

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL IV**

STEPHANY FARIAS

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

CRICIÚMA 2013

STEPHANY FARIAS

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador(a): Prof.(a)MSc. Kelen Cancellier
Cechinel Recco

CRICIÚMA

2013

Dedico primeiramente a Deus por me conceder força e entendimento, e a minha família pelo incentivo a educação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me conceder força e entendimento para enfrentar os momentos de fraqueza e dificuldade.

Agradeço meus familiares pelo incentivo a educação e por compreender minha ausência, por me orientar nos momentos de dúvida. Creio que as sementes começaram a serem plantas na minha infância, para que esse sonho se tornasse realidade, Mãe, Rossi, Vó e Vô, meu muito obrigado.

Ao meu noivo Gustavo Borges Santana, por ter participado dessa conquista, com paciência, amor e compreensão, sua companhia foi suporte em momentos de dificuldade.

A minha orientadora Kelen Cancellier Cechinel Recco por toda a paciência e dedicação, me dando a oportunidade e honra de agregar à minha formação conhecimentos teóricos.

À todas os Professores e os colegas de curso que através de momentos de discussões e estudos compartilharam seus saberes.

“A criança joga (brinca) para expressar agressão, adquirir experiência, controlar ansiedades, estabelecer contatos sociais como integração da personalidade e por prazer”.

Winnicott

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a prevalência dos transtornos de ansiedade na infância e adolescência. Os artigos e livros utilizados de apoio revelam a que os Transtornos de Ansiedade estão entre os mais comuns em jovens, com prevalência de 4% a 20%, com prognóstico para vida toda de até 27%. Foi utilizado a base de dados do BIREME e SciELO com dez artigos selecionados para fundamentar o texto, livros de psiquiatria, psiquiatria e psicologia infantil. Destaca-se no trabalho que, um diagnóstico certo e precoce, as chances de resiliência na idade adulta são maiores, levando em consideração que um Transtorno de ansiedade da infância e adolescência pode ser um pré-sintoma de outros Transtornos psiquiátricos na vida adulta.

Palavras-chave: Transtornos de ansiedade. Infância e adolescência. Diagnóstico.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM IV TR Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

TAS Transtorno de Ansiedade de Separação

TP Transtorno de Pânico

FS Fobia Social

TAG Transtornos de Ansiedade Generalizada

FE Fobia Específica

TEPT Transtorno de Estresse Pós – Traumático

TOC Transtorno Obsessivo - Compulsivo

TCC Terapia Cognitiva Comportamental

ISRS Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 Panorama Geral : ansiedade	11
2.1 Transtornos de ansiedade.....	13
2.2 Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência	14
2.2.1 Transtornos de Ansiedade na infância e adolescência	16
2.2.2 Transtorno de Ansiedade de Separação	17
2.2.3 Transtorno de Pânico	19
2.2.4 transtorno de Ansiedade Generalizada	20
2.2.5 Transtorno de ansiedade social ou fobia social	21
2.2.6 Fobias específicas	22
2.2.7 Transtorno de estresse pós-traumático	23
2.2.8 Transtorno obsessivo-compulsivo	24
5 METODOLOGIA	33
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

“Em algum momento percebi que meu peito começou a doer, estava com dificuldades de respirar meu coração acelerou, comecei a ficar inquieta, fria, meu braço ficou dormente, meu sonho já não era mais o mesmo, então pensei acho que estou com problemas no coração.” Descrições como essas são feitas por pacientes que sofrem de Transtornos de Ansiedade.

Nos dias atuais a palavra ansiedade é muito usada no dia-a-dia. A correria, excesso de compromissos, responsabilidades e novas conquistas, estão associadas a preocupações, contribuindo assim para sintomas ansiogênicos. A ansiedade pode ser considerada normal ou patológica, é necessária uma ansiedade moderada para melhorar o desempenho em uma prova, entrevista, encontro. O desempenho físico e intelectual é orientado e ampliado pela ansiedade, ou seja, ansiedade em um nível adequado faz parte da sobrevivência. (BARLOW, DAVID, 2008; KAPCZINSKI, QUEVEDO, IZQUIERDO; 2004).

Quando não moderada a ansiedade pode ser caracterizada por um afeto negativo, sintomas somáticos de tensão orientada para o futuro e sensação que não se pode prever ou controlar acontecimentos futuros, geram mudanças fisiológicas e comportamentais que paralisam o indivíduo perante os futuros acontecimentos, gerando comprometimento a vida social e emocional (BARLOW; DAVID, 2008).

A ansiedade pode ser percebida através de comportamentos desproporcionais e exagerado em relação ao estímulo acompanhado de um conjunto de inquietações ou uma resposta fisiológica que se origina no cérebro e reflete-se no elevado batimento cardíaco e na tensão muscular (BARLOW; DAVID, 2008 ; CASTILLO, RECONDO, ASBAHR, MANFRO; 2000).

Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores. Os Transtornos de Ansiedade estão entre os mais comuns em jovens, com prevalência de 4% a 20% das crianças e adolescentes, com prognóstico para vida toda de Transtornos de Ansiedade é de 8,3 a 27% (CASTILLO, RECONDO, ASBAHR, MANFRO,2000; SADOCK,SADOCK,2011; PETERSON,2011).

O atual estudo tem como objetivo discutir a prevalência e as sintomatologias de Transtornos de Ansiedade em crianças e adolescentes.

2 PANORAMA GERAL : ANSIEDADE

Um sinal de alerta nos seres humanos, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça chama-se ansiedade. O medo é um sinal de alerta similar a ansiedade, a diferença é que a uma ameaça conhecida, externa, definida e que não de conflitos; a ansiedade é uma resposta a algo desconhecido, interno, vago e de origem conflituosa, sendo decisiva para o diagnóstico (GREBB, KAPLAN, SADOCK, 1997; GONÇALVES, 2009).

A ansiedade era caracterizada como complexa e misteriosa, atualmente mesmo com um número maior de pesquisas, continua sendo intrigante. Tendo a concepção atual, como um sentimento difuso de preocupação ou temor que se origina de um pensamento referente ao futuro ou desejo reprimido, gerando reações fisiológicas originadas no cérebro e que refletem no coração (GREBB, KAPLAN, SADOCK; 1997).

