

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

FERNANDO AMORIM SUHETT

THAIS CARVALHO DO PRADO SANTOS

TRANSTORNO ANSIOSO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO

ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

FERNANDO AMORIM SUHETT

THAIS CARVALHO DO PRADO SANTOS

TRANSTORNO ANSIOSO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professora Márcia Cristina de Amorim

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

FERNANDO AMORIM SUHETT

THAIS CARVALHO DO PRADO SANTOS

TRANSTORNO ANSIOSO NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Duque de Caxias

2021

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho à família e a todos os profissionais da Saúde e da Educação, que impulsionam nossas caminhadas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às nossas famílias, que nos garantiram apoio e amor ao longo da jornada.

À orientadora Márcia Amorim e à professora Raquel Noboa pela paciência, prontidão e todo o suporte necessário para a elaboração deste trabalho.

Aos profissionais de saúde e pesquisadores que produziram a literatura que nos munuiu de embasamento para a redação desta revisão bibliográfica.

Aos pacientes, que vieram a compor nosso aprendizado sempre com confiança mútua e respeito.

Aos colegas de curso com os quais compartilhamos vitórias, derrotas; experiências.

A todos que dedicam suas vidas à produção de conhecimento científico e à educação.

EPÍGRAFE

“As crianças representam o futuro e garantir o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis deveria ser uma preocupação primordial de todas as sociedades.”

OMS

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre os transtornos de ansiedade na infância. Os artigos e livros utilizados de apoio revelam que os transtornos de ansiedade estão entre os mais comuns à faixa etária, com prevalência de 4% a 20%, e com prognóstico para vida toda de até 27%. Foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, SciELO, PUBMED e LILACS, com doze artigos selecionados para fundamentar o texto, assim como livros de psiquiatria e psicologia infantil. Observa-se que quando há um diagnóstico certo e precoce, as chances de resiliência na idade adulta são maiores, levando-se 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 infantil; Ansiedade na infância; Saúde mental na infância.

ABSTRACT

This work aims to carry out a literature review on childhood anxiety disorders. The supporting articles and books used reveal that anxiety disorders are among the most common in the age group, with a prevalence of 4% to 20%, and with a lifetime prognosis of up to 27%. MEDLINE, SciELO, PUBMED and LILACS databases were used, with twelve articles selected to support the text, as well as psychiatry and child psychology books. It is observed that when there is a certain and early diagnosis, the chances of resilience in adulthood are greater, taking into account that an anxiety disorder in childhood and adolescence can be a pre-symptom of other psychiatric disorders in adulthood.

Keywords: Child anxiety disorders; Childhood anxiety; Childhood mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E\OU SIGLAS

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª Edição

FE - Fobia específica

FS - Transtorno de ansiedade social / fobia social

ISRS - Inibidor seletivo da recaptação de serotonina

TA - Transtorno de ansiedade

TAG - Transtornos de ansiedade generalizada

TAS - Transtorno de ansiedade de separação

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

TEPT – Transtorno de estresse pós-traumático

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	13
2 – REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 - Transtornos de ansiedade na infância.....	16
2.1.1 - Transtorno de ansiedade de separação (TAS).....	16
2.1.2 - Transtorno de ansiedade generalizada (TAG).....	17
2.1.3 - Transtorno de ansiedade social / fobia social (FS).....	18
2.2 – Epidemiologia.....	18
2.3 – Etiologia.....	19
2.3.1 - Fatores biopsicossociais.....	19
2.3.2 - Fatores de aprendizagem social.....	20
2.3.3 - Fatores genéticos.....	20
2.4 - Diagnóstico e características clínicas.....	21
2.4.1 - Patologia e laboratório.....	24
2.5 – Diagnóstico diferencial.....	25
TABELA 1: Características, semelhanças e distinções entre os transtornos de ansiedade.....	26
2.6 - Tratamento.....	27
3 – OBJETIVOS	33
4 – MATEIRAL E MÉTODOS	34
5 – RESULTADOS	35
TABELA 2: Resultados em artigos por ordem de citação.....	35
6 – DISCUSSÃO	39
7 – CONCLUSÃO.....	41
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43



The Dream Collector: Fotógrafo Arthur Tress usou sua câmera para recriar o pesadelo de crianças dos anos 60.

Fonte: <https://arthurtress.com/wp-content/gallery/dream-collector/35-scaled.jpg>

1 – INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da **Saúde (OMS)** define **saúde** como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser considerados as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo.

O transtorno de ansiedade é uma das patologias psiquiátricas mais recorrentes da juventude, afetando de 10 a 27% das crianças e adolescentes. Atrás apenas dos Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A ansiedade é um transtorno comportamental freqüente que leva a busca por pediatras e psiquiatras. Geralmente, a manifestação está relacionada a problemas de comportamento, relacionamento, rendimento escolar ou sintomas somáticos (alterações no apetite; dificuldades no sono; queda no rendimento escolar; desmotivação; medos e preocupações excessivas; dores de cabeça; tonturas; retraimento social; oscilação de humor; irritabilidade ou apatia).

Ao longo do desenvolvimento infantil, o comportamento ansioso é considerado saudável em bebês. Assim como a imaginação fértil das crianças, repleta de fantasias, que despertam o medo noturno ou durante uma brincadeira no ambiente familiar ou escolar. É comum em determinado momento a criança apresentar certos medos e fobias (escuro, medo de animais, medo de trovão/raio/chuva) que retratam uma descoberta do mundo, o início da distinção entre fantasia e realidade ou ainda a tomada de consciência do desconhecido fora dela. O desenvolvimento da consciência, ao mesmo tempo em que amplia o conhecimento sobre si, do próprio corpo, dos fenômenos da natureza, do mundo das relações humanas, faz a criança sentir angústia diante da imensidão extraordinária da realidade. Medo é uma resposta esperada a

ameaças reais ou percebidas; contudo, ansiedade é a antecipação de perigo ou ameaça futura, caracterizados por excitação emocional e fisiológica. ^{1, 2}

