

UNIVERSIDADE DE UBERABA
AMANDA CARDOSO CUNHA
SABRINA MACHADO PIRES DE OLIVEIRA

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA ANSIEDADE INFANTIL

UBERABA/MG

2022

AMANDA CARDOSO CUNHA
SABRINA MACHADO PIRES DE OLIVEIRA

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA ANSIEDADE INFANTIL

Trabalho apresentado à Universidade de Uberaba como parte das exigências à conclusão da disciplina Metodologia do Trabalho Científico da Trabalho de Conclusão do Curso 2022 do Curso de Psicologia.

Orientador(a): Prof.^a Ms Janete Tranquila Gracioli

UBERABA/MG

2022

Dedico esse trabalho, a nossos pais Cleonice, Elimar e Sergio. Aos irmãos, tios, amigos Clara e Hilton e namorados Ítalo, por toda ajuda, força, apoio que vocês nos deram, diante nossos trabalhos. Sempre nos dando muito amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, a Deus/Oxalá que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todos os meus anos de estudos e pôr ter permitido que eu tivesse saúde e determinação por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais, irmãos, namorado e tio, que me incentivaram nos momentos difíceis, por todo o apoio, ajuda, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A professora Janete Tranquila, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com tanto carinho, dedicação e amizade.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

A instituição de ensino Uniube, essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

*A educação é aquilo que sobrevive depois que tudo
o que aprendemos foi esquecido.*

(Frederic Skinner)

**CARDOSO, AMANDA e MACHADO E SABRINA; INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
NA ANSIEDADE INFANTIL.** Uberaba/MG, 2022. Monografia 33 p. Trabalho de
Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof.
Ms. Janete Tranquila Gracioli.

RESUMO

A ansiedade é um sentimento humano normal e fundamental para a vida cotidiana, a ansiedade passa a ser patológica quando a intensidade, a frequência dos sintomas não corresponde a situação que desencadeou o comportamento. Ou seja, ela começa a prejudicar o desempenho da pessoa em suas atividades diárias. O transtorno de ansiedade na infância e na adolescência são os mais prevalentes, atingindo de 4% a 25% da população. Nesse sentido, evidencia a necessidade de tratamentos psicológicos eficazes para os transtornos de ansiedade na infância e na adolescência. O objetivo geral deste estudo foi investigar quais são os principais sintomas e causas do transtorno de ansiedade bem como descrever contribuições da psicologia no tratamento e intervenções. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura científica que foi realizado nas bases eletrônicas LILACS, SciELO, PePSIC,

CAPES entre anos 2000 e 2020. Foram selecionados 22 artigos científicos para este trabalho. Foi possível constatar com este estudo que o diagnóstico de transtorno de ansiedade infantil tem sido crescente na sociedade atual com causas multifatoriais gerando inúmeros problemas de saúde biopsicossocial tais como, desenvolvimento de crises depressivas e autodestrutivas, bem como agravamento de condições mórbidas ao longo da vida até mesmo probabilidade de suicídio. Assim como falta de rendimento escolar, de amizade e familiar, que podem se estender até à vida adulta. Os resultados revelaram também que o tratamento deve ser realizado de forma adequada envolvendo o uso de medicamentos prescritos por um médico psiquiatra, psicoterapia por meio das intervenções psicológicas no tratamento da ansiedade sendo fundamental para superar os sintomas e recuperar sua saúde.

Palavras-chave: Transtorno Ansiedade Infantil. Causas e Sintomas. Tratamento Intervenções Psicológicas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
1.1 ANSIEDADE NORMAL E PATOLÓGICA.....	11
1.2 ASPECTOS DO SÉCULO XXI QUE PODEM CONTRIBUIR PARA O AUMENTO DA ANEIDADE	12
2. - OS PRINCIPAIS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	14
3. - TRATAMENTO E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ANSIEDADE	

INFANTIL20

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS...28

REFERÊNCIAS31

INTRODUÇÃO

Transtornos de ansiedade infantil são manifestações clínicas e fisiológicas, classificadas como transtornos mentais. A ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável e reação exagerada do organismo de medo e temor diante da expectativa de situações futuras. Segundo os autores Caires; Shinohara (2010) aqui apresentados, revelam que se trata de um quadro clínico complexo e multifatorial e que inclui manifestações psíquicas.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) descreve a ansiedade como um dos principais transtornos de saúde mental no mundo. E neste estudo, é estimado para a população infantil que cerca de 10% apresentam quadro patológico de ansiedade, condição que provoca prejuízos ao seu desenvolvimento. Por consequência a maioria das crianças com transtornos ansiosos são encaminhadas para serviços de saúde mental, devido a problemas de comportamento que são gerados (ZUANETTI *et al.*, 2018).

De acordo com *Asbahr (2004)*, estes transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes causam mudanças no desenvolvimento emocional, com manifestações e reações de diferentes emoções normais ou patológicas, conforme a personalidade de cada um.

De acordo com *Fernandes et al., (2014)* o alto índice de crianças e adolescente com sintomas de ansiedade na sociedade atual, é crescente. O transtorno de ansiedade na infância e na adolescência são os mais prevalentes, atingindo de 4% a 25% da população. Nesse sentido, evidência a necessidade de tratamentos psicológicos eficazes para os transtornos de ansiedade na infância e no infantojuvenil.

O DSM-V (2014) descreve alguns transtornos de ansiedade mais comuns são: Transtorno de Ansiedade de Separação; Fobia Social; Transtorno do Pânico; Agorafobia, Fobias específicas, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo.

Diante está saturação de aumento de ansiedade nas crianças e dos adolescentes, essa temática tem o objetivo de levar em conta toda as dificuldades que as crianças e os adolescentes enfrentam em relação a ansiedade e os transtornos que podem vir ocorrer.

Contudo o objetivo geral deste estudo foi investigar quais são os principais sintomas e causas do transtorno de ansiedade bem como descrever contribuições da psicologia no tratamento e intervenções.

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura que buscou reunir dados de pesquisas, com o propósito de responder ao seguinte problema de pesquisa: qual a importância da intervenção psicológica no tratamento do TA infantil?

A revisão da literatura narrativa ou tradicional segundo Cordeiro *et.al.*, (2007) apresenta uma temática mais abrangente, não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos

Para tanto foi realizado por meio de pesquisas nas bases eletrônicas Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Brasil Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando-se de combinações com os termos descritores: ansiedade infantil, ansiedade infantojuvenil, transtorno de ansiedade, intervenções, intervenções psicológicas, sintomas ansiosos. Foram pesquisados 94 artigos científicos, mas apenas 30 artigos foram selecionados para estudo, sendo aproveitados somente 22 artigos científicos que atenderam os critérios de inclusão deste estudo.

Foram incluídos artigos publicados em periódicos científicos, em português; no período entre janeiro de 2000 e dezembro de 2020; disponíveis na íntegra.

