

do mundo externo, então interiorizado como sendo o único mundo existente. É na convivência familiar que a criança aprende como deve se comportar e agir frente às situações.

Tratamentos farmacológicos:

São utilizados com menor frequência que as abordagens psicossociais. Embora sejam vários os avanços obtidos na área na neurobiologia relacionada aos transtornos ansiosos, poucos ainda são os estudos realizados com crianças e adolescentes. Os tratamentos para os transtornos ansiosos em crianças são indicados por psiquiatras infantis, que sabem qual medicamento e dosagem é mais adequado para cada tipo de transtorno de ansiedade. Nos últimos anos vem crescendo o uso de medicação para atenuar problemas de comportamento em crianças, acompanhando o maior investimento da indústria farmacêutica. Hoje vivemos quadros antagônicos: corremos o risco da supermedicação para controlar comportamentos – banalizando a importância de se lançar mão deste recurso terapêutico para crianças que não têm transtornos sérios, ao mesmo tempo em que vivenciamos a falta de medicação para crianças que efetivamente padecem de transtornos mentais mais graves, pela ausência de serviços e profissionais especializados. Ainda não são muito sólidos os estudos clínicos sobre boa parte dos medicamentos usados em crianças. Funções do organismo infantil reagem diferentemente aos medicamentos, especialmente o metabolismo e a excreção. Por outro lado, o cérebro em desenvolvimento pode responder diferentemente às drogas psicotrópicas. Por essas razões, não é correto realizar extrapolações das dosagens utilizadas em adultos (Mercadante; Scahill, 2005). A presença do psiquiatra é fundamental nessas situações.

- Inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) ou antidepressivos SSRI: inibem o retorno da serotonina liberada na fenda sináptica para o interior do neurônio que havia liberado a serotonina.
- Antidepressivos tricíclicos: atuam essencialmente pelo bloqueio de recaptção de neurotransmissores como norepinefrina e serotonina. Tem como efeitos colaterais fadiga, tontura, boca seca, sudorese, ganho de peso, retenção urinária, tremor, agitação. Alguns estudos sugerem a capacidade de alterar a condução elétrica do coração, razão pela qual, um acompanhamento cardiológico é fundamental durante o tratamento.

- Beta bloqueador e alfa agonistas adrenérgicos: os primeiros mostraram reduzir sintomas de hiper vigilância em crianças com TEPT (Famularo apud Eth, 2001); os alfaagonistas já foram utilizados em transtornos da atenção/hiperatividade em crianças abusadas sexualmente, com redução de impulsividade, agressão e sobressaltos exagerados. Riscos ao sistema cardiovascular indicam controle estrito quando do uso dessa substância.
- Anticonvulsivantes vêm sendo sugeridos para o tratamento de TEPT, baseado na hipótese que a repetida exposição ao trauma pode eventualmente levar a sensibilização do circuito límbico e facilitação de crises.
- Agentes serotoninérgicos, antagonistas opióides, benzodiazepínicos e bloqueadores da dopamina e carbonato de lítium também têm sido utilizados para a redução de sintomas específicos.

Para o tratamento farmacológico ser considerado efetivo ele precisa: reduzir os sintomas de ansiedade, tratar outras comorbidades de saúde mental associadas e facilitar intervenções psicossociais. O diálogo e a negociação do tratamento com os pais da criança é um passo fundamental para garantir a adesão da criança ao tratamento e o seu sucesso (Mercadante; Scahill, 2005).

Alguns outros aspectos são importantes ao se projetar o atendimento dado a uma criança com transtornos de ansiedade (Cohen et al., 2004; Foa et al., 2004).

Avaliação da criança: deve ser conduzida de maneira sensível e adequada ao nível de desenvolvimento da criança. Isto significa que modalidades e mecanismos de comunicação devem ser ajustados; por exemplo, crianças muito pequenas utilizam meios de comunicação não verbal e participam mais quando brincam e desenham, enquanto crianças mais velhas e adolescentes podem ficar ofendidas quando terapeutas assumem que eles preferem brincar a falar, ou quando infantilizam o processo de tratamento. Os pais devem ser rotineiramente incluídos no processo de avaliação e tratamento, mas o nível e a natureza do envolvimento devem estar baseados no estágio de desenvolvimento da criança, nível de funcionamento da família, extensão na qual os sintomas ansiosos atrapalham o funcionamento familiar e tipo de problema comportamental e emocional alvos no tratamento.

Duração do tratamento: varia muito dentre os transtornos ansiosos. Um pequeno número de crianças precisa de tratamentos de longa duração. Crianças expostas à violência massiva, homicídio familiar ou suicídio, abuso prolongado, ou exposição repetitiva a eventos perigosos podem requerer tratamentos mais duradouros. Casos mais severos requerem dedicação árdua ao tratamento por parte da criança, família e terapeuta. Terapias de longo prazo também podem ser necessárias quando assuntos relacionados à capacidade de confiar e formar relações significativas estão presentes. De maneira geral, a duração do tratamento deve ser determinada com base individual, levando em consideração a criança, sua idade e seus sintomas.

Tipo de trauma: especialmente nos casos de TEPT, em que o evento traumático é reconhecido, é importante avaliar o tipo de trauma, se crônico ou agudo, ao se planejar o tratamento.

Comorbidades: pacientes com transtornos ansiosos usualmente têm pelo menos outro transtorno psiquiátrico. Por isso, há que se avaliar entre tratamentos diretivos para a redução de sintomas ansiosos e outros que podem melhorar os sintomas comórbidos.