A percepção da ansiedade e do medo estão estreitamente interligados. O medo constante gera a ansiedade que gera sintomas que podem gerar psicopatologias. O medo desencadeia reações positivas de autodefesa, permitindo que a criança venha a perceber quando se põe em risco. Torna-se um ajustamento disfuncional quando paralisa a criança na interação com o mundo, vindo a impor obstáculos e limitação à sua vida devido às fantasias catastróficas associadas ao perigo externo. As respostas fisiológicas são manifestadas por meio de sudorese, taquicardia, enurese, inquietação, tremores, sensação de aperto no peito ou na garganta, fraqueza, náusea, vômitos, xerostomia, dores abdominais e corporais, contenção da respiração e, em sua forma cognitiva, se mostra como uma constante preocupação com eventos trágicos que podem vir a acontecer a si mesma e às pessoas amadas. ²

A criança projeta no desconhecido, no objeto, na situação (roupas, ônibus, pessoas estranhas, animais) o perigo da ausência (ou presença) e falta de suporte parental. A angústia é situada em algo concreto, sendo assim transformada em ansiedade, para que possa ser enfrentada, caso contrário, a criança viverá uma iminente e confusa sensação de aniquilamento acompanhada de sentimentos de desamparo, desproteção e de incapacidade de autodefesa. O transtorno de ansiedade vem se instalar pela vivência repetitiva de experiências estressantes e/ou traumáticas ou pela aprendizagem de crenças fóbicas ou pela imitação de comportamentos que transmitam uma percepção negativa do mundo e do outro, que são vistos como uma permanente ameaça, ou pela superproteção dos pais que inibe a capacidade defensiva da criança no enfrentamento da realidade. ²

Podemos ilustrar o seguinte caminho de formação da patologia: Medo > Ansiedade > Defesas > Sintomas > Comportamentos fóbicos ²

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. Entre as manifestações patológicas estão incluídas a ansiedade de separação, ansiedade generalizada, ansiedade social e mutismo seletivo. Os transtornos de ansiedade podem evoluir para uma depressão leve e passageira, ou mesmo manifestar-se em episódios graves. Estudos demonstram que a ansiedade na infância é um fator de risco aumentado para o desenvolvimento de outros transtornos comportamentais na vida adulta.^{1, 2}

A definição do tema a ser pesquisado se deu pela crescente demanda de atenção à saúde mental durante a pandemia que tem, como foco, a criança e o adolescente. A alteração do ambiente, o confinamento, a perda de entes queridos, a insegurança econômica e alimentar e todos os fatores de risco que o momento oportuniza dão origem não apenas ao sofrimento, mas também a disfunções no desenvolvimento desta população. A paixão pelo estudo da mente humana somou-se às dificuldades, perdas e ansiedades vividas pelos próprios autores ao longo da confecção deste trabalho.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - Transtornos de ansiedade na infância

De acordo com o DMS V, a ansiedade patológica é classificada em Transtornos de Ansiedade (TA). Os TA são divididos em subgrupos: Transtorno Ansioso de Separação (TAS), Transtorno de Pânico (TP), Fobia Social (FS), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Fobia Específica (FE), Mutismo Seletivo (MS), Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno de Ansiedade Especificado. Sendo que não estão restritos a uma faixa etária, sexo ou cultura. ³

Os transtornos de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada e de ansiedade social em crianças costumam ser considerados juntos no processo de avaliação, no diagnóstico diferencial e no desenvolvimento de estratégias, porque são altamente comórbidos e apresentam sintomas sobrepostos. Uma criança com um desses transtornos tem 60% de chance de ter também ao menos um dos outros dois. De crianças com um dos transtornos de ansiedade supracitados, 30% apresentam todos os três. Crianças e adolescentes também podem ter transtornos de ansiedade comórbidos adicionais, tais como fobia específica ou transtorno de pânico. Esses transtornos de ansiedade mencionados são diferenciados pelos tipos de situações que provocam a ansiedade excessiva e os comportamentos evitativos. ¹

2.1.1 - Transtorno de ansiedade de separação (TAS)

Ansiedade de separação é um fenômeno universal do desenvolvimento humano, que surge em bebês menores de 1 ano de idade, marcando na consciência da criança uma separação de sua mãe ou seu cuidador primário. A TAS normativa tem seu auge entre os 9 e os 18 meses e diminui por volta dos 2 anos e meio de idade, permitindo que

crianças pequenas desenvolvam uma noção de conforto longe de seus pais na pré-escola.¹

Em torno de 15% das crianças pequenas exibem medo intenso e persistente, timidez e retração social quando ficam diante de situações e pessoas desconhecidas. Crianças pequenas com esse padrão de inibição comportamental significativa apresentam risco maior de desenvolver os transtornos de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada e fobia social. Crianças com comportamento inibido, como grupo, exibem traços fisiológicos característicos, incluindo frequência cardíaca mais elevada em repouso, níveis aumentados de cortisol matinal e baixa variabilidade de frequência cardíaca.¹

O DSM-5 requer a presença de pelo menos três sintomas relacionados a preocupação excessiva com a separação de uma figura maior de apego por um período de pelo menos 4 semanas. As preocupações costumam assumir a forma de recusa a ir à escola, medo e sofrimento na separação, reclamações repetidas de sintomas físicos, como dores de cabeça e de estômago quando a separação é antecipada, bem como pesadelos relacionados a problemas de separação.³

2.1.2 - Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

Crianças com transtorno de ansiedade generalizada sofrem de estresse significativo em atividades cotidianas frequentemente focadas em seus temores de incompetência em muitas áreas, incluindo desempenho escolar e situações sociais. De acordo com o DSM-5, experimentam ao menos um dos sintomas a seguir: inquietação, sentem-se facilmente fatigadas, “dar branco”, irritabilidade, tensão muscular ou distúrbio do sono. Podem apresentar sintomas de hiperexcitação autônoma, tais como taquicardia, falta de ar ou tontura, e têm probabilidade maior do que jovens sem o problema de apresentar suor, náusea ou diarreia quando ficam ansiosos. Também são propensos a ficar preocupados em excesso com possíveis desastres naturais, como

terremotos ou inundações, sendo que essas preocupações podem interferir em suas atividades cotidianas.¹