As respostas fisiológicas à ansiedade incluem alterações nos batimentos cardíacos, na respiração, pressão arterial, podendo ser acompanhado de inquietação, tremores, sudorese, podendo ser caracterizada como aperto no peito ou na garganta, fraqueza, náusea, vômitos, xerostomia, dores abdominais (GREBB, KAPLAN, SADOCK, 1997; GONÇALVES, 2009).

O grau de ansiedade deve ser claro para se diferenciar entre tipos normais e patológicos, em um nível prático a ansiedade patológica se diferencia da ansiedade normal através de uma avaliação de sua presença, feita pelo paciente, família, amigos, psicólogo, médico. É claramente vantajoso responder com ansiedade em certas situações ameaçadoras, pode-se falar de uma ansiedade normal em certas situações que geram ansiedade como, falar em público, primeiro dia no emprego novo, para o bebê ameaçado com o afastamento dos pais, para a criança o primeiro dia na escola, para o adolescente a prova, o primeiro encontro. A ansiedade faz parte do desenvolvimento humano, de experiências inéditas, do encontro da própria identidade e sentido da vida, passa a ser considerada patológica quando se observa uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude de sua intensidade ou duração (GREBB, KAPLAN, SADOCK; 1997).

Entretanto a ansiedade só é considerada patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo ou qualitativamente diversa do que se observa como normal em determinada faixa etária (GONÇALVES; 2009).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a ansiedade patológica é classificada como Transtornos de Ansiedade.

Os Transtornos de Ansiedade são divididos em subgrupos: Transtorno de Separação (TAS), Transtorno de Pânico (TP), Fobia Social (FS), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia Específica (FE), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtorno Obsessivo - Compulsivo (TOC). Sendo que não estão restritos a uma faixa etária, sexo ou cultura (GONÇALVES; 2009).

O diagnóstico clínico de Transtornos de Ansiedade é comum em crianças e adolescentes, é realizado seguindo os mesmos critérios aplicados em adultos, com exceção do Transtorno de Ansiedade de Separação que é típica da infância e adolescência. Os prejuízos podem ser diversos, alterações no desenvolvimento e funcionamento familiar, social, escolar, refletindo na formação da identidade. A criança pode ter dificuldade em perceber seus medos como exagerados ou irracionais, associada à ansiedade decorrente ao processo do desenvolvimento biopsicossocial (GONÇALVES, 2009; PETERSEN, 2011).

2.1 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os Transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos, com a prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente. A probabilidade é igual para ambos os sexos, com exceção das fobias específicas, transtornos pós-traumáticos e transtorno de pânico com predomínio do sexo feminino (ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO; 2000).

Transtornos de Ansiedade são estados que apresentam notáveis sintomas físicos e mentais de ansiedade que não são secundárias a outro transtorno (GEDES, GELDER, MAYOU; 2002).

Na atenção primária e nos atendimentos hospitalares é comum e frequente pacientes com crises de ansiedade procurarem atendimento, pois apresentam sintomas físicos em vez de psicológico, cabe aos profissionais estarem capacitados para diagnosticar e realizar os procedimentos adequados para o tratamento (ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000; GEDES, GELDER, MAYOU; 2002).

A ansiedade é anormal quando é desproporcional à ameaça e com duração superior a seis meses, os sintomas são primários, ou seja, não são derivadas de outras condições psiquiátricas (depressão, psicoses, transtornos do desenvolvimento, transtornos hipercinético), doenças fisiológicas ou uso de substâncias. As características clínicas dos Transtornos de Ansiedade são as mesmas da ansiedade normal, elas diferem na intensidade e duração, mas não na qualidade (ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000; GEDES, GELDER, MAYOU; 2002).

Os Transtornos de Ansiedade são divididos em três grupos: os de sintomas contínuos e episódicos (transtorno de ansiedade generalizada), situações específicas (transtornos fóbicos de ansiedade), e aqueles que podem ocorrer em qualquer situação (transtornos de pânico), o transtorno de ansiedade de separação é o único mantido na seção específica da infância (ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000; GEDES, GELDER, MAYOU; 2002).

2.2 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Nenhum fator ou agente único comprovado pode gerar psicopatologia na infância, fatores genéticos, emocionais, interpessoais e ambientais reciprocamente expõem as crianças a risco no desenvolvimento (REINECKE, DATTILIO, FREEMAN; 1999).

Problemas emocionais e de comportamento são comuns entre crianças de todas as idades, os mais comuns em crianças na pré-escola estão relacionados com sono, alimentação, funções eliminação e rebeldia. Na idade escolar 90%, estão relacionados a distúrbio de conduta e Transtornos de Ansiedade. A adolescência traz distúrbios do final da infância e do início da vida adulta.

Na avaliação de uma criança ou adolescente, deve-se investigar os motivos da procura ou encaminhamento, avaliar a natureza e a extensão das dificuldades psicológicas e comportamentais, determinarem os fatores sociais evolutivos, familiares e escolares que possam estar influenciando seu bem-estar emocional (SADOCK, SADOCK; 2011).

A maioria das crianças e adolescentes passam um quarto de suas vidas na escola, sendo um tempo maior se considerar as atividades relacionadas. É na escola que ocorre o desenvolvimento e crescimento cognitivo, emocional, interpessoal, social e de personalidade, por isso os desajustes no desenvolvimento da criança ou adolescente, na maioria das vezes é percebida na escola ou associada à escola, sendo é importante que a escola esteja capacitada e oferecer tratamento de diversas riscos para seus alunos (DATTILIO, FREEMAN, E COLS, 2004).

As crianças e adolescentes podem ser excelentes informantes sobre seus sintomas relacionados a humor e sentimentos internos, como fenômenos psicóticos, tristeza, medo e ansiedade, mas muitas vezes têm dificuldades com a cronologia dos sintomas e até silenciam no que poderiam dizer, destacando nesse momento a importância da entrevista com os pais, membros da família, professores para obter informações que ajudarão no diagnóstico (SADOCK, SADOCK; 2011).

Em geral crianças muito pequenas não conseguem verbalizar suas experiências e conseguem demonstrar seus sentimentos e preocupações em atividades lúdicas (SADOCK, SADOCK; 2011).