Foi extrema importância, trazer informações e pesquisas de diferentes autores sobre a ansiedade infantil, pois refere-se a uma etapa de vida que merece muita atenção e cuidados além de ajudar o diagnóstico e tratamento correto e assim oferecer resultados mais efetivos e a fim de minimizar as consequências que a ansiedade provoca na vida dessas crianças e adolescentes. Este Trabalho de Conclusão de Curso foi estruturado da seguinte maneira:

Capítulo 1: *Ansiedade normal e patológica*: neste capítulo foi abordado a diferença entre a ansiedade normal e a patológica, suas principais manifestações e o que podem causar nas crianças e nos adolescentes. Também foi abordado sobre aspectos e acontecimentos do século XXI que podem ter contribuído com o aumento de diagnósticos deste transtorno, tais como: a pandemia Covid-19, uso excessivo das redes sociais, violência com crianças e adolescentes e o Bullying.0

Capítulo 2: *Os principais Transtornos de Ansiedade na infância e adolescência*: neste capítulo foi abordado os principais transtornos de ansiedade, exemplificando o que são cada um destes transtornos e seus respectivos sintomas, fatores e manifestações.

Capítulo 3. *Tratamento e as contribuições da psicologia na Ansiedade Infantil*: Nesse capítulo apresentou os principais tratamentos e sua eficácia em cada um dos transtornos.

Por fim a Discussão e Análise dos Resultados e Considerações Finais:

Os transtornos de ansiedade são os transtornos psiquiátricos mais comuns com uma prevalência global de 7,3%. Os principais transtornos de ansiedade que podem ocorrer entre crianças e adolescente, são: Transtorno de Ansiedade de Separação; Fobia Social; Transtorno do Pânico; Agorafobia, Fobias específicas, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo.

O tratamento precoce e o acompanhamento psicológico são extremamente importantes para a evolução da criança e adolescentes, evitando futuros prejuízos. Ressalta-se, ainda, a importância da participação ativa da família no processo de prevenção e tratamento desse agravo. Além disso, o trabalho de uma equipe multidisciplinar faz toda a importância no tratamento da criança, quando atuando com profissionais qualificados, tendo a evolução do paciente.

Por fim, é oportuno destacar que as intervenções da abordagem Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) têm sido bastante eficazes no tratamento desse TA transtorno ansiedade, pois as técnicas da TCC buscam contribuir para o planejamento e desenvolvimento de novos comportamentos, que irá aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida e a capacidade de desenvolver estratégias mais adaptativas para lidar com as adversidades.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. ANSIEDADE NORMAL E PATOLÓGICA

De acordo com Caires; Shinohara (2010) a ansiedade é um sentimento humano normal e fundamental para a vida cotidiana, dependendo da intensidade, ela passa a ser útil, fazendo com que ela se encoraje para os planos futuros. Além disso, a ansiedade acompanha um sentido geral de perigo, nos avisando de que há algo a se temer no futuro. As causas mais comuns da ansiedade não são de natureza biológica, mas sim psicológicas, incluindo manifestações somáticas e fisiológicas, tais como: dispneia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores e manifestações psíquicas: inquietação interna, apreensão, desconforto mental etc.

Do ponto de vista psíquico, a principal manifestação de ansiedade é descrita como uma sensação inespecífica, vaga, da existência de algum tipo de ameaça ao bem-estar. A inquietante sensação de que “algo está para acontecer” tanto pode estar ligada a situações a serem enfrentadas no dia a dia, como à véspera de uma prova, um novo emprego, uma mudança de casa, uma viagem, quanto pode ocorrer sem nenhuma causa objetiva aparente. Contudo, a ansiedade normalmente tem dois conceitos distintos: A ansiedade refere-se a um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo e a ansiedade-traço, a qual se refere a uma disposição pessoal, relativamente estável, a responder com ansiedade a situações estressantes e uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras. (GAMA *et al.*, 2008).

A ansiedade só passa a ser um problema quando ela começa a prejudicar o desempenho da pessoa em suas atividades diárias, o que vai fazer que ela obtenha um sentimento vago e desagradável do medo e apreensão, sendo caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Desta forma em crianças, o

desenvolvimento emocional acaba influenciando sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações tanto normais quanto patológicos (CASTILLO *et al.*, 2000).

Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores, assim, a ansiedade só passa a ser patológica quando a intensidade da resposta não corresponde aquela situação que foi desencadeada. Ou seja, ela passa a ser conhecida como patológica, quando, ela é exagerada. Quando se observa que está interferindo naquela faixa etária e que vai induzir na qualidade de vida, no conformo emocional ou no desempenho diário do indivíduo. As reações que são exageradas ao estímulo ansiogênico, desenvolvem em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada, (CASTILLO *et al.*, 2000; ROSA *et al.*, 2012).

Conforme os autores supracitados, a ansiedade em nível patológico tem um impacto grande na vida social e escolar das crianças, resultando em consequências futuras sérias. Para diferenciar a ansiedade normal da patológica, é necessário considerar qual é o nível da ansiedade que o indivíduo está tendo em determinada situação, qual a duração de cada episódio, autolimitada e se está relacionada ao estímulo do momento ou não, além da frequência que vai ocorrer e quais são os comportamentos que são provocados por essa ansiedade. Outro ponto, a ser observado é a própria avaliação do indivíduo que experiencia a ansiedade. A ansiedade, desencadeia reações orgânicas que iram preparar o indivíduo para a manutenção e preservação de seu meio e vida, porém, quando a ansiedade se apresenta em níveis elevados, compromete o desempenho da pessoa, desencadeando comportamentos inadequados, reações fisiológicas diversos, caracterizando assim, um quadro patológico.

1.2. ASPECTOS DO SÉCULO XXI QUE PODEM CONTRIBUIR PARA O AUMENTO DA ANSIEDADE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2020), nos últimos quinze anos houve um aumento expressivo de transtornos, com o Brasil na liderança. Considerada uma epidemia do século XXI, digna de preocupação como um problema mundial de saúde mental, a internet se tornou uma ferramenta extremamente necessária na vida atual, mas em muitos casos se percebe, o uso excessivo da internet, que consiste no gasto de tempo exagerado, de forma descontrolada e consumindo o tempo necessário para outras atividades do indivíduo. Diante disso, vai gerando prejuízos na saúde mental de forma cada vez mais frequente, sendo a ansiedade a principal delas.

A saúde mental de crianças e adolescentes, está sendo afetada, pela decorrência da pandemia do covid-19, sendo os quadros clínicos de ansiedade o mais visível provocando impactos relevantes na vida de pessoas, tais como: o afastamento da escola e dos entes queridos pelo isolamento social, crise financeira enfrentada pelos pais, o adoecimento e a perda de familiares. Sobretudo essas vivências adversas aumentadas a longo prazo, podem ter consequências múltiplas na vida principalmente em adolescentes, (REGO *et al.*, 2021).