Suicibilidade: é comum que alguns transtornos ansiosos venham acompanhados de comportamentos autodestrutivos. É importante avaliar cuidadosamente a presença de ideiação suicida e história de tentativas de suicídio anteriores, demandando tratamento antes que qualquer outro sintoma seja abordado.

Dependência de substâncias: também se associam aos transtornos ansiosos, especialmente na adolescência.

Indicação de hospitalização: a hospitalização é indicada quando a criança está em risco iminente de ferir a si próprio e aos outros, ou está desestabilizada na habilidade de suas funções, ou necessita de avaliação/ observação especializada em um ambiente seguro. Costuma ser usada em casos de violência familiar ou comunitária, deixando a criança em local seguro durante a avaliação do quadro.

A violência tem impacto significativo sobre a saúde mental das crianças, especialmente quando abala suas fontes de segurança familiar, escolar ou social. Atender a crianças que sofrem maus-tratos é uma tarefa desafiadora para profissionais de saúde. Faz parte de uma nova consciência social de proteção à infância e adolescência que busca se consolidar no

país, especialmente a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), vigente no Brasil desde 1990.

Grande parte dos casos de maus-tratos que chegam aos serviços de saúde não é identificada pelos profissionais, assim como acontece com os transtornos de ansiedade. Essas crianças, além de sofrerem com o impacto que essas situações lhes provocam, ainda se defrontam com a precariedade de recursos dos serviços de saúde. Uma questão ética também permeia esse problema, já que é forte o medo e a recusa de se envolver com o que é considerado um “problema alheio”. No entanto, cabe reforçar que a identificação dos casos de maus tratos que chegam aos serviços de saúde, é necessária e possível. O primeiro passo é conhecer com mais profundidade o problema da violência, e para isso é importante o diálogo sobre o assunto com colegas de trabalho, buscando informações em diversas publicações disponíveis. A experiência clínica junto com a leitura de textos sobre o tema oferece diversas pistas para identificação de maus-tratos.

De modo geral, a terapia infantil é uma ferramenta imprescindível na hora de compreender o que se passa com a criança em um momento conturbado. Cuidar da saúde mental das crianças é essencial.

## **Referências**

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. 2 ed. Tradução: Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Afiliada, 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB 022/98. Brasília: MEC, 1998. \_\_\_\_\_ . Ministério da Educação.

CASTILLO, A.R.G.L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F.R.; MANFRO, G.G.

Transtornos de ansiedade. Rev Bras Psiquiatr, 22 (suppl.2): 20-23, 2000.

COHEN, J.A; BERLINER, L.; MARCH, J.S. Treatment of children and adolescents. In: FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. Effective Treatments for TEPT: Practice

Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York; London: The Guilford Press, 2004. p.106138.

FALCONE, E. Psicoterapia Cognitiva. Cap. 3. *In* Rangé, Bernard (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M. *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. Effective Treatments for TEPT: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York; London: The Guilford Press, 2004.

GHIRALDELLI, P. Jr. As concepções de infância e as teorias educacionais modernas e contemporâneas. *Educação e Realidade*, v. 4, n. 1, pp. 45-58, 2000.

KOHAN, Omar Walter. Pesquisa em educação. São Paulo, v.29, n.1, p.11-26, jan./jun.2003.

MANFRO, G.G. et al. Retrospective study of the association between adulthood panic disorder and childhood anxiety disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(1): 26-29, 2002.

MURIS, P.; SCHMIDT, H.; MERCKELBACH, H. The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9): 863-868, 1999.

MERCADANTE, M.T.; SCAHILL, L. *Psicofarmacologia da Criança: um guia para crianças, pais e profissionais*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2005.

PLATÃO. *As leis, ou da legislação e epinomis*. Tradução: Edson Bini. 2. ed. Bauru-SP: Edipro, 2010. \_\_\_\_\_.

POSTMAN, Neil. *O desaparecimento da Infância*. Rio de Janeiro: Graphia, 2011.

RANGÉ, B. Psicoterapia Cognitiva. Cap. 8. *In* Rangé, Bernard (Org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2001.

ROJAS, V.M.; LEE, TN. Childhood vs. adult PTSD. *In*: SILVA, R. (ed.). *Posttraumatic stress disorders in children & adolescents*. New York: Norton, 2004. p. 237-256.

PLATÃO. As leis, ou da legislação e epinomis. Tradução: Edson Bini. 2. ed. Bauru-SP: Edipro, 2010. \_\_\_\_\_.

POSTMAN, Neil. O desaparecimento da Infância. Rio de Janeiro: Graphia, 2011.

STALLARD, P. *Guia do terapeuta para bons pensamentos – bons sentimentos*: utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SOUSA, C. R.; BAPTISTA, C. P. Terapia cognitivo-comportamental com crianças. Cap. 32. In Rangé, Bernard (Org.). *Psicoterapias CognitivoComportamentais*: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SCHEERINGA, M.; WRIGHT, M.J.; HUNT, J.P.; ZEANAH, C. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 163: 4, 2006.

Secretaria de Educação Fundamental. Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil. Brasília: MEC/SEF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Ensino Fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis de anos de idade. Brasília: FNDE, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB 020/2009. Brasília: MEC, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação. Resolução CEB 5/2009. Brasília: MEC, 2009

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretrizes curriculares nacionais para a educação infantil. Brasília: MEC, 2010.

SARMENTO, Manuel Jacinto. VASCONCELLOS, Vera Maria Ramos. (Org.) *Infância (in)visível*. Araraquara: Junqueira&Marin, 2007.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Emílio, ou, Da educação*. Tradução: Roberto Leal Ferreira. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