2.1.3 - Transtorno de ansiedade social / fobia social (FS)

Os jovens que passam por desconforto ou estresse intenso em situações sociais e são prejudicadas por seu medo de avaliação ou de humilhação são diagnosticadas com a FS. Seu sofrimento pode ser expresso na forma de choro, birra, evitação, congelamento ou até ficando “mudas” nessas situações. Existe o tipo somente desempenho, o qual visa a um tipo específico de desempenho, tal como medo de falar em público. Tal transtorno tem implicações significativas para realizações futuras, visto que está associado a níveis menores de satisfação em atividades de lazer, taxas mais elevadas de abandono escolar, menor produtividade no trabalho quando adulto e taxas maiores de celibato. Apesar do relevante prejuízo causado pelo transtorno, até metade dos indivíduos com ansiedade social não recebem tratamento.¹

2.2 - Epidemiologia

A prevalência vitalícia de qualquer transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes varia de 10 a 27%. Um levantamento epidemiológico usando o Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) constatou que 9,5% dos pré-escolares satisfaziam critérios para qualquer transtorno de ansiedade, com 6,5% exibindo transtorno de ansiedade generalizada, 2,4% satisfazendo critérios para transtorno de ansiedade de separação e 2,2% preenchendo critérios para fobia social.¹

O transtorno de ansiedade de separação é estimado em cerca de 4% das crianças e dos adolescentes jovens. Esse transtorno é mais comum em crianças pequenas do que nos adolescentes e foi reportado igualmente em meninos e meninas. O início pode ocorrer durante os anos pré-escolares, mas é mais comum dos 7 aos 8 anos de idade. A

taxa de transtorno de ansiedade generalizada em crianças em idade escolar é em torno de 3%; a de fobia social é de 1%; e a de fobias simples é de 2,4%. Na adolescência, a prevalência vitalícia de transtorno de pânico foi encontrada em 0,6%; a prevalência para transtorno de ansiedade generalizada foi de 3,7%.¹

2.3 - Etiologia

2.3.1 - Fatores biopsicossociais

Diversas investigações apontam evidências da influência de uma psicopatologia parental e do comportamento, ou estilo parental, no surgimento de transtornos de ansiedade na infância. Superproteção parental esteve associada a risco elevado de desenvolvimento de transtornos de ansiedade em crianças em estudos longitudinais. Depressão e ansiedade materna levaram ao aumento do risco das mesmas patologias se manifestarem na prole.¹

O grau de ansiedade da criança em situações de breve separação ou exposição a ambientes desconhecidos é influenciado por fatores psicossociais e pelo temperamento da criança. Há associação do traço temperamental de timidez e retração em situações não habituais ao aumento do risco de se desenvolver os transtornos de ansiedade generalizada, ansiedade de separação, ansiedade social, ou todos os três; durante a infância ou a adolescência.¹

Estímulos estressantes externos frequentemente acompanham o desenvolvimento do transtorno. Como exemplos muito observado na história de crianças com transtorno de ansiedade de separação podemos citar mudanças no ambiente da criança, mudança para um novo endereço ou uma nova escola, o adoecimento da própria criança ou o falecimento de um parente. Tais mudanças possuem elevada probabilidade de intensificar a ansiedade em crianças vulneráveis.¹

Neurofisiologicamente, crianças com inibição comportamental (timidez extrema) demonstram uma frequência cardíaca em repouso mais elevada e, em tarefas de maior demanda cognitiva, maior aceleração da frequência cardíaca e maior dilatação papilar. Em estudos de neuroimagem, adolescentes ansiosos demonstraram maior ativação da amígdala quando expostos a estímulos estressantes do que adolescentes não ansiosos. Quanto ao volume, estudos estruturais da amígdala de adolescentes ansiosos e não ansiosos chegaram a resultados conflitantes; alguns apontam o aumento e outros a diminuição.¹

2.3.2 - Fatores de aprendizagem social

O medo pode ser comunicado inconscientemente dos pais aos filhos de modo direto. Quando o genitor demonstra medo, a criança pode responder com uma adaptação fóbica. A prole pode aprender a se recolher em um quarto durante uma tempestade ou a temer insetos ou roedores, por exemplo. Superprotegendo de perigos esperados ou exagerando na magnitude dos riscos, alguns pais aparentam ensinar seus filhos a serem ansiosos. Entretanto, ao se irritar com uma criança por esta demonstrar medo (de um animal doméstico, por exemplo) o genitor pode causar uma preocupação fóbica na criança pela exposição à intensidade de sua raiva. Quando os pais possuem transtornos de ansiedade, aumentam os fatores de aprendizagem social envolvidos no surgimento de reações de ansiedade.¹

Estudo recente não evidencia relação entre dificuldades psicossociais, como conflito familiar constante, e inibição comportamental em crianças. Parece haver um forte componente hereditário de traços na predisposição do temperamento a transtornos de ansiedade, não sendo propiciada por um estressor psicossocial.¹

2.6.2 - Fatores genéticos

Estudos insinuem que pelo menos um terço da variação no surgimento de transtornos de ansiedade sejam de responsabilidade genética. A hereditariedade varia de 36 a 65%, com os valores mais altos encontrados nas crianças mais novas

com transtornos. Dois traços hereditários, a inibição comportamental e a hiperexcitação fisiológica, têm sido indicados como notáveis fatores de risco para o desenvolvimento futuro de transtornos de ansiedade. Entretanto, um a dois terços das crianças com inibição comportamental parecem não desenvolver transtornos de ansiedade. Em crianças há uma sobreposição de transtorno de ansiedade e depressão, e transtornos de ansiedade aumentam o risco de episódios futuros de doença depressiva. De acordo com o que é sugerido pelo consenso atual acerca da genética dos transtornos de ansiedade, herda-se uma predisposição para a ansiedade, manifestando elevados níveis de excitação, afeto negativo e reatividade emocional, os quais elevam o risco para transtorno de FS, de TAS e TAG. ¹