Violência com crianças e adolescentes, vem se tornando um dos fatores de aumento da ansiedade e gerando transtornos. Quando testemunham eventos ou tomam conhecimento de acontecimentos dolorosos, como, por exemplo, a violência entre os pais, a violência sexual, podem facilitar o desencadeamento da ansiedade e outros problemas de saúde mental (D'AVILA *et al.*, 2019).

Nesta visão as formas de violência podem alcançar a criança nos seus diversos âmbitos de convivência, ou seja, no seu seio familiar, escolar, na vida comunitária e na sociedade em geral, e aumento significativo de ansiedades, que surgem na infância e vão até a fase adulta. (ASSIS *et al.*, 2007)

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015, mostrou que a prevalência de vítimas de bullying na escola foi de 7,4%, na vida escolar do adolescente e da criança aparece como uma problemática comum, que abrange características associadas à área da saúde e ao cuidado no que tange às patologias que podem ser desencadeadas pelos efeitos do bullying como; crises de ansiedade, transtornos depressivos, maior probabilidade de suicídio (PIMENTEL *et al.*, 2020).

O desenvolvimento do transtorno de ansiedade pode ser decorrente de diversos fatores. A questão do gênero é um deles, já que há maior prevalência de ansiedade está entre as meninas. Características sociais, cognitivas e comportamentais também são relevantes, como a capacidade de adaptação, inibição e temor, já que tendem a indicar como a criança irá reagir às dadas circunstâncias que as cercam.

Os fatores de risco que as crianças e os adolescentes estão expostos para problemas de saúde mental e aumento da ansiedade, são os biológicos, que estão relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, desnutrição; Fatores genéticos, relacionados à história familiar de depressão.

Fatores ambientais, tais como a pobreza, a rejeição dos pais, a negligência familiar, presença de alguma psicopatologia familiar, más condições de moradia e acesso limitado à saúde e à educação aumentam esse risco (LIMA; MELO, 2020; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

O relacionamento inseguro da criança com seus cuidadores é um outro ponto importante para compreender os sintomas de ansiedade, bem como reações dos pais também como se apresenta o relacionamento entre pais e filhos, e a criança cria seu próprio modelo de funcionamento interno frente às situações da vida. Entretanto outras pessoas e influências se incorporam à forma como uma criança lida com a ansiedade que vão se modificando no decorrer de seu desenvolvimento, podendo se transformar em conflitos para a vida adulta (D'AVILA *et al.*, 2019).

Nesta perceptiva, Guancino *et al.*, (2020) reforçam as consequências provocadas pela ansiedade infantil e infantojuvenil, podem ter impacto capazes de promover prejuízos em diversos aspectos da vida da criança, também no rendimento escolar, de amizade e familiar, que podem se estender até à vida adulta, assim quando essa ansiedade não é tratada ou recebe tratamento inadequado, existe grande possibilidade do desenvolvimento de crises depressivas e autodestrutivas, bem como agravamento de condições mórbidas ao longo da vida.

2. OS PRINCIPAIS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O transtorno de ansiedade é uma das doenças mentais mais comuns em crianças e adolescentes. Segundo Asbahr (2004) até 10% das crianças e adolescentes têm algum tipo de transtorno de ansiedade. Estima-se que metade das crianças com transtornos de ansiedade sofre de outro transtorno relacionado, seja na área da ansiedade ou em outros tipos de distúrbios do comportamento, que não os ansiosos.

A causa dos transtornos ansiosos infantis é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos e se não for tratado, o curso do transtorno de ansiedade na infância e adolescência (TAIA) é crônico, embora flutuante ou ocasional (CAIRES; SHINOHARA, 2010; CASTILLO *et al.*, 2000; D'AVILA *et al.*, 2019).

Para DSM-V (2014) alguns transtornos de ansiedade mais comuns que podem ocorrer entre crianças e adolescente, dentre eles estão: Transtorno de Ansiedade de Separação; Fobia

Social; Transtorno do Pânico; Agorafobia, Fobias específicas, Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo (D'AVILA *et al.*, 2019).

Transtorno de ansiedade de separação (TAS)

O 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 no mínimo quatro meses para ser diagnosticada como transtorno de ansiedade de separação, este pode ser desencadeado devido um evento traumático. É um dos transtornos ansiosos mais comuns na infância, 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, com idades entre 10 e 12 anos, e adolescentes com TAS além de interpretarem o ambiente como ameaçador, tendem a desenvolver pensamentos negativos sobre si mesmos e sobre suas capacidades para lidarem com situações sociais, (CASTILLO *et al.*, 2000).

As crianças ou adolescentes, quando ficam sozinhas, temem que algo possa acontecer com eles, ou com seus pais/cuidadoras, tais como acidentes, sequestro, assaltos ou doenças que possam afastá-los de suas vidas definitivamente. Em casa, não conseguem dormir sem uma companhia, ficam resistem ao sono, que vivenciam como separação ou perda de controle.

Com frequência possui pesadelos que versam sobre seus temores de separação, consequência, apegam-se excessivamente a seus cuidadores, não permitindo seu afastamento. Esses sintomas, são acompanhadas de manifestações somáticas de ansiedade, tais como dor abdominal, dor de cabeça, náusea e vômitos. Crianças maiores podem manifestar sintomas cardiovasculares, como palpitações, tontura e sensação de desmaio. Esses sintomas prejudicam a autonomia da criança e podem restringir suas atividades acadêmicas, sociais e familiares, gerando um grande estresse pessoal e familiar. Sentem-se humilhadas e medrosas, o que resulta em baixa autoestima, conforme aponta o autor (ASBAHR, 2004).

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

O transtorno de ansiedade generalizada é 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; 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) (D'AVILA *et al.*, 2019).

Em crianças e adolescentes com transtorno de ansiedade generalizada, as ansiedades e preocupações frequentemente envolvem a qualidade de seu desempenho ou competência na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado por outros. São crianças que estão sempre muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação ao seu desempenho, elas demonstram excessivo zelo na busca por aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho e outras preocupações (DSM-V). 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.

Tornam-se crianças difíceis, pois deixa o ambiente a seu redor tenso, provocando irritação nas pessoas de seu convívio, sendo difícil acalmá-las e ter atividades rotineiras ou de lazer com elas. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica.

Tendem a ser crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-las. 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 (CASTILLO *et al.*, 2000; D'AVILA *et al.*, 2019).

Fobia Específica (FE)

Fobia Específica é qualquer medo acentuado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritos, dentre a mais comum na infância destacam-se as de pequenos animais, injeções, escuridão, altura e ruídos intensos. A exposição ao estímulo fóbico provoca uma resposta imediata de ansiedade fazendo com que a criança ou adolescente, procure evitá-la. Com frequência, não reconhecem que os temores são excessivos ou irracionais e raramente relatam sofrimento por terem fobias. A FE, são diferenciadas dos medos normais da infância por constituírem uma reação excessiva e pouco adaptada, que foge do controle, leva a reações de fuga, é persistente e causa comprometimento do funcionamento da criança.