Após colher informações clínicas, a tarefa do profissional é avaliar se a criança ou adolescente tem critérios que se enquadram a um transtorno psiquiátrico. Segundo o DSM-IV-TR, um transtorno psiquiátrico é definido como um conjunto de sintomas clinicamente significativo associado a prejuízos em uma ou mais áreas do funcionamento (SADOCK, SADOCK; 2011).

2.2.1 Transtornos de Ansiedade na infância e adolescência

Entre os transtornos psiquiátricos, os Transtornos de Ansiedade são os mais comuns que afetam crianças e adolescentes com prevalência de 4 % e 20%, os critérios aplicados para diagnósticos são os mesmos que em adultos com exceção do transtorno de ansiedade de separação, típico da infância (PENTERSEN; 2011).

Alguns fatores de risco têm sido identificados para os Transtornos de Ansiedade, incluindo estilos de apego inseguro, temperamento da criança, presença de Transtornos de Ansiedade dos pais, determinados estilos parentais, tais como superproteção e comportamentos de evitação (PENTERSEN; 2011).

Assim, os Transtornos de Ansiedade podem se instalar através das vivências repetitivas de experiências estressantes e/ou traumáticas ou pela aprendizagem de crenças fóbicas ou pela imitação de comportamentos que transmitem uma percepção negativa do mundo e do outro, tornando tudo uma ameaça constante (ANTHONY; 2009).

As características de crianças e adolescentes com Transtornos de Ansiedade são: medo do escuro e preocupações imaginárias e bizarras, sensação que olhos as olham fixamente e monstros tentam pegá-las em seus quartos, dificuldade de dormir, na maioria das vezes se queixam de sintomas somáticos e são muito sensíveis as mudanças no corpo, choram com facilidade (SADOCK , SADOCK ; 2011).

As crianças menores que diagnosticadas com Transtorno de Ansiedade têm suas queixas relacionadas a sintomas gastrointestinais, dores no corpo e sintomas de gripe, já crianças mais velhas e adolescentes tem suas queixas semelhantes a dos adultos com ansiedade, como sintomas cardiovasculares e respiratórios (SADOCK, SADOCK; 2011).

O DSM-IV-TR classifica em grupos os Transtornos de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade de separação (TAS), Transtorno de Pânico (TP), Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social (FS), Transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia Específica (FE), Transtorno de Estresse Pós – Traumático (TEPT) e Transtorno Obsessivo - Compulsivo (TOC) (GONÇALVES, HELDT; 2009).

Depois dos Transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e de conduta, os Transtornos de Ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais comuns em crianças e adolescentes, os que têm maior prevalência são: TAS (4%), TAG (2,7 a 4,6%), FE (2,4 a 33%), FS (1%) e TP (0,6%) (GONÇALVES, HELDT;

2.2.2 Transtorno de Ansiedade de Separação

O Transtorno de Ansiedade de Separação está entre os mais comuns em jovens, afetando mais 10% das crianças e adolescentes em algum ponto do seu desenvolvimento. É caracterizado por uma ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou seus substitutos, não adequada ao nível de desenvolvimento (ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000; SADOCK, SADOCK, 2011).

A ansiedade de separação é um fenômeno que faz parte do desenvolvimento do ser humano, que tem seu primeiro estágio nos bebês antes de 1 ano de idade, quando acontece uma conscientização da criança de uma separação entre ela e mãe ou seu cuidador primário (SADOCK, SADOCK;2011).

Considera-se uma ansiedade de separação normal entre 9 a 18 meses. Nesse período acontece um pico e torna a diminuir por volta de 2,5 anos, onde as crianças desenvolvem uma sensação de conforto longe dos pais. A expressão da ansiedade de separação transitória também é normal em crianças pequenas que começam a vida escolar, pensando nisso, a maioria das escolas proporciona um cronograma especial de horários e a companhia dos pais nos primeiros dias na pré-escola, para evitar sofrimentos devido a essa ansiedade de separação (SADOCK, SADOCK; 2011).

O Transtorno de Ansiedade de Separação é diagnosticado quando existe uma ansiedade excessiva e inapropriada a fase do desenvolvimento da criança, essa ansiedade está relacionada à separação da figura importante de apego (SADOCK, SADOCK; 2011).

De acordo com o DSM-IV-TR, o Transtorno de Ansiedade de Separação requer a presença de pelo menos três sintomas relacionados a preocupação

excessiva quanto a separação de figuras importantes de apego, preocupação e sintomas físicos (SADOCK, SADOCK; 2011).

Os comportamentos e sintomas relacionados a esse transtorno são: crises de choro, falta de apetite, baixa no rendimento escolar, recusa em ir à escola, queixa das professoras, medo, aflição no momento da separação, constipação, insegurança, tristeza, pensamentos catastróficos sobre a figura de apego, pesadelos, dores de cabeça e estômago. (GEDES, GELDER, MAYOU, 2002; SADOCK, SADOCK; 2011).

Podem-se listar algumas situações indicadas como causa, uma experiência assustadora como internação no hospital própria ou de um irmão, mudanças de ambiente, moradia ou escola, insegurança da família, divórcio, convivência familiar conturbada, a morte de uma parente e comportamentos de superproteção dos pais tem reforçado o Transtorno de Ansiedade de Separação (GEDES, GELDER, MAYOU, 2002; SADOCK, SADOCK; 2011).

Em crianças muito pequenas, fatores psicossociais em conjunção com o temperamento influenciam o grau de ansiedade de separação que surge em situações de separação breve e exposição a ambientes desconhecidos. Estudos genéticos de famílias revelam que genes respondem por pelo menos um terço da variância no desenvolvimento do TAS em crianças (SADOCK, SADOCK; 2011).

O TAS e a depressão em crianças se sobrepõem, e a presença de um Transtorno de Ansiedade aumenta o risco de um episódio futuro de um Transtorno de Humor, com inclinação para um transtorno depressivo (SADOCK, SADOCK; 2011).

Crianças pequenas que conseguem manter relacionamentos com pares e continuar frequentando a escola entre outras atividades habituais em geral têm melhor prognóstico do que adolescentes que se recusam a frequentar a escola ou abandonam as atividades escolares (SADOCK, SADOCK; 2011).