Em meta-análise, a inibição comportamental na primeira infância foi associada a um aumento de quase três vezes nas chances de ansiedade subsequente. Isso torna a inibição comportamental um dos mais fortes preditores de ansiedade, que pode ser avaliado muito cedo na vida, e contribui com grande corpo da literatura que defende uma relação estreita entre temperamento inibido e ansiedade. Os tamanhos de efeito estabelecidos no estudo atual sugerem que a inibição comportamental é um preditor mais forte de ansiedade do que outros fatores de risco iniciais, incluindo comportamento dos pais, estresse no início da vida e sofrimento psicológico materno, e comparável ao apego inseguro e ansiedade dos pais. ⁴

2.4 - Diagnóstico e características clínicas

Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é fundamental obter uma história detalhada sobre o início dos sintomas, possíveis fatores desencadeantes (ex.: crise conjugal, perda por morte ou separação, doença na família e nascimento de irmãos) e o desenvolvimento da criança. Sugere-se, também, valorizar o temperamento da criança (ex.: presença de comportamento inibido), o tipo de apego o qual possui com seus pais (ex.: seguro ou não) e o estilo de cuidados paternos destes (ex.: presença de superproteção), além dos fatores implicados na etiologia dessas patologias. Também deve ser avaliada a presença de comorbidades. ⁵

Do ponto de vista clínico, os transtornos de ansiedade contemplam os dilemas do contato de união/separação, dependência/independência e as polaridades conflitivas da confiança/desconfiança, passividade/agressividade. A polaridade conflitiva passividade/agressividade vivida pela criança que sofre de ansiedade-fóbica revela uma conduta de submissão e amabilidade com o outro, que visa agradar para evitar o conflito. Uma certa criança de 7 anos com medo de dormir sozinha e ir ao banheiro sozinha, experienciava a ambivalência da raiva e do amor contra a mãe frágil e o pai inseguro que não ofereciam segurança, amparo e confiança nem para eles próprios, nem para a criança. Em sua passividade foi criando ajustamentos defensivos para ocultar sua incapacidade de opor-se, enfrentar, atacar, agredir a fonte de ameaça (ou de desproteção) escondendo sentimentos de raiva, insatisfação e a manifestação da própria agressividade contra o outro amado (do qual não deseja se separar). A criança ao situar objetivamente seu medo em um objeto, animal ou situação faz uso do ajustamento criativo para preservar a imagem e a relação parental falsa de amor, força e proteção. A fantasia de morte dos pais traz o perigo da perda que expõe a falta de amparo interno e a falha na proteção parental.¹

Os transtornos de fobia social, ansiedade de separação e ansiedade generalizada são frequentemente concomitantes em crianças e adolescentes porque, em quase um terço dos casos, os sintomas se sobrepõem. Transtorno de ansiedade generalizada é o TA mais comum entre jovens, ocorrendo mais em adolescentes.¹

Os critérios diagnósticos para TA de separação, conforme o DSM-5, incluem três dos sintomas a seguir, por pelo menos quatro semanas:³

- (i) preocupação persistente e excessiva sobre a perda, ou possível mal, de figuras de apego maior;
- (ii) preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado possa levar a separação de uma figura de apego maior;
- (iii) relutância ou recusa persistente a ir à escola ou a outro lugar por medo de separação;

- (iv) medo ou relutância persistentes e excessivos de ficar sozinho ou sem figuras de apego maior em casa ou sem adultos significativos em outras situações;
- (v) relutância ou recusa persistente a dormir sem estar próximo a uma figura de apego maior ou a dormir fora de casa;
- (vi) pesadelos repetitivos envolvendo o tema da separação;
- (vii) reclamações repetidas a respeito de sintomas físicos, incluindo dores de cabeça e de estômago, quando se antecipa separação de figuras de apego maior;
- (viii) e sofrimento excessivo recorrente quando se antecipa ou se envolve separação de casa ou de figuras de apego maior.

O diagnóstico clínico de transtorno de ansiedade é comum em crianças e adolescentes, e 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. Podem ocorrer 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. ^{6, 7}

A característica inerente do TA de separação é a ansiedade provocada pelo afastamento dos pais, da casa ou de outro ambiente familiar, ao passo que no TA generalizada, os medos se estendem a desfechos negativos em variados tipos de evento, incluindo relacionamentos com pares e familiares e metas acadêmicas. ² Nesse transtorno, a criança ou o adolescente sofrem pelo menos um sintoma fisiológico recorrente, tal como: ⁶

- (i) inquietude, (ii) baixa concentração, (iii) irritabilidade ou (iv) tensão muscular.

A criança com fobia social tem seus medos intensificados em situações de desempenho que envolvam exposição a pessoas ou situações não familiares. Crianças e adolescentes com FS têm grandes preocupações com a possibilidade de se sentirem constrangidos, humilhados ou julgados de maneira negativa. Em cada um dos TA, a

experiência pode ser descrita como um quadro de terror ou pânico. O sofrimento é maior do que se espera normalmente do nível de desempenho da criança e não pode ser explicado por qualquer outro transtorno. Medos mórbidos, preocupações e ruminações caracterizam o TA de separação. Crianças com TA superestimam a possibilidade de perigo e a probabilidade de desfechos negativos. As com TA de separação e de ansiedade generalizada temem que um indivíduo próximo se machuque ou de que algum mal lhes aflija ou ao seu círculo familiar. Este temor é ainda maior quando distante de figuras importantes. Medo de separação súbita ou perda de contato com a família é predominante em crianças com TA de separação. Embora adolescentes não costumem expressar seus medos, muitas vezes seus padrões de comportamento refletem ansiedade quando há, por exemplo, desconforto em sair do lar, retração ou fuga quanto a realizar atividades de desempenho individual frente a seus pares ou ainda o sofrimento frente a separação da família. Sinais de premonição englobam dificuldade em se alimentar, irritabilidade, isolamento ou apego.¹