Quando a fobia específica está sendo diagnosticada em crianças, duas questões devem ser consideradas. Primeiro, as crianças pequenas podem expressar medo e ansiedade chorando, com ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se. Segundo elas geralmente

não são capazes de compreender o conceito de esquiva. Quando o diagnóstico de fobia específica está sendo considerado em uma criança, é importante avaliar o grau de prejuízo e a duração do medo, ansiedade ou esquiva e se ele é típico para o estágio do desenvolvimento particular da criança (DSM-V, 2014).

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. O medo causa prejuízos significativos em sua rotina e em sua vida social, podendo ter ataques de pânico diante do objeto que causa medo, estatísticas internacionais indicam que 5% das crianças têm fobia específica. (CAIRES; SHINOHARA, 2010; D'AVILA *et al.*, 2019)

Transtorno De Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis a violência e abuso sexual. Experiências traumáticas podem ter um impacto grave e duradouro sobre eles. Considera-se o TEPT como um fator de risco para o desenvolvimento posterior de patologias psiquiátricas. O transtorno de estresse pós-traumático é um problema de saúde mental decorrente da vivência com eventos de vida traumáticos, podendo ser vivenciado, testemunhado 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. é caracterizado pela presença de medo intenso, sensação de impotência ou horror em consequência a exposição a trauma extremo, como ameaça de morte ou abuso sexual.

Para ser diagnosticada com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a pessoa exposta a um evento traumático deve, segundo o DSM-IV, satisfazer inicialmente as duas partes do critério “A”, destacadas abaixo: 1. A pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram ameaça de morte ou de grave ferimento físico, ou ameaça a sua integridade física ou à de outros; 2. A pessoa reagiu com intenso medo, impotência ou horror. O critério “A” do DSM-IV, referente ao conceito de evento traumático, tem um papel crucial no diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático TEPT. Ele representa a “porta-de-entrada” para esse diagnóstico. Não ocorrendo um evento traumático, não existe a possibilidade de diagnosticar o transtorno (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Conforme postulado pelo autor supracitado, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida e os

sintomas geralmente se manifestam dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem atendidos. Existem evidências abundantes para o que o (DSM V) chamou de “início tardio”, mas que agora é chamado de “expressão tardia”, com o reconhecimento de que alguns sintomas normalmente se manifestam imediatamente e de que a demora está em satisfazer plenamente os critérios.

De acordo com DSM-III o “evento traumático” era visto como um acontecimento catastrófico, raro e externo que diferia qualitativamente “das experiências comuns como o luto, doença crônica, perdas comerciais ou conflitos matrimoniais”. Os eventos incluíam tortura, estupro, agressão física, combate militar, aprisionamento em campo de extermínio, desastres naturais ou industriais, acidentes de carro ou exposição à violência de guerra, violência civil e violência doméstica. Eventos traumáticos não são apenas eventos externos, fatores individuais biopsicossociais podem fazer com que uma pessoa desenvolva TEPT e outra não, (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Transtorno do Pânico (TP)

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca, alcançando intensidade máxima em até 10 minutos. É pouco comum em crianças. É mais frequente 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. Podem ter sintomas somáticos ou cognitivos, que 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, medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); calafrios ou ondas de calor etc. Esses ataques de pânico, acarretam preocupações persistentes ou modificações importantes de comportamento em relação à possibilidade de ocorrência de novos ataques de ansiedade.

O Transtorno do Pânico (TP) 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. Quando se trata do transtorno de pânico com agorafobia, acrescenta-se a evitação de

lugares e situações públicas em que o paciente acredita haver dificuldades para obter ajuda, caso ocorram sintomas de pânico (D'AVILA *et al.*, 2019; SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Agorafobia

Agorafobia é o medo ou ansiedade acentuado ou intenso desencadeado pela exposição real ou prevista a diversas situações quais escapar poderia ser difícil ou nas quais o auxílio pode não estar disponível na eventualidade de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, evitando assim uma variedade de lugares como ônibus, estar sozinho em casa, lugares com multidão e outros. A cada ano, 1,7% dos adolescentes e adultos têm um diagnóstico de agorafobia. Pessoas do sexo feminino têm uma probabilidade duas vezes maior do que as do masculino de apresentar o transtorno.

A agorafobia pode ocorrer na infância, mas a incidência atinge o pico no fim da adolescência e início da idade adulta. A prevalência de 12 meses em indivíduos com mais de 65 anos é de 0,4%. As taxas de prevalência não parecem variar sistematicamente entre os grupos culturais/raciais (DSM-V, 2014). O termo “agorafobia” significa medo de lugares abertos. Na prática clínica, designa medo de sair de casa ou de situações em que o socorro imediato não é possível.

Segundo Levitan *et al.*, (2008) os pacientes com agorafobia se apresentam como nãoassertivos e com crenças sobre uma baixa eficácia pessoal, que é exacerbada quando o ataque de pânico ocorre, levando a pessoa a ficar dependente de outros e evitar as situações ansiogênicas. Assim, o déficit em assertividade vem sendo apontado como uma possível característica presente em grande parte dos agorafóbicos. Uma justificativa para esta investigação estaria no fato de que nem todos os pacientes agorafóbicos se privilegiariam igualmente das técnicas de exposição ao vivo, considerada um método de bastante eficácia no seu tratamento.

Fobia Social

A Fobia Social em crianças e adolescentes caracteriza-se por medo persistente e intenso de situações em que a pessoa julga estar exposta à avaliação de outros ou se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa. Em jovens, a ansiedade pode ser expressa por choro, inseguranças, afastamento de situações sociais, tais como: exposição em público para atividades escolares (D'AVILA *et al.*, 2019).

Segundo Levitan *et al.*, 2008), a exposição às situações temidas quase sempre provoca, sintomas como sudorese, palpitações, tremores, rubor, entre outros. Algumas situações evitadas são falar em público, urinar em banheiro público, comer e beber na frente de outros e interagir com pessoas.

O transtorno é mais comum surgir na adolescência, emergindo a partir de uma história de inibição social ou timidez na infância. Só identificado, até os 18 anos de idade, se tais sintomas permanecerem por no mínimo seis meses. Também, pode se ver fobia social generalizada, que seria, 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. 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 Obsessivo-Compulsivo

De acordo com Asbahr (2004) e Assis *et al.*, (2007) o Transtorno ObsessivoCompulsivo, Afeta até 2% das crianças e adolescentes; ver artigo sobre TOC neste suplemento). Mais de 50% das crianças ansiosas experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa. O início do transtorno obsessiva-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 características essenciais do Transtorno obsessiva-compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes suficientemente graves a ponto de consumirem tempo ou causarem sofrimento acentuado ou prejuízo significativo.