No tratamento indica-se uma abordagem multimodal é direcionado para mudanças nas atitudes dos pais, através da reeducação familiar e intervenções farmacológicas para casos específicos, tranquilizar a criança, desconstruir pensamentos catastróficos, aumentar a autonomia e a competência da criança, reforçar suas conquistas são um dos principais objetivos do atendimento terapêutico individual (ASBAHR, 2004, GEDES, GELDER, MAYOU, 2002; SADOCK, SADOCK; 2011).

2.2.3 Transtorno de Pânico

O Transtorno de Pânico 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 (BLAYA, MAFRO, SALUM; 2009).

A etiologia do TP é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivos comportamentais e psicossociais que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade, muitas vezes na infância. Pesquisas relevam uma forte influência de Transtornos de Ansiedade na infância e Transtorno de Pânico na vida adulta (BLAYA, ISOLAN, MANFRO, SANTOS, SILVA; 2002).

Os sintomas físicos são taquicardia, sudorese, tontura, falta de ar, dor no peito, dor abdominal, tremores; seguidos de sintomas cognitivos, medo intenso de morrer e preocupação persistente de vir a ter novos ataques (ASBAHR; 2004).

O TP é cerca de duas vezes mais comum em mulheres e, geralmente, inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta, com média de aparecimento entre os 20 e 30 anos, raramente, há casos de aparecimento na infância (BLAYA, MAFRO, SALUM; 2009).

Pouco observado em crianças pequenas, sua frequência aumenta bastante no final da adolescência. Em até 50% dos pacientes, observa-se o desenvolvimento de agorafobia, com evitação de locais com difícil saída em caso de mal estar ou ataque de pânico, locais como cinemas, shows, saída da escola, estádios, baladas, entre outros (ASBAHR; 2004).

O tratamento para TP, tanto medicamentoso como psicológico para crianças e adolescentes tem sua base em informações obtidas de pacientes adultos. Estudos abertos e relatos de casos reforçam o uso dos ISRS ou de benzodiazepínicos para crianças e adolescentes. A abordagem indicada para esse transtorno é a TCC, que inclui exposição à situação fóbica, reestruturação cognitiva e treino de relaxamento (ASBAHR; 2004).

2.2.4 Transtorno de Ansiedade Generalizada

As crianças que sofre com TAG, apresentam medo excessivo, preocupações ou sentimentos de pânico exagerados e irracionais a respeito de várias situações. A todo o momento estão tensas, preocupam-se com a avaliação de terceiros em relação ao seu desempenho em diferentes áreas. Os sintomas presentes nesse transtorno são: hiperatividade, palidez, sudorese, taquipneia, tensão muscular e vigilância aumentada (ASBAHR, 2004; ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000).

O perfil das crianças que sofrem de TAG é autoritário, quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-las, são difíceis, pois tornam o seu ambiente ao redor tenso, provocam irritação nas pessoas do seu convívio, sendo exaustivo acalmá-las para atividades de lazer (ASBAHR,

Os pais têm dificuldades em descrever quando começou e descrevem que foi se agravando até se tornar intolerável, época em que procuram atendimento (ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000).

De acordo com o DSM-IV-TR os sintomas que deve ser observados para diagnóstico do TAG são: ansiedade e preocupação excessiva, sendo observada na maioria do dia por pelo menos meses, em diversos eventos e atividades, durante seis meses a criança deve apresentar no mínimo um dos itens seguidos: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade em concentra-se ou sensação de branco na mente, irritabilidade, tensão muscular, perturbação no sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, inquieto e insatisfatório), ser descartados outros transtornos, doenças físicas e uso de alguma substância como drogas ou medicamentos, acompanhados de prejuízo significativo na vida da criança.

Sugere-se que quadros mais graves de ansiedade da infância, assim como TAG, sejam preditores para o aparecimento de depressão, que é um determinante crítico de cronicidade em pacientes com outros transtornos de ansiedade na vida adulta (BLAYA, ISOLAN, MANFRO, SANTOS, SILVA; 2002).

Para o tratamento indica-se a abordagem cognitiva comportamental, que tem como objetivo provocar a mudança na maneira de perceber e pensar sobre o

ambiente e, especificamente a causa da ansiedade. Os pais ou responsáveis participam ativamente na terapia com a criança, ao contrário dos adultos que sofrem de TAG (ASBAHR; 2004).

O TAG na infância tem pouca atenção dos pesquisadores em psicofarmacologia pediátrica. Em estudos abertos revela que o uso da fluoxetina como de bupiriona, outros estudos controlados com ISRS, sertralina, fluvoxamina e fluoxetina mostram a eficácia em curto prazo desses ISRS (ASBAHR; 2004).

2.2.5 Transtorno de ansiedade social ou fobia social

A definição atual de fobia social é um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, que a pessoa se sente exposta a desconhecidos ou a uma possível avaliação dos outros, temendo demonstrar sua ansiedade e ser humilhado em público (APA, 1994 apud BEIDEL, GAUER, RODRÍGUEZ, ZOGBI; 2006).

A Fobia Social pode ser diagnóstica na infância e na adolescência, ocorrendo o pico de incidência por volta de 15 anos de idade e a prevalência para toda vida é estimada entre 2,4% a 16% em estudos populacionais americanos e europeus (BEIDEL, GAUER, RODRÍGUEZ, ZOGBI; 2006).

A avaliação do Transtorno de Ansiedade Social em crianças e adolescentes deve ser um trabalho minucioso, precisa ser levado em consideração alguns aspectos como: desenvolvimento nas diferentes faixas etárias, descartar hipótese de uma timidez transitória, Transtornos do desenvolvimento (autismo ou transtorno de Asperger) e ser observado se timidez é duradora ou apenas na presença de adultos, pois muitas crianças são tímidas e inibidas na frente de pessoas mais velhas de acordo com uma faixa etária (BEIDEL, GAUER, RODRÍGUEZ, ZOGBI; 2006).

Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses, podendo ser expressadas pelas crianças através de choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas. Crianças com FS relatam desconforto em algumas situações: falar em sala de aula, comer na

cantina próximo a outra criança, ir a festas, escrever na frente de outros colegas, usar banheiros públicos, dirigir a palavras a autoridade entre outras, nessas situações é claro a presença de alguns sintomas físicos como: palpitação, tremores, falta de ar, ondas de calor e frio, sudorese e náusea (ASBAHR, 2004; BEIDEL, GAUER, RODRÍGUEZ, ZOGBI, 2006).

Indica-se para o tratamento a TCC, pois os métodos utilizados são utilizados para o tratamento de medo de situações sociais ou isolamento social em crianças, com foco na modificação de pensamentos mal adaptados que parecem contribuir para o comportamento de evitação social. Entre as medicações mais indicadas estão os ISRS, para o tratamento da FS em crianças e adolescentes (ASBAHR; 2004).

2.2.6 Fobias específicas

Caracterizam-se pela presença de medo excessivo e persistente relacionado a um determinado objeto ou situação, que não seja situação de exposição pública ou medo de ter ataque de pânico (ASBAHR, 2004; ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000).

A exposição ao estímulo fóbico provoca, quase que invariavelmente, uma resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de uma crise de pânico ligado à situação ou predisposto pela situação, nas crianças a ansiedade pode ser expressada através do choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamentos aderentes, durante um período de seis meses, para indivíduos com menos de 18 anos (ASBAHR; 2004).

Na infância as FE mais comuns são: pequenos animais, injeções, escuridão, altura e ruídos intensos; diferenciando dos medos comuns da infância por apresentarem uma reação excessiva e pouco adaptada, que foge do controle, levando a um comportamento de fuga, sendo e causando prejuízo no funcionamento da criança pânico (ASBAHR, 2004; ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000).

O tratamento mais utilizado tem sido a terapia comportamental, utilizando técnicas que expõem a criança ao estímulo fóbico gradualmente, de maneira que extinga a reação exagerada, raramente é utilizado na prática clínica o tratamento farmacológico para esse transtorno pânico (ASBAHR, 2004; ASBAHR, CASTILLO, MAFFRO, RECONDO, 2000).

2.2.7 Transtorno de estresse pós-traumático

Crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis a experiência traumática. O transtorno de estresse pós-traumático caracteriza-se por um conjunto de sintomas como reviver situações, recordações perturbadoras, esquiva persistente e hiperestimulação em resposta à exposição a um ou mais eventos traumáticos. (SADOCK, SADOCK; 2011).

Na última década o reconhecimento de TEPT em crianças e adolescentes se ampliou. Para o diagnóstico, a criança ou adolescente tem que ter vivenciado, testemunhado ou haver um confronto com um ou mais eventos que envolveram morte ou ferimentos graves reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou alheia, acontecimentos como esse levam a ter critérios de diagnóstico (DSM-IV-TR, 2003; SADOCK, SADOCK, 2011).

Crianças e adolescentes podem apresentar um comportamento desorganizado e agitado, sonhos amedrontadores sem conteúdo identificável, em crianças menores pode acontecer reencenação específica do trauma acompanhada de mudança de comportamento significativa como, inibição excessiva ou desinibição, agitação e reatividade emocional aumentada, hipervigilância, além de pensamentos obsessivos com conteúdo relacionado à vivência traumática e com duração mínima de um mês (DSM-IV-TR, 2003; SADOCK, SADOCK, 2011).

Para o tratamento indica-se a TCC, com 10 a 16 sessões de tratamento, o primeiro objetivo é a psicoeducação, quanto à natureza das reações emocionais e fisiológicas típicas a eventos traumáticos e ao TEPT, técnicas de relaxamento muscular, respiração concentrada, modulação afetiva, parada do pensamento e técnicas de enfiamento e enfim a exposição gradual pode então ser introduzida

como técnica para que a criança recorde os detalhes da exposição traumática (SADOCK, SADOCK, 2011).

2.2.8 Transtorno obsessivo-compulsivo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo é caracterizado pela presença de pensamentos intrusivos recorrentes, associados a ansiedade ou tensão e/ou ações físicas ou mentais repetitivas intencionais com o objetivo de reduzir os medos e tensões causados pelas obsessões, sua prevalência entre crianças e adolescentes varia de 1% a 2% na população abaixo de 18 anos de idade, estudos revelam que a maior incidência na infância é em meninos, durante a adolescência há um aumento de casos em meninas. Na maioria dos casos, o início ocorre na infância ou na adolescência (SADOCK, SADOCK, 2011).

As obsessões podem ser definidas como pensamentos, ideias, impulsos ou representações mentais recorrentes, gerando um desconforto, ansiedade, incômodo e sofrimento, levando o indivíduo a tentar ignorá-la ou suprimi-las por meio de outro pensamento ou ação. (ALVES, BARREIRA, COUTO, JUNIOR, MARINHO, XIMENES; 2011).

E as compulsões, são os comportamentos repetitivos e intencionais, realizados mentalmente ou por meio de ações motoras, com o objetivo de reduzir ou prevenir a ansiedade ou sofrimento (ALVES, BARREIRA, COUTO, JUNIOR, MARINHO, XIMENES; 2011).

Crianças e adolescentes com obsessões ou compulsões costumam ser encaminhados para o tratamento devido ao tempo excessivo que dedicam aos seus pensamentos intrusivos e rituais repetitivos, dentre as obsessões mais frequentes nesse faixa etária está: medo de contaminação, de agressão, de conteúdo sexual ou religioso, a preocupação com simetria ou medo de perder as coisas (ALVES, BARREIRA, COUTO, JUNIOR, MARINHO, XIMENES; 2011).

Os rituais compulsivos típicos entre crianças e adolescentes envolvem limpar, verificar, contar, repetir comportamentos, organizar itens, seguidos de preocupações relacionadas a situações negativas que possam ocorrer com a família, características de comportamentos de esquiva, indecisão, dúvida, lentidão

em concluir as tarefas podem estar presentes (SADOCK, SADOCK, 2011).

O TOC é um transtorno heterogêneo, cuja incidência familiar é reconhecida há décadas, eventos estressantes são observados antecedendo a instalação do TOC, alguns fatores desencadeantes são: rompimentos afetivos, morte de pessoas próximas, situações de maior solicitação nos estudos, mudança de domicílio, entre outras (ALVES, BARREIRA, COUTO, JUNIOR, MARINHO, XIMENES, 2011; SADOCK, SADOCK, 2011).