Distúrbios de sono são comuns em jovens com TA. Pesadelos e medos mórbidos podem ser uma manifestação ansiosa. Grande parte dos pacientes com TA têm medo do escuro e temores imaginários. Manifestações somáticas que habitualmente se apresentam em TA compreendem sintomas gastrintestinais, náusea, vômito, dor de barriga, dores no corpo e de garganta; assim como sintomas gripais. Adolescentes costumam relatar sintomas comuns em relatos de adultos ansiosos como os sinais cardiovasculares e respiratórios de palpitação, tontura, falta de ar e desmaio. Manifestações fisiológicas de ansiedade fazem parte dos critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade generalizada, e são mais sentidas por crianças com ansiedade de separação e fobia social do que pela população mais madura.¹

2.4.1 - Patologia e laboratório

Não há exames laboratoriais específicos que auxiliem o diagnóstico de TA de separação, de TAG ou de ansiedade social.¹

2.5 - Diagnóstico diferencial

A ocorrência de ansiedade na separação é uma característica prevista em crianças e, em geral, não representa uma condição patológica; portanto, se mostra fundamental o julgamento clínico para se diferenciar entre ansiedade fisiológica e TA de separação nessa faixa etária. Quando há resistência em frequentar a escola, deve-se questionar se há medo de separação, temor pelo seu desempenho ou por uma possível humilhação frente aos colegas ou um docente. TAG não possui a separação como foco da ansiedade. ¹

No TA de separação é normal a recusa em ir à escola, mas não é patognomônico. Fobias específicas, TA social ou medo de frustração acadêmica devido a um transtorno da aprendizagem, também podem ocasionar recusa em frequentar a escola. Quando isso ocorre em adolescentes, a gravidade da disfunção costuma ser maior do que em crianças mais novas. Características, semelhanças e distinções entre os TA de separação, de ansiedade generalizada e de ansiedade social na infância estão presentes na TABELA 1:

TABELA 1: Características, semelhanças e distinções entre os transtornos de ansiedade. Adaptada de KAPLAN, Harold I. ¹

Crítérios	Transtorno de ansiedade de separação	Transtorno de ansiedade social	Transtorno de ansiedade generalizada
Duração para diagnóstico	Pelo menos 4 semanas	Persistente, pelo menos 6 meses	Pelo menos 6 meses
Idade de início	Não especificada	Não especificada	Não especificada
Estressores precipitantes	Separação de casa ou de figuras de apego	Situações sociais com pares ou específicas	Pressão para qualquer tipo de desempenho
Relação com os pares	Boas quando não há separação	Provisórias, excessivamente inibidas	Podem parecer ávidas em agradar, pares procurados para tranquilização
Sono	Relutância em dormir longe de casa/ figura de apego	Pode ter insônia	Dificuldade frequente em pegar no sono
Sintomas psicofisiológicos	Dores de barriga, dores de cabeça, vômito, náusea, tontura diante da separação	Pode haver ruborização, contato visual inadequado, voz suave ou postura rígida	Dores de barriga, náusea, garganta embargada, falta de ar, tontura, palpitações ao realizar uma atividade
Diagnóstico diferencial	TAG, FS, transtorno depressivo maior, transtorno de pânico com agorafobia, TEPT, transtorno de oposição desafiante	TAG, FS, transtorno depressivo maior, transtorno distímico, mutismo seletivo, agorafobia	FS, TDAH, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno depressivo maior, TEPT

2.6 - Tratamento

Os tratamentos para os TAS, TAG e FS na infância e adolescência costumam ser associados. Uma abordagem de tratamento compreensiva, multimodal, normalmente inclui psicoterapia (frequentemente o TCC), educação familiar, intervenção psicossocial familiar e intervenções farmacológicas, tais como os ISRSs.¹

Os melhores tratamentos com base em evidências para transtorno de ansiedade infantil incluem TCC e ISRSs. A eficácia comparativa de TCC, medicamento ISRS e sua combinação (TCC + ISRS) no tratamento de transtornos de ansiedade infantis foi investigada pelo CAMS, financiado pelo National Institute of Mental Health (NIMH). Esse estudo duplo-cego, placebo-controlado, em múltiplos locais, incluiu 488 crianças e adolescentes com os três tipos de transtorno de ansiedade já mencionados, os quais foram aleatoriamente encaminhados para tratamento com TCC, medicamento ISRS (sertralina), TCC mais sertralina ou para placebo. Após uma fase aguda de tratamento de 12 semanas, os pacientes do grupo de TCC mais sertralina tiveram uma taxa de resposta de 80,7% de melhora boa ou ótima na classificação na Clinical Global Improvement (CGI). As taxas de resposta para os grupos de TCC exclusivo ou sertralina exclusiva foram de 59,7 e 54,9%, respectivamente. A resposta ao placebo foi de 23,7%. Ao longo do tempo, durante um acompanhamento aberto, a combinação de TCC com sertralina continuou oferecendo maior eficácia. Todos os três tratamentos – TCC, sertralina e combinação – foram superiores ao placebo e, portanto, eficazes no tratamento de ansiedade infantil, mas o tratamento combinado é o que tem a melhor possibilidade de ajudar crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade. Um ensaio de TCC pode ser aplicado primeiro, se disponível, quando a criança é capaz de apresentar funcionamento suficiente para desempenhar atividades diárias enquanto recebe o tratamento. Para uma criança com prejuízo grave, contudo, recomenda-se uma combinação de tratamentos.¹