Os quadros em crianças geralmente são similares aos da idade adulta, porém elas não solicitam ajuda, e os sintomas podem não ser ego-diatônicos. Com maior frequência, o problema é identificado pelos pais e demonstram declínios graduais no rendimento escolar, ao prejuízo da capacidade de concentração. Para o diagnóstico do transtorno obsessivcompulsivo,

os comportamentos compulsivos precisam consumir mais de uma hora por dia e resultar 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 (ASSIS *et al.*, 2007).

3. TRATAMENTO E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NA ANSIEDADE

INFANTIL

O tratamento para a ansiedade é baseado nos sintomas e nas necessidades de cada pessoa e envolve psicoterapia e o uso de medicamentos prescritos por um médico, como antidepressivos ou ansiolíticos, que funcionam no cérebro para reduzir os sintomas. A intervenção de um psicólogo no tratamento da ansiedade é fundamental para superar os sintomas e recuperar sua saúde (ASBAHR, 2004).

A maioria das crianças com transtornos de ansiedade é encaminhada aos serviços de saúde mental por causa de problemas comportamentais, tanto nos relacionamentos quanto no ambiente escolar. A partir da reclamação primária, o papel do clínico é compreender esses comportamentos dentro do contexto das restrições normais de desenvolvimento subjacentes ao comportamento, estabelecendo assim uma hierarquia de diagnóstico diferencial que guiará os tratamentos recomendados. De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multimodal, que inclui orientação aos pais e à criança, o tratamento psicoterápico, uso de psicofármacos e intervenções familiares, conforme o mesmo autor supracitado.

Em geral, os tipos de tratamento são semelhantes, mudando apenas os objetivos e empregando técnicas específicas para cada tipo de transtorno psicológico. As Principais abordagens utilizadas para os transtornos de ansiedade são:

Abordagens Psicossociais

As abordagens psicossociais costumam ser utilizadas em todos os tipos de transtornos ansiosos. Os sinais cognitivos, afetivos, fisiológicos e ambientais que acompanham os transtornos de ansiedade, especialmente quando decorrentes de eventos traumáticos, passam a ser estímulos condicionados que desencadeiam respostas condicionadas sob a forma de sintomas.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem terapêutica, seu objetivo é atingir a flexibilidade e ressignificação dos modos patológicos de processamento da informação, uma vez que a teoria defende que o indivíduo não sofre pelo fato em si, mas pelas interpretações que dá a essas situações. Em crianças, mesclam-se técnicas cognitivas e comportamentais, incluindo exposição, relaxamento/manejo de ansiedade e correção de atribuições imprecisas em relação ao trauma: (D'AVILA *et al.*, 2019; LIMA; MELO, 2020)

Exposição controlada a pistas traumáticas: muitas crianças hesitam falar sobre o trauma e isto pode torná-las mais sintomáticas durante intervenções de exposição.

Estratégias de manejo da ansiedade: relaxamento muscular progressivo, a parada de pensamento, as imagens positivas e o controle da respiração, antes das discussões detalhadas sobre o trauma.

Técnicas de terapia cognitiva: Além da reestruturação cognitiva associada a exagerar o risco e a responsabilidade exagerada por lesões, ele se concentra na avaliação e reconsideração de suposições negativas que as crianças podem fazer sobre eventos traumáticos, como: "foi minha culpa" e "nunca estará seguro novamente".

Ludoterapia: refere-se ao uso de brinquedos como uma técnica projetiva. Esse tratamento é focado no trauma com o uso da brincadeira e outras técnicas como (desenhos e bonecas, 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.

A psicoeducação: tem a finalidade de orientar o resignado em diversos aspectos de sua vida, quão estão relacionados ao comportamento e construção de valores, crenças e sentimentos quão podem percutir em sua vida. Envolve técnicas didáticas para o indiviso formar-se a cuidar com a ansiedade. Também tem a encargo de proteger a parentela na interpretação da doença, independente da naturalidade da patologia (LIMA; MELO, 2020).

Abordagens psicanalíticas/psicodinâmicas

A psicodinâmica é uma abordagem da psicologia que está diretamente relacionada às teorias desenvolvidas pela teoria psicanalítica. Essa abordagem trabalha com conflitos que estão em nosso subconsciente, ou seja, que não são facilmente acessíveis em nosso pensamento e em nosso dia a dia, dizem os psicólogos. A abordagem psicanalítica dos transtornos de ansiedade é indicada pelo fato de que a experiência decorrente do trauma psíquico rompe os mecanismos

de defesa do ego e mobiliza uma série de defesas psicológicas como repetição compulsiva, negação, dissociação, projeção e abandono. Identificação com o agressor (D'AVILA et al., 2019).

Dessensibilização/reprocessamento dos movimentos oculares (EMDR)

A Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) é uma abordagem indicada para casos de depressão e ansiedade também. Bem como traumas em geral. Tem se mostrado eficaz no tratamento para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Esta técnica se baseia em uma ativação das memórias traumáticas com a ajuda dos estímulos bilaterais proporcionando um processamento adequado dessas memórias (BRUNET *et al.*, 2014).

Tratamentos farmacológicos

Ao contrário do tratamento de adultos, os medicamentos psicoativos, como antidepressivos e ansiolíticos, não são considerados o tratamento de primeira escolha em crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade. Para muitas crianças e adolescentes, particularmente quando os sintomas são muito intensos e/ou o paciente recusa-se a executar as exposições, a TCC não se mostra eficaz. Nesses casos, a farmacoterapia como monoterapia ou em associação à TCC pode ser o tratamento de escolha. (ASBAHR, 2004).

Os tratamentos para transtornos de ansiedade infanto-juvenil são recomendados por psiquiatras infantis, que sabem qual medicamento e qual dosagem é mais adequada para cada tipo de transtorno de ansiedade. Alguns medicamentos usados nos transtornos ansiosos de crianças estão listados a seguir: (D'AVILA *et al.*, 2019)

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ou antidepressivos SSRI: vetam o retorno da serotonina liberada à fenda sináptica do neurônio que liberou a serotonina.

Antidepressivos tricíclicos; eles atuam principalmente bloqueando a recaptação de neurotransmissores, como norepinefrina e serotonina. Os efeitos colaterais são fadiga, tontura, boca seca, sudorese, ganho de peso, retenção urinária, tremores, inquietação. Alguns estudos sugerem a capacidade de alterar a condução elétrica do coração, por isso que o monitoramento cardíaco é essencial durante o tratamento.

Beta bloqueadores e alfa agonistas adrenérgicos: mostraram reduzir sintomas de hiper vigilância em crianças com TEPT.

Agora que já conhecemos as possíveis abordagens de tratamentos, seguem os respectivos tratamentos preconizados para cada tipo de transtorno de ansiedade.