O tratamento para crianças e adolescentes com diagnóstico de TOC inclui a farmacoterapia, representada principalmente pelos ISRS, assim como a TCC, que recebe destaque para a principal abordagem terapêutica para pacientes mais jovens com TOC, pois melhora os sintomas obsessivo-compulsivos, com baixo índice de recaída, após a retirada da medicação (SADOCK, SADOCK, 2011).

3 TERAPIA COM CRIANÇAS

Para um processo terapêutico com crianças ter sucesso, primeiramente o terapeuta deve gostar de crianças, conviver, brincar e se comunicar com elas. É necessário considerarmos a criança como sujeito em plenitude, e compreender que certos acontecimentos, que para adultos poderiam facilmente configurar-se em tolices, birras, má educação, para crianças podem ser sintomas de angustias e ansiedade legítima (COUTINHO, 2005).

Em uma comissão de Saúde Mental do ano de 1978, revela que 10 a 20% das crianças podem necessitar de serviços da saúde mental, recentemente esses números vem aumentando, de 15% a 22%, tem problemas emocionais ou comportamentais, infelizmente menos de 20% recebem o tratamento do qual necessitam. A literatura sobre tratamento de crianças, com problemas emocionais é recente, foi a partir do século XX, que surgiram os primeiros escritos (REINECKE, DATTILIO, FRREMAN, 1999).

Quando a criança é encaminhada a um processo terapêutico, é preciso fazer o contrato, com os pais, ou responsável pelo menor. A primeira entrevista é valiosa, é uma oportunidade de colher o maior número de informações do paciente, como o desenvolvimento, o sono, a alimentação, doenças, e outras informações sobre o desenvolvimento da criança, pois muita delas o paciente não poderá fornecer, é também uma ocasião para descobrir o lugar ocupado pela criança na família (COUTINHO, 2005).

É importante que o paciente infantil seja respeitado em suas possibilidades, em seus dramas, segredos e marcas. Deve-se combinar com o paciente nos primeiros dias que quando necessário comunicar algo para os pais ou responsável do paciente, ele será comunicado antecipadamente e saberá o motivo da comunicação. Pois a transparência é fundamental para a manutenção da confiança no processo terapêutico e no terapeuta, e essa relação sincera precisa estar clara desde o início (COUTINHO, 2005).

A TCC para o tratamento de crianças e adolescentes tem recebido destaque, fundamenta-se na suposição de que o comportamento é adaptativo e de que existe interação entre pensamentos, sentimentos e condutas do indivíduo (REINECKE, DATTILIO, FRREMAN, 1999).

Mas nem sempre a criança saberá elaborar o que está sentindo e comunicar verbalmente, de forma clara, por isso a parceria com alguns instrumentos é de grande importância neste processo (COUTINHO, 2005).

Isso não significa que o modelo cognitivo-comportamental é inadequado para o uso com crianças e adolescentes, pelo contrário, recebe destaque por ser uma abordagem estruturada, com claras técnicas, alcançando um resultado positivo para o indivíduo (DATTILIO, FREEMAN, E COLS, 2004).

Uma das formas mais eficientes de promover a saúde emocional da criança é proporcionar-lhes meios de criar, resgatando ou alimentando seu potencial criativo, pois o fazer criativo geralmente é uma atividade que provoca prazer, não apenas pelo contato com materiais (tintas, argilas, papéis) como pela possibilidade de materializar as imagens que trazemos a mente, além de criar, brincar é uma das mais claras formas que a criança tem de livre expressão (COUTINHO, 2005).

4 PRINCÍPIOS TEÓRICOS DO MODELO COGNITIVO COMPORTAMENTAL

De acordo com a teoria beckiana, a teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia considera a cognição o principal componente envolvido nos transtornos psicológicos. O nível mais alto da cognição função é a consciência, um estado de atenção que envolve decisões sobre nossas experiências e sobre fatos e situações da vida racionalmente (KNAPP, 2004, E WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

A Terapia Cognitiva Comportamental é uma terapia voltada para o problema geralmente aplicada em um formato de curto prazo, no caso de um tratamento de depressão ou ansiedade pode durar de cinco a vinte e duas sessões, o tratamento pode ser mais longo em casos de condições co-mórbidas ou se o paciente apresentar resistência. O tempo de duração de cada sessão pode durar de 45 a 50 minutos de terapia, seu foco é no aqui e agora, mais enfatiza a importância de considerar dados do desenvolvimento na primeira infância, históricos familiar, traumas, experiências evolutivas positivas e negativas, vida social, educação, trabalho, informações psicodinâmicas deste paciente (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Portanto cada elemento da estrutura sessão da TCC é intencional para proporcionar a colaboração entre paciente e terapeuta enquanto trabalham eficientemente na resolução dos problemas listados, segundo a teoria beckiana a sessão é organizada a seguinte ordem: revisão de humor e da semana, ponte com a última sessão, revisão das tarefas, fazer a agenda, trabalhar itens da agenda, resumos periódicos e resumo final e feedback da sessão (KNAPP, 2004; KNAPP, ROCHA, 2003).

A ponte com a última sessão é importante, pois cada sessão está interligada, dando o sentimento de continuidade, o caderno ou folhas auxiliam neste processo, pois o paciente pode levar como tarefa de cada, as anotações da sessão. Sendo assim a revisão da tarefa, consolida o aprendizado, e confirma a direção e a importância do aprendizado e reeducação. O objetivo da agenda é o foco dos problemas nos problemas a serem trabalhados e nas suas possíveis soluções, evitando a tergiversação, considerando a necessidade de trabalhar algo, por ambos. Para fortalecer a memória do paciente é realizado o resumo no final de cada sessão, o paciente é estimulado a fazer um resumo do que foi trabalhado, com o objetivo de conhecer o que foi descoberto e fortalecer a memória do paciente. Ao solicitar

regularmente o feedback do paciente de como foi a sessão, o terapeuta pode descobrir quais as dúvidas, expectativas, insatisfação, podendo assim corrigir o rumo da terapia (KNAPP, 2004 E WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Contudo a relação terapeuta/paciente deve ser psicodinâmica, não-dirigida, e atributos como compreensão, gentileza empatia, segurança, serenidade, estão incluídos na terapia, sendo esses fortes fatores para a mudança de comportamento e crenças disfuncionais. O paciente é parte ativa do seu próprio processo de mudança, sendo que a efetividade desse processo vai ser influenciada por inúmeros fatores, entre eles a relação terapêutica, que não é apenas para estabelecer um sistema terapêutico, mas sim usa-lá como instrumento para ajudar o paciente a ser independente emocionalmente ou desenvolver hipóteses, estratégias de enfrentamento, colaboração e proporcionando um estilo de vida mais saudável (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008, SILVA, 2003).