O tratamento comportamental tem ampla aceitação como uma abordagem baseada em evidências de primeira linha para transtorno de ansiedade infantil. Uma metanálise revisou 16 ensaios controlados de TCC para transtornos de ansiedade infantis, e constatou que a abordagem é consistentemente superior a um grupo-controle

em lista de espera ou a um grupo-placebo psicológico. A TCC baseada em exposição recebeu o maior apoio empírico entre intervenções psicoterapêuticas para transtornos de ansiedade em jovens e se mostrou superior a grupos-controle em lista de espera na redução de prejuízos e sintomas de ansiedade.¹

Diversas intervenções psicossociais foram criadas especificamente para transtornos de ansiedade em crianças pequenas. Um ensaio clínico, controlado, de TCC para crianças de 4 a 7 anos foi administrado por meio de intervenção manualizada chamada de “Being Brave: A Program for Coping with Anxiety for Young Children and their Parents”. A intervenção utilizava uma combinação de sessões exclusivas para pais e de outras para pais e filhos. A taxa de resposta, mensurada como melhora boa ou ótima na Escala de Melhora Clínica Global para Ansiedade, foi de 69% entre os pacientes versus 32% dos controles em lista de espera. As crianças tratadas exibiram melhora relevante na CGI para transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade de separação e fobia específica, mas não para transtorno de ansiedade generalizada. Esse tratamento, uma TCC modificada para pais e filhos, é promissor em crianças pequenas.¹

Uma metanálise de ensaios controlados, aleatórios, de agentes antidepressivos para ansiedade infantil oferece evidências de que ISRSs múltiplos, incluindo fluvoxamina, fluoxetina, sertralina e paroxetina, são eficazes no tratamento de ansiedade infantil. Com base nessas evidências, os ISRSs são a primeira escolha de medicação no tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. Uma ampla investigação feita pelo National Institute of Mental Health (Unidades de Pesquisa de Psicofarmacologia Pediátrica [RUPP]) confirmou a segurança e a eficácia da fluvoxamina no tratamento dos transtornos de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada e FS. Esse estudo duplo-cego, placebo-controlado, com 128 crianças e adolescentes, revelou que 76% dos jovens no grupo de tratamento com fluvoxamina exibiram melhoras significativas, em comparação a 29% do grupo-placebo. Resposta a medicação foi perceptível somente após duas semanas de tratamento. Dosagens de fluvoxamina variavam de 50 a 250 mg/dia em crianças, e até 300/por dia em adolescentes. Crianças e adolescentes com menos sintomas depressivos comórbidos apresentavam as melhores respostas. Aqueles que respondiam a esse medicamento

continuavam o uso de fluvoxamina por um período de 6 meses, e quase todos continuavam respondendo até essa marca.¹

Diversos outros ensaios clínicos, aleatórios, sustentaram a eficácia dos ISRSs no tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. Um ensaio controlado, aleatório, relatou que a fluoxetina, a uma dosagem de 20 mg/dia, era segura e efetiva para crianças com esses transtornos, sendo os efeitos colaterais menores, incluindo distúrbio gastrointestinal, dores de cabeça e sonolência. Por fim, um amplo ensaio clínico, aleatório, realizado pela indústria acerca da paroxetina no tratamento de crianças com fobia social, verificou que esse medicamento estava associado a resposta em 78% dos jovens tratados. A paroxetina foi utilizada a uma variação de 10 a 50 mg/dia.¹

A FDA colocou um alerta “tarja preta” alertando para antidepressivos, incluindo todos os agentes ISRS, usados no tratamento de qualquer transtorno infantil, devido a preocupações sobre o aumento no número de suicídios; todavia, nenhum estudo individual sobre ansiedade infantil encontrou aumento significativo em termos estatísticos em ideias ou comportamentos suicidas.¹

Drogas tricíclicas não são mais recomendadas em razão de seus efeitos cardíacos adversos potencialmente graves. Receptores antagonistas B-adrenérgicos, tais como propranolol e buspirona, foram usados para tratamento clínico em crianças com transtornos de ansiedade, mas hoje não existem dados que sustentem sua eficácia. Difenidramina pode ser usada no curto prazo para controlar distúrbios de sono em crianças com transtornos de ansiedade.¹

Ensaio aberto e um estudo duplo-cego, placebo-controlado, sugeriram que alprazolam, um benzodiazepínico, possa ajudar a controlar sintomas de ansiedade no transtorno de ansiedade de separação. Clonazepam foi estudado em ensaios abertos e pode ser útil no controle de sintomas de pânico e outros sintomas de ansiedade.¹

Apesar dos ISRSs e da TCC, isolados e em combinação, terem demonstrado eficácia no tratamento de transtornos de ansiedade em jovens, aproximadamente 20 a

35% das crianças e dos adolescentes com esses transtornos não parecem se beneficiar do tratamento.¹

Embora a maioria dos transtornos de ansiedade infantis vá e volte com o tempo, recusa em ir à escola associada a transtorno de ansiedade de separação pode ser vista como uma emergência psiquiátrica. Um plano de tratamento abrangente envolve a criança, os pais e os colegas de escola. Intervenções familiares são fundamentais no manejo do transtorno de ansiedade de separação, sobretudo em criança que se recusam a ir à escola, para que seja encorajada a frequentá-la enquanto apoio adequado continua a ser oferecido. O contato progressivo com um objeto de ansiedade é uma forma de modificação de comportamento que pode ser aplicado a qualquer tipo de ansiedade de separação. Alguns casos graves de recusa escolar exigem hospitalização. Modalidades cognitivo-comportamentais incluem exposição à separação temida e estratégias cognitivas, tais como autodeclarações visando lidar com o medo da separação, buscando aumentar a sensação de autonomia e domínio.¹

Em suma, tratamentos com base em evidências para transtornos de ansiedade focaram-se em ISRSs e TCC. Os ISRSs mostraram-se seguros e eficazes no tratamento de transtornos de ansiedade infantis; porém, em transtornos graves, a evidência sugere que o melhor tratamento seja oferecer simultaneamente TCC e agentes antidepressivos ISRS.¹