Transtorno de ansiedade de separação

Quando a escola é recusada, pela criança ou adolescente, o retorno às aulas deve ser feito o mais rápido possível, para evitar a cronicidade e o abandono escolar. A abordagem cognitivo-comportamental é uma abordagem utilizada para crianças que tem medo de se separar de seus responsáveis, que irá preconizar o retorno a escola. Deve haver harmonia entre a escola, pais e terapeuta no que diz respeito a objetivos, conduta e gestão. O retorno deve ser gradual, como a reabilitação, respeitando os limites da criança e seu grau de sofrimento e incapacidade. As intervenções familiares visam conscientizar a família sobre o transtorno, auxiliá-la a aumentar a autonomia e competência da criança e fortalecer suas conquistas.

As Intervenções farmacológicas são necessárias quando os sintomas são graves e incapacitantes, embora os estudos controlados que documentam seu uso sejam limitados. Os benzodiazepínicos, apesar de alguns estudos controlados avaliando sua eficácia, são usados para o alívio precoce da ansiedade e dos sintomas durante o período de latência dos antidepressivos. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina podem ser eficazes no alívio dos sintomas de ansiedade, sendo considerados medicamentos de primeira escolha devido ao seu perfil de efeitos colaterais, maior segurança, facilidade de administração e no caso de comorbidades com transtornos de humor (ASBAHR, 2004, CASTILLO *et al.*, 2000).

Transtorno de ansiedade generalizada

A terapia cognitivo-comportamental consiste essencialmente em provocar uma mudança na forma alterada de perceber e pensar sobre o meio ambiente e, em particular, as causas da ansiedade e mudanças no comportamento ansioso. Os pais participam ativamente dessa terapia com crianças. Realiza-se um contrato com a criança e seus pais que perguntas exageradas não serão respondidas, reafirmando à criança a necessidade de aliviar seu próprio sofrimento de forma tranquilizadora na tentativa de controlar a ansiedade da criança, maiores são as chances de fortalecimento e amplificá-los, ao contrário, mantendo a calma e desviando a atenção do comportamento ansioso, ela tende a se extinguir. Em estudos abertos, observouse melhora significativa dos sintomas, tanto com o uso de fluoxetina como de buspirona. Três estudos controlados com os ISRS sertralina, fluvoxamina e fluoxetina mostram a eficácia a curto prazo desses ISRS. (CASTILLO *et al.*, 2000).

Fobia Específica

A fobia específica é definida como a presença de um medo excessivo e persistente associado a um objeto ou situação específica, que não seja uma situação abertamente exposta ou medo de um ataque de pânico. Diante de estímulos temerosos, a criança tenta correr para o pai ou para a pessoa que a faz sentir-se protegida, podendo responder com choro, desespero, imobilidade, agitação psicomotora e até ataques de pânico.

Os medos mais comuns na infância são pequenos animais, injeções, escuridão, altura e barulhos altos, desta forma, as fobias específicas diferem das fobias normais da infância, pois constituem uma resposta exagerada e mal adaptativa que está além do controle do indivíduo, resultando em uma resposta de fuga que persiste e leva ao funcionamento prejudicado nas crianças.

De acordo com a prática clínica, a terapia comportamental tem sido a terapia mais utilizada para fobias específicas. Embora amplamente utilizada, há muita pouca publicação sobre sua eficácia por meio de estudos controlados, com amostras de tamanho razoável, com procedimento. Os tratamentos básicos são frequentemente associados a outras técnicas cognitivo-comportamentais ("modelagem" - técnica com demonstração prática pelo terapeuta e imitação pelo paciente durante a sessão; manejo da continência - identificação e modificação de situações ligadas ao estímulo fóbico, outros do que o estímulo em si; atos de autocontrole e relaxamento (ARAUJO, 2011).

Transtorno de estresse pós-traumático

Entre os tratamentos com evidências de eficácia para o TEPT, destacam-se os tratamentos terapia cognitivo-comportamental (TCC), EMDR mais especificamente (Exposição Prolongada e Treino em Inoculação de Estresse e de Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares) e a psicoterapia dinâmica breve no TEPT em crianças e adolescentes, porém com poucos estudos a respeito, em geral relatos de caso. Em crianças mais jovens, a terapia deve utilizar objetos intermediários como brinquedos ou desenho para facilitar a comunicação, evitando-se interpretações sem confirmações concretas sobre o que ocorreu, mas fornecendo subsídios que permitam a elaboração da experiência traumática (CASTILLO *et al.*, 2000).

Para Brunnet *et al.*, (2014), na abordagem cognitivo comportamental a exposição e reestruturação cognitiva são dois importantes mecanismos de ação da técnica. A exposição é

uma técnica amplamente usada em psicoterapia e desempenha um papel central em quase todos os modelos bem-sucedidos de tratamento de TEPT. A exposição à memória traumática em ambiente controlado e seguro tende a reduzir a resposta de ansiedade e diminuir a excitabilidade a estímulos não específicos, por meio da formação de novos aprendizados em relação à memória aversiva. A descatastrofização das consequências da ativação da memória traumática e a atribuição de novos significados à experiência são fundamentais para que a pessoa se sinta segura durante a exposição e para que a nova memória seja mais ampla e bem fundamentada. Isto é reforçado por estudos de neuroimagem, que mostram que a terapia cognitiva para o TEPT.

O EMDR proporcionaria a ativação e, com o auxílio de estímulos bilaterais (no caso dos movimentos oculares, deslocamento do foco visual de um lado para o outro), o processamento adequado dessas memórias para a transformação do conteúdo disruptivo e para a melhora do funcionamento psicossocial do indivíduo (BRUNET *et al.*, 2014).

Transtorno de Pânico

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado pela presença de ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos e que se iniciam de forma brusca.

De acordo com (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009), o tratamento precoce da TP é essencial para reduzir o sofrimento e os danos associados ao transtorno e prevenir o aparecimento de complicações e comorbidades, bem como os custos sociais do transtorno.

Ainda os mesmos autores, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a terapia com os resultados mais consistentes para o transtorno de pânico, sendo superior a terapias de controle de atenção psicossocial e a placebo na maioria dos estudos e apresentando uma boa aceitabilidade e aderência, rápido início de ação e uma boa relação de custo-efetividade.

O tratamento com TCC, consiste em psicoeducação, no intuito de corrigir interpretações erradas acerca do transtorno de pânico, como treinamento de técnicas para diminuir a ansiedade incluindo exposição a uma situação fóbica, reestruturação cognitiva e treinamento de relaxamento, entre outras.

Agorafobia

Segundo Barlow (2016), há vários settings diferentes para a terapia cognitivocomportamental para agorafobia. O primeiro deles – o setting da clínica ou consultório para pacientes ambulatoriais é adequado para psicoeducação, reestruturação cognitiva,

atribuição e revisão de tarefas de casa e dramatizações. Além disso, certas exposições podem ser realizadas no consultório, como exposição interceptiva a sensações corporais temidas. Recentemente, os settings de consultório foram ampliados dos ambientes de saúde mental aos de atenção primária.