Sendo assim o terapeuta não provê as soluções nem persuade o paciente da incorreção do pensamento, sem debates e confrontos diretos, ele guia o paciente à descoberta, por meio de simples questionamentos, caracterizado por perguntas com respostas abertas, como era o método utilizado por Sócrates, assim o paciente vai compreender seu problema, explorar soluções e desenvolver um plano para lidar com suas dificuldades, modificando pensamento desadaptativo, essa técnica se chama questionamento socrático (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008; KNAPP, 2004).

A TCC baseia-se na inter-relação entre cognição, emoção e comportamento, que está relacionada com o funcionamento normal do ser humano, e principalmente nas psicopatologias, considerando que nas psicopatologias, existem interações complexas entre o processo biológico: genética, funcionamento de neurotransmissores, estrutura cerebral e sistemas neuroendócrinos, influências ambientais, interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais, assim um influência o outro em uma interação recíproca (KNAPP, 2004; WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Se acontecer a mudança em qualquer um desses itens pode iniciar modificações nos demais, pois o trabalho da TCC inicia com avaliação e modificação dos pensamentos, pois a mudanças desses pode refletir em todos os outros itens. Isso não significa que os pensamentos causam transtornos, mas eles modulam e mantêm as emoções disfuncionais (KNAPP, 2004; CAMINHA, 2003).

O modelo cognitivo defende quatro idéias, que guiam a teoria de Beck e o tratamento por ele proposto: 1) os indivíduos constroem ativamente sua realidade, 2) a cognição medeia o afeto e o comportamento, 3) a cognição é passível de ser conhecida e acessada, 4) a mudança na cognição é um componente central no processo de mudança do ser humano. Sendo assim a terapia cognitiva identifica três níveis de cognição: o pensamento automático, as crenças intermediárias e as crenças centrais (KNAPP, 2004; KNAPP E ROCHA, 2003).

Todos os dias passam milhares de pensamentos em nossa mente, muitos não são percebidos, e passam rapidamente por nossas mentes quando estamos no meio de situações do dia-a-dia, independentes de deliberação ou raciocínio, esses são chamados de pensamentos automáticos, podem ser chamado também de pré consciente, pois essas cognições podem ser reconhecidas e entendidas se nossa atenção for voltada para eles através de um treinamento. Toda e qualquer situação vivida aciona pensamentos automáticos em nós, esses pensamentos podem ser através de frases ou imagens. Pensamentos automáticos são situações específicas, podendo ser ativados por eventos externos ou internos, esse nível de cognição é o mais fácil de acessar e modificar. Pensamentos automáticos que são exagerados, distorcidos, equivocados, irrealistas ou disfuncionais têm um papel importante na psicopatologia, pois moldam tanto as emoções como as ações do indivíduo em resposta aos eventos da vida (KNAPP, ROCHA, 2003; WRIGHT, BASCO, THASE, 2008, 2008; KNAPP, 2004).

O segundo nível de pensamento são as crenças intermediárias, também chamadas de crenças subjacentes ou condicionais, ocorrem sob forma de pressuposto, e condicionamento como afirmações do tipo se-então, que influenciam auto-estima e a regulação emocional. Quando distorcida, a visão ou previsão negativa do paciente pode depender de certos tipos de situações ou eventos. Neste nível as idéias ou entendimentos são mais enraizados embora não sejam tão facilmente modificáveis quanto os pensamentos automáticos, ainda assim mais maleáveis do que as crenças centrais (KNAPP, ROCHA, 2003; WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

As crenças centrais ou nucleares são idéias e conceitos enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo. As crenças são independentes de situações que se apresentam ao indivíduo, ele irá pensar semelhante a sua crença. São formadas a partir das primeiras experiências, e

durante a vida vão se moldando de acordo a percepção e a interpretação dos eventos, moldando as características emocionais. Nas crenças centrais ou nucleares disfuncionais se não houver correção poderão se cristalizar com verdades únicas e imutáveis. Para que haja mudança nas psicopatologias, a crença central disfuncional deve ser modificada, sendo esse o último objetivo da terapia cognitiva. Esse nível de cognição são abstratas e gerais, constituídos em um nível aprofundado de representação dos pensamentos. As crenças centrais disfuncionais são absolutistas, generalizadas e cristalizadas, podem permanecer latentes todo tempo, sendo ativadas nos transtornos emocionais (KNAPP, ROCHA, 2003; KNAPP, 2004).

Os esquemas referem-se a uma rede estruturada e inter-relacionada as crenças que orientam o indivíduo em suas atitudes e posturas nos mais variados eventos da vida, eles armazenam aspectos genéticos ou prototípicos de estímulos, idéias ou experiências, e também significado, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados. Elas servem a uma função crucial aos seres humanos, que lhes permite selecionar filtrar, codificar e atribuir significados às informações vindas do meio ambiente. A diferenciação entre esquemas e crenças centrais é: esquemas é estrutura e crenças centrais são conteúdos (KNAPP, ROCHA, 2003; KNAPP, 2004; WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

A TCC ensina os pacientes a “pensar sobre o pensamento” para atingir a meta de trazer as cognições autônomas à atenção e ao controle conscientes. Existem dois níveis de problemas, as dificuldades manifestas e os mecanismos subjacentes: a dificuldades manifestas referem-se aos problemas devido aos quais os indivíduos buscam ajuda profissional, como depressão, ansiedade, fobias, dificuldades nos relacionamentos, entre outras. Essas dificuldades apresentam três componentes: o humor, as cognições manifestas (pensamentos automáticos), e os comportamentos (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008; KNAPP, ROCHA, 2003).