Segundo o pesquisador Lebowitz et al, nos mamíferos incluindo humanos, a prole responde à ansiedade com comportamentos de apego orientados pelos pais, e a proximidade dos pais exerce efeitos ansiolíticos sobre a prole. Ensaio clínico indicam que, embora eficazes, medicamentos e TCC não são suficientes em até metade dos casos, indicando a necessidade de opções de tratamento adicionais. Os pais reduzem a ansiedade da criança por meio do contato físico, e de comportamentos mais complexos, como reforço verbal. Um crescente número de pesquisadores ressalta a importância de se considerar essas respostas dos pais à ansiedade da criança, em particular a prática de acomodação familiar comumente relatada por pais de crianças ansiosas.⁷

Acomodação familiar são as inúmeras mudanças nos comportamentos e rotinas dos pais destinadas a amenizar o sofrimento da criança relacionado à ansiedade. Apesar

de bem-intencionada, a acomodação familiar está ligada a ansiedade infantil mais grave e maior comprometimento funcional e pode prever uma resposta menos satisfatória à TCC. Exemplos de acomodação familiar incluem dormir ao lado de uma criança com ansiedade de separação, assumir a fala de uma criança com fobia social ou tranquilizar excessivamente uma criança com ansiedade generalizada. De uma perspectiva teórica, a acomodação familiar pode promover a evitação e direcionar a confiança da criança nos pais, em vez de desenvolver habilidades de enfrentamento independentes. A acomodação familiar também pode reduzir a motivação da criança para o tratamento, fornecendo os meios para evitar situações que, de outra forma, provocariam ansiedade. Até o momento, as intervenções baseadas nos pais para a ansiedade da criança derivaram principalmente da TCC tradicional, com pais treinados como terapeutas leigos de TCC. Como tal, as intervenções se concentraram no comportamento e cognições da criança, com comparativamente pouca ênfase na acomodação familiar.⁹

Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) é um exemplo de abordagem que faz da acomodação familiar a peça central da intervenção. Em vez de treinar pais como terapeutas leigos de TCC, o SPACE foca em identificar e monitorar sistematicamente a acomodação familiar, desenvolvendo e implementando planos detalhados para equipar os pais com estratégias para lidar com as respostas ansiosas ou agressivas à acomodação reduzida. Por se tratar de estratégias que devem ser aplicadas pelos pais, há a possibilidade de implementação mesmo quando a criança não se mostra disposta a tratamento. SPACE garantiu suporte inicial para sua viabilidade, aceitabilidade e eficácia potencial através de ensaio piloto e ensaio clínico randomizado estabeleceu sua não inferioridade à TCC, tratamento com maior base de evidência. Mais pesquisa é necessária para replicar os achados, mas investigação teórica e empírica denota aos pais um papel único na ansiedade infantil, derivado da confiança natural de crianças em seus cuidadores para proteção e reforço. A ativação crônica dessa resposta de ansiedade interpessoal orientada para os pais envolve os pais em sintomas de ansiedade na infância por meio de altos níveis de acomodação familiar.⁹

Várias das grandes teorias da psicologia clínica foram baseadas, em grande parte, em estudos de caso único relacionados à ansiedade ou demonstrações com crianças muito novas (por exemplo, Little Hans: Freud, 1909; Little Albert: Watson & Rayner, 1920), mas apenas nas últimas duas décadas, avaliações rigorosas controladas

foram realizadas para informar as melhores práticas para o tratamento de problemas de ansiedade na primeira infância.¹⁰

Uma revisão da literatura concluiu que TCC com intervenção familiar é um tratamento bem-estabelecido para ansiedade na primeira infância, e TCC em grupo de pais e TCC em grupo de pais + TCC em grupo infantil são ambos tratamentos provavelmente eficazes. Em contraste, Terapia do Jogo e terapias baseadas em apego são ainda tratamentos experimentais para ansiedade na primeira infância, técnicas de relaxamento tem eficácia questionável, e não há evidência até a presente data para se falar da eficácia de TCC individual e/ou medicação em uma população ansiosa de pacientes na primeira infância.¹⁰

A literatura empírica sobre o assunto está crescendo, apesar de ainda haver muito espaço para expansão. Um conjunto relativamente consistente de conclusões já emergiu, entretanto, sobre o tratamento baseado em evidências para ansiedade na primeira infância e problemas relacionados. Em todos os ensaios clínicos até o momento, todas as três intervenções de maior apoio envolvem TCC baseada na exposição com engajamento parental significativo. As presentes conclusões para o tratamento da ansiedade na primeira infância diferem significativamente de conclusões baseadas em evidências para o tratamento da ansiedade em jovens na meia-infância e adolescência, que destacam a eficácia bem estabelecida de TCC individual para estes e estratégias de medicação, que questionam se o envolvimento dos pais no tratamento melhora os resultados. Nesta fase, apenas TCC baseado na família e TCC em grupo de pais (com ou sem TCC em grupo infantil em paralelo) mostraram apoio no tratamento de ansiedade na primeira infância e problemas relacionados.¹⁰

3 – OBJETIVOS

3.1 - GERAL

O atual estudo tem como objetivo discutir a prevalência, as manifestações clínicas e o tratamento dos transtornos de ansiedade na infância.

3.2 - ESPECÍFICO

Conhecer os transtornos ansiosos prevalentes na infância.

Avaliar dados epidemiológicos.

Expor fatores predisponentes para manifestação dos transtornos.

Revisar tratamentos não farmacológicos e farmacológicos.

Ressaltar a importância do diagnóstico e tratamento para o adequado desenvolvimento infantil.