No segundo setting, o ambiente natural, a reestruturação cognitiva e outras habilidades de gerenciamento do medo são colocadas em prática e o paciente enfrenta as situações temidas. Esta última é conhecida como exposição in vivo e pode ser realizada com a ajuda de um terapeuta ou em terapia. A exposição terapeuticamente guiada é particularmente útil e valiosa para pacientes que não possuem uma rede social para apoiar tarefas de exposição in vivo além da exposição autodirigida para pacientes com agorafobia grave. Esse tipo de exposição é essencial para a exposição de controle direcionada, onde o terapeuta fornece feedback corretivo sobre como o paciente está lidando com situações temidas, a fim de minimizar o comportamento defensivo desnecessário.

O terceiro setting, hospitalização, é mais adequado quando uma terapia cognitivocomportamental muito intensiva está sendo realizada (por exemplo, contato diário com o terapeuta) ou quando se trata de pessoas com problemas muito sérios que não podem mais funcionar em casa. Complicações médicas ou farmacológicas podem requerer tratamento. O principal problema no ambiente hospitalar é a generalização deficiente para o ambiente doméstico do paciente. As sessões de transição e reforço após a admissão, em uma clínica ou na casa do paciente facilitam a generalização.

A maioria dos estudos de terapia cognitivo-comportamental para agorafobia envolve de 10 a 20 sessões de tratamento semanais. Vários estudos mostram que tratamentos mais curtos também podem funcionar (BARLOW,2016).

Fobia Social

Muitos procedimentos cognitivo-comportamentais foram descritos para tratar o medo de situações sociais ou o isolamento social em crianças. O tratamento cognitivo para ansiedade social concentra-se inicialmente na modificação de pensamentos mal adaptativos que parecem contribuir para o comportamento de evitação social comum em crianças com ansiedade social. exposição gradual à situação temida. As modalidades dessa intervenção em crianças e adolescentes seguem os mesmos princípios dos adultos, com exceção da gradação de exposição aos estímulos temidos, que deve ser planejada com um número maior de etapas.

Relatos iniciais indicam que o benzodiazepínico alprazolam pode ser útil na redução de situações sociais em crianças com fobia social (ASBAHR, 2004).

Transtorno Obsessivo compulsivo

Transtorno obsessivo-compulsivo são obsessões ou compulsões recorrentes, caracterizado por pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos, são suficientemente graves a ponto de consumirem tempo ou causarem sofrimento acentuado ou prejuízo significativo. Entre os tratamentos em evidência, o transtorno obsessivo-compulsivo responde bem a abordagem psicanalítica e à terapia cognitiva comportamental.

Os sintomas podem aumentar ou diminuir de acordo com a presença e ausência de estresse na vida do paciente. O objetivo da abordagem TCC é substituir padrões comportamentais e de pensamentos disfuncionais por padrões saudáveis (LOWENKRON, 2009).

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com este estudo sobre os Transtornos de Ansiedade em crianças e adolescentes enfatizaram que o contexto atual de pandemia covid 19 e suas consequências isolamento social, aliados a outros hábitos inadequados de alimentação, utilização em excesso das redes sociais, violência doméstica, entre outros trouxeram um agravamento nos comportamentos ansiosos, aumento dos diagnósticos desse transtorno sendo considerado também, como as causas mais importantes da ansiedade infantil e juvenil.

Vale ressaltar também que a ansiedade é uma emoção natural em nossa vida e como as demais emoções de medo, angústia, irritabilidade, vontade de agredir são normais para o desenvolvimento psíquico infantil, porém quando estes sintomas derivados da ansiedade se tornam excessivos podem acarretar vários aspectos prejudiciais na vida da criança, havendo possibilidade de se estender até a vida adulta quando não tratado adequadamente.

Dessa forma os autores aqui apresentados salientam que é preciso ficar atentos aos diferentes sintomas na rotina comportamental dessa criança que indicam sinais de crise e ansiedade, ou seja a circunstância, a frequência dos sintomas, tais como: comportamentos compulsivos, medo de ficar sozinho, dificuldades no desempenho escolar, social e familiar, então quando essa ansiedade não é tratada podem ter desenvolvimento de crises depressivas e autodestrutivas, assim ocorrendo o agravamento de condições mórbidas ao longo da vida.

Diante deste cenário outras causas também foram constatadas para o desencadeamento da ansiedade, sendo uma delas a pandemia pelo covid-19 que há possibilidade de vir ocorrer aumento de consequências adversas a longo prazo para adolescentes, podendo ter múltiplas consequências na vida como doenças crônicas e agudas, preocupação com suas famílias, perda súbita da escola, mais tempo acesso à internet de forma inadequada.

Entretanto, a pandemia também pode estar associada com agravamento de tipos específicos de ansiedade, incluindo fobias específicas, transtorno de ansiedade generalizada relacionada a situações imprevisíveis assustadoras. Além disso, o Bullying é um outro fator relacionado ao aumento da ansiedade, tendo uma prevalência de 7,4% de vítimas em escola com crianças e adolescentes, podendo desencadear crise de ansiedade, transtorno depressivos e possíveis tentativas de suicídio.

Os achados indicam que o sintoma visível ocorrido devido a violência com crianças e adolescentes é uma das causas que vem colaborando para o aumento gradativo da ansiedade e gerando transtornos. Quando eles vivenciam acontecimentos dolorosos como a violência entre os pais, a violência sexual, podem desencadear ansiedade e outros problemas de saúde mental. Bem como, o relacionamento inseguro da criança com seus cuidadores é um outro fator que causam os sintomas de ansiedade. Contudo, a internet se tornou uma ferramenta extremamente necessária na vida atual, mas se percebe, o uso excessivo da internet, que consiste no gasto de tempo exagerado.

Os transtornos de ansiedade são os transtornos psiquiátricos mais comuns com uma prevalência global atual de 7,3%. Dentre elas, as fobias específicas são as mais comuns com uma prevalência de 10,3%, o transtorno do pânico sendo o segundo mais comum com uma prevalência de 6,0%, seguido pela fobia social e o transtorno de ansiedade generalizada.

O primeiro passo para fazer o tratamento é procurar um psiquiatra para que possa realizar uma avaliação que será capaz de analisar o quadro de maneira completa. Após uma avaliação clínica, será verificada a necessidade da medicação e da psicoterapia, caso haja necessidade de medicação terá acompanhamento com um psiquiatra.

Dessa maneira o tratamento psicoterapêutico por meio da terapia cognitivo comportamental (TCC) é uma abordagem que tem mostrado resultados satisfatórios na intervenção da ansiedade em crianças e adolescentes por apresentar um amplo leque de estratégias de intervenção, cuja responsabilidade é do psicoterapeuta que, com base no

conhecimento do caso e avaliação prévia, estabelece um plano, que pode envolver Técnicas de TCC, como o envolvimento da família nas atividades.

As intervenções familiares visam conscientizar a família sobre o transtorno, auxiliá-la e aumentar a autonomia e competência da criança e fortalecer suas conquistas. Entretanto, o tratamento não deve focar na aplicação de técnicas, mas deve ser sustentado por uma compreensão da criança e como ela funciona em diferentes âmbitos biológicos, psicológicos, sociais e culturais em que vive.