Já os mecanismos subjacentes referem-se aos mecanismos cognitivos e os comportamentos disfuncionais, que produzem e mantêm as dificuldades manifestas, ou seja, as crenças centrais e intermediárias. A teoria defende a existência de dois tipos de personalidade, a do tipo sociotrópico e a do tipo autônomo, ambas são formadas diferenciadas na existência de um transtorno emocional. A sociotrópica valoriza relações íntimas e é dependente de agrados da sociedade para que possa ser aceito e amado, já a autônoma investe em independência pessoal, pois tem prazer em sua liberdade de escolhas e conquistas,

para ser considerada uma boa saúde mental, teria que ter um equilíbrio entre os dois tipos (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008; KANPP E ROCHA, 2003).

A TCC tem como objetivo auxiliar o paciente a reconhecer e modificar esquemas e pensamentos automáticos desadaptativo, para que isso aconteça a métodos mais utilizados é o questionamento socrático, registros de pensamentos também são utilizados, para que pensamentos automáticos sejam mais racionalizados (THASE, WRIGHT, 2008 E KANPP E ROCHA, 2003).

A terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes assim como o trabalho em adultos, enfatiza os efeitos de crenças e atitudes mal adaptadas ou disfuncionais no comportamento atual. Técnicas como exercício em uma perspectiva social ou resolução de problemas sociais, treinamentos de relaxamentos, construção de imagens, uso de afirmações em relação a si próprio para lidar com problemas, exercício de autocontrole, uso de afirmações em relação a si próprio para lidar com problemas, sendo essas intervenções são importantes, sempre selecionadas de acordo a necessidade da criança (REINECKE, DATTILIO, FRREMAN, 1999).

5 METODOLOGIA

Este trabalho foi uma pesquisa bibliográfica, tendo como objetivo oferecer diretrizes para elaboração de trabalhos e é desenvolvida com base em material já elaborado: livros, artigos, internet (LEOPARDI, 2002).

Iniciou-se em fevereiro de 2013, a procura de trabalhos científicos relacionados ao tema através do banco de dados Birene e SciELO, foi selecionado dez artigos e foi utilizado livros da biblioteca da Universidade Extremo Sul Catarinense, com temas referentes a psiquiatria, psiquiatria infantil e psicologia. Os artigos e livros foram escolhidos mediante ao tema proposto.

Após a leitura dos artigos e textos relacionados, iniciou-se uma seleção de pontos fundamentais para a construção do trabalho, e assim deu origem a fundamentação teórica do mesmo.

6 CONCLUSÃO

Algumas décadas atrás havia crenças de que medos, preocupações, ansiedade em ficar longe das figuras de apego, inibição social eram observadas como características normais em crianças, pois faziam parte do desenvolvimento, mas, alguns critérios foram criados para diferenciar o normal de cada fase e o considerado patológico.

De acordo com os estudos, os Transtornos de Ansiedade tem sido descritos como um transtorno psiquiátrico prevalente em crianças e adolescentes gerando sofrimentos e disfunções no desenvolvimento de ambos.

Assim é de grande importância que os profissionais reconheçam sintomas referentes a Transtornos de Ansiedade, pois uma identificação precoce pode evitar maiores desgastes como, visitas frequentes ao pediatra devido às queixas somáticas diárias, problemas de aprendizagens, evasão escolar, crianças sem convivência social, pais esgotados, entre outros.

Os Transtornos de Ansiedade quando receber um diagnóstico correto e intervenções precocemente adequadas, acredita-se que possa diminuir o grau de gravidade de psicopatologias na vida adulta.

A causa dos Transtornos de Ansiedade da infância e adolescência é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, segundo os autores o tratamento é ideal, quando se utiliza a abordagem da TCC, pois tem recebido destaque no tratamento dos Transtornos de Ansiedade, apresentando o maior número de eficácia e efetividade.

Faz-se necessário o aumento em investimento com pesquisas considerando a criança e o adolescente como foco principal em Transtornos psiquiátricos com destaque aos ansiosos, sendo que está entre os mais diagnosticados na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Klécio de Andrade, et al. Transtornos obsessivos compulsivo em crianças e adolescentes: revisão de literatura e abordagem odontológica. **Arq. Odontol.** 2011
- ANTHONY, Sheila Maria da Rocha. A criança com Transtornos de Ansiedade: seus ajustamentos criativos defensivos. **Resista da Abordagem Gestáltica**, 2009.
- ASBAHR, Fernando R. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**,2000.
- _____. Transtorno ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. **Jornal de Peditria**,2004.
- BARLOW, David H.; DURAND, Vincent Mark. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Cengage Learning,2008.
- BEIDEL, Déborah, et al. Fobia social na infância e adolescência : Aspectos clínicos e de avaliação psicométrica. **Psico**,2006.
- BLAYA, Carolina,et al. Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtornos de ansiedade na infância. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2002.
- BLAYA, Carolina, MAFRO, Gisele Gus, SALUM, Giovanni Abrahão. Transtorno de Pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 2009.
- CASTILLO,Ana Regina GL, et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2000.
- COUTINHO, Vanessa. **Arteterapia com crianças**. Rio de Janeiro: Wak, 2005.

DATTILIO, Frank M; FREEMAN, Arthur M. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GELDER, Michael G.; MAYOU, Richard; GEDDES, John. **Psiquiatria**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES, Débora Hexsel, HELDT, Elizeth. Transtornos de Ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2009.

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KAPCZINSKI, Flávio; QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Iván Antonio. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2. ed Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, Paulo e ROCHA, Denise Blaya **Conceitualização cognitiva: modelo de Beck** in: *Psicoterapias : cognitivo-comportamentais* CAMINHA e colaboradores.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed.rev. Santa Maria-RS: Pallotti, 2002.

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

REINECKE, Mark A.; DATTILIO, Frank M; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 1999

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia Alcott. **Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SILVA, Sônia Nunes. **Relação Terapêutica** in: Psicoterapias : cognitivo-comportamentais CAMINHA e colaboradores

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. . **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.