Para muitas crianças e adolescentes, particularmente quando os sintomas são muito intensos e/ou o paciente recusa-se a executar as exposições, a TCC não se mostra eficaz e nesses casos, a farmacoterapia como monoterapia pode ser o tratamento de escolha. Os tratamentos para transtorno de ansiedade infanto-juvenil são recomendados por psiquiatras infantis, sendo eles: Inibidores seletivos da recaptção da serotonina ou antidepressivos tricíclicos, beta bloqueadores e alfa agonistas adrenérgicos.

O papel do psicólogo neste contexto é identificar sintomas por meio de uma avaliação psicológica envolvendo sua história de vida, seus padrões comportamentais, condições psicológicas. Além de um diagnóstico correto, ele pode ajudar a desenvolver padrões mais funcionais com intervenções específicas para cada caso. Entretanto, é importante ressaltar que o psicólogo poderá atuar junto de escolas, assistente social, psiquiatra, pediatra, dependendo da demanda da criança, ofertando um trabalho acessível, a fim de fortalecer e ajudar a criança na expressão de suas emoções e sentimentos, feito a frente sempre de atividades lúdicas, e com objetivo de ressignificar eventos traumatizantes, promovendo maior interação social e desenvolvendo a capacidade criativa. Além disso, o terapeuta deve ser diverso em seu repertório de intervenções sensíveis às particularidades da criança em questão.

No decorrer desse estudo ficou perceptível que o transtorno de ansiedade entre crianças e adolescentes tem sido crescente e se tornado um problema mundial de saúde mental. Assim é um transtorno que tem cura por meio do tratamento adequado em que as intervenções medicamentosas e psicológicas estejam alinhadas e fazendo parte de um tratamento integrado, com um profissional qualificado para amenizar os sintomas dos transtornos ansiosos tanto nas crianças como adolescentes.

Por isso, o tratamento precoce e o acompanhamento psicológico são extremamente importantes para a evolução da criança e adolescentes, evitando futuros prejuízos. Ressalta-se,

ainda, a importância da participação ativa da família no processo de prevenção e tratamento desse agravo. Além disso, o trabalho de uma equipe multidisciplinar faz toda a importância no tratamento da criança, quando atuando com profissionais qualificados, tendo a evolução do paciente.

Por fim, é oportuno destacar que as intervenções da abordagem Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) têm sido bastante eficazes no tratamento desse TA, pois as técnicas da TCC buscam contribuir para o planejamento e desenvolvimento de novos comportamentos, que irá aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida e a capacidade de desenvolver estratégias mais adaptativas para lidar com as adversidades.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Neuraci Gonçalves de. **Fobia específica: passo a passo de uma intervenção bem-sucedida**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 7, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1808-5687.20110018>>.

ASBAHR, Fernando R. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos**. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 2, p. 28–34, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000300005>>.

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. **Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. Fiocruz, Rio De Janeiro, 2007.

BARLOW, David. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. (5th ed.). Porto Alegre: Artmed, 2016.

BRUNET, Alice Einloft; SILVA, Thiago Loreto; SOARES, Tarcio; *et al.* **Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática**. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 7, p. 119–131, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v7n1/v7n1a11.pdf>>.

CAIRES, Monique Cabral; SHINOHARA, Helene. **Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 6, p. 62–84, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v6n1/v6n1a05.pdf>>.

CASTILLO, Ana Regina GL; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R; et al.

Transtornos de ansiedade. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 22, p. 20–23, 2000. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>>.

D'AVILA, Livia Ivo; ROCHA, Fernanda Cardoso; RIOS, Bruna Roberta Meira; et al. **Processo Patológico do Transtorno de Ansiedade Segundo a Literatura Digital Disponível em português** – Revisão Integrativa. Revista Psicologia e Saúde, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.922> >.

PIMENTEL, Fernanda de Oliveira.; MÉA, Cristina. Pilla. Della.; PATIAS, Naiana. Dapieve. **Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes.** Acta Colombiana de Psicologia, v. 23, n. 2, p. 205-240, 30 jul. 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.14718/acp.2020.23.2.9> >

FERNANDES, Luan Flávia Barufi; ALCKMIN-CARVALHO, Felipe; IZBICKI, Sarah; et al. Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, p. 83–99, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872014000300007&nr_m=iso>.

FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro. **Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático.** Brazilian Journal of Psychiatry, v. 25, p. 12–16, 2003. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>>.

GAMA, Marcel Magalhães Alves; MOURA, Gustavo Souza; ARAÚJO, Ronaldo Franca; et al. **Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE).** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v. 30, n. 1, p. 19–24, 2008. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S010181082008000100007>>.

GUANCINO, Letícia, Toni, SALVO, Caroline Guisantes de e BATISTA, Ana Priscila **Prevenção de Ansiedade Infantil a partir do Método Friends.** Psico-USF [online]. 2020, v. 25, n. 3 pp. 519-531,2020 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712020250310>>.

LEVITAN, Michelle; RANGÉ, Bernard; NARDI, Antonio E. **Habilidades sociais na agorafobia e fobia social.** Psic.: Teor. e Pesq., v. 24, n. 1, p. 95–99, 2008. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000100011>>.

LIMA, Ana Carolina Rimoldi. de.; MELO, Brígida Alvares Dornelas. **A efetividade da terapia cognitivo-comportamental na redução da ansiedade infantil.** Psicologia e Saúde em debate, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 213–226, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22289/2446-922X.V6N1A15>>.

LOWENKRON, Theodor. **A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico.** Revista Brasileira de Psicanálise, v. 43, p. 133–139, 2009. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v43n3/v43n3a14.pdf>>.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MOROMIZATO, Maíra Sandes et al. **O Uso de Internet e Redes Sociais e a Relação com Índicios de Ansiedade e Depressão em Estudantes de Medicina.** Revista Brasileira de

Educação Médica [online]. 2017, v. 41, n. 4, pp. 497-504. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160118>>.

Organização Mundial de Saúde: OMS. 2020 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>
REGO, Kahena. de Oliveira.; MAIA, Juliana. Leal Freitas. **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://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15930>>.

ROSA, Marine Raquel Diniz da; ALMEIDA, Anna Alice Figueirêdo de; PIMENTA, Flávia; *et al.* **Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura.** Rev. CEFAC, v. 14, n. 4, p. 742–754, 2012. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/3jY3JGnRD9LQby3WgZwk6BP/?format=pdf&lang=pt>>.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. **Transtorno do pânico.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v. 31, n. 2, p. 86–94, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>>

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática.** J. bras. psiquiatr., v. 63, n. 4, p. 360–372, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046> >.

ZUANETTI, Patrícia Aparecida; LUGLI, Marília Buzzo; FERNANDES, Ângela Cristina Pontes; *et al.* **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>.