4 – MATERIAIS E METÓDOS

Este trabalho é uma pesquisa bibliográfica que objetiva apresentar uma compreensão clínica e revisar conteúdos sobre o Transtorno de Ansiedade Infantil. A partir do tema escolhido, foi realizada uma seleção das referências para a sua elaboração: livros e artigos. Iniciou-se em maio de 2021 a procura de trabalhos científicos relacionados ao tema através do banco de dados MEDLINE, SciELO, PUBMED, LILACS, foram selecionados doze artigos e foram utilizados livros, com temas referentes a psiquiatria, infantil e psicologia. Os artigos e livros foram escolhidos mediante ao tema proposto. Foram encontrados 30 artigos sobre o tema, destes apenas 12 artigos foram incluídos e 13 foram excluídos devido ao ano de publicação ser anterior ao ano 2000 ou pela abordagem do transtorno representar uma intervenção psicológica específica. Após a leitura dos artigos e textos relacionados, iniciou-se uma seleção de pontos fundamentais para a construção do trabalho, e assim deu origem à fundamentação teórica.

5 – RESULTADOS

TABELA 2: Resultados em artigos por ordem de citação.

Artigo	Primeiro autor (ano)	País da publicação	Resultados
Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11 ed. ¹	KAPLAN H. I. (2016)	Brasil	Um levantamento epidemiológico usando o Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) constatou que 9,5% dos pré-escolares satisfaziam critérios para qualquer TA, com 6,5% exibindo transtorno de ansiedade generalizada, 2,4% satisfazendo critérios para transtorno de ansiedade de separação e 2,2% preenchendo critérios para fobia social.
Prospective Association between Childhood Behavioral Inhibition and Anxiety: a Meta-Analysis. ⁴	SANDSTROM A. (2020)	Estados Unidos da América	Com um total de 8.836 crianças (48,5% do sexo masculino). 10 estudos consistindo em um total de 1573 participantes avaliaram a associação entre inibição comportamental e TAS. Oito estudos compostos por 1589 participantes quantificaram a associação entre inibição comportamental e TAG. Sete estudos de 1.022 participantes avaliaram a relação entre inibição comportamental e fobia específica. Finalmente, seis estudos com 962 participantes avaliaram a relação entre inibição comportamental e TAS.

Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. ⁹	LEBOWITZ E. R. (2020)	Estados Unidos da América	Tratamento totalmente baseado nos pais para transtornos de ansiedade na infância, foi tão eficaz quanto a TCC, o tratamento estabelecido para o TA na infância com a mais forte base de evidências. A não inferioridade de SPACE foi estabelecida para os desfechos primários e secundários e com base nas classificações de pais e filhos. O tratamento baseado nos pais pode ser particularmente útil quando o tratamento baseado na criança não é uma opção viável, como quando problemas graves de desenvolvimento ou comunicação impedem intervenções individuais ou cognitivas.
Evidence Base Update on the Treatment of Early Childhood Anxiety and Related Problems. ¹⁰	Jonathan S. Comer (2019)	Estados Unidos da América	Revisão da literatura concluiu que TCC com intervenção familiar é um tratamento bem-estabelecido para ansiedade na primeira infância, e TCC em grupo de pais e TCC em grupo de pais + TCC em grupo infantil são ambos tratamentos provavelmente eficazes. Em contraste, terapias do jogo e baseadas em apego são ainda tratamentos experimentais. Técnicas de relaxamento tem eficácia questionável, e não há evidência até a presente data para se falar da eficácia de TCC individual e/ou medicação em uma população ansiosa de pacientes na primeira infância.

Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância. ¹¹	ASSIS, Simone Gonçalves de (2007)	Brasil	Dentre os problemas internalizantes em nível clínico, encontrados entre as 500 crianças da rede pública de ensino de São Gonçalo, os que mais predominam são as queixas somáticas (6,2%), seguidos pelos relacionados ao retraimento/depressão (4,3%) e a ansiedade/depressão (4,1%). No entanto, outras 5,2% das crianças de de São Gonçalo manifestaram sinais que ainda não caracterizam ansiedade em nível clínico, são crianças limítrofes; indicando a necessidade de apoio e observação ao longo de seu crescimento e desenvolvimento. No total, temos 9,3% de crianças com sintomas de ansiedade que merecem uma maior atenção familiar e profissional. Um estudo com 1251 crianças escolares de 7-14 anos, em Taubaté/São Paulo encontrou 5,2% de crianças com transtornos de ansiedade. Em outros países como a Grã-Bretanha, as taxas de prevalência são ligeiramente mais baixas, em comparação a amostras brasileiras (3 a 4%).
Anxiety, depression, and peer	DE MATOS M. G. (2003)	Portugal	Estudo envolvendo uma amostra representativa de jovens portugueses mostrou que crianças com idades

relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. ¹²			compreendidas entre os 10 e os 13 anos apresentavam menos ansiedade e sintomas depressivos quando comparadas com crianças mais velhas. Os resultados também demonstraram que quanto mais velhas as crianças, maiores os níveis de ansiedade e depressão. Os autores destacaram a importância e necessidade de intervenção precoce e para o desenvolvimento de programas de intervenção para prevenir ou pelo menos reduzir o aparecimento de depressão e ansiedade na adolescência.
---	--	--	---

6 – DISCUSSÃO

O TA infantil é uma psicopatologia frequente na sociedade, que se manifesta em uma maior incidência em locais onde a criança sofre estímulos estressores externos e ou fatores desencadeantes como a aprendizagem social e a genética. Em relação à genética, a inibição social é um forte fator predito, pois a criança apresenta dificuldade em identificar e expressar o que está sentindo, sua consciência em relação a percepção emocional está em desenvolvimento e com a timidez exacerbada ela pode inibir o desenvolvimento social que auxiliaria no desenvolvimento saudável das emoções. O TA que ocorre na infantil aumenta as chances de outras manifestações psiquiátricas da vida adulta, com gravidades variadas que podem se expressar até de formas incapacitantes como uma depressão grave, promovendo impacto no desenvolvimento biopsicossocial. Na atualidade, os transtornos ansiosos são os mais frequentes entre as alterações psiquiátricas na população pediátrica.

Em um dos artigos, a acomodação familiar, que são as inúmeras mudanças nos comportamentos e rotinas dos pais destinadas a amenizar o sofrimento da criança relacionado à ansiedade, sendo vista como uma forma de adaptação negativa da família, que propicia quadros mais graves e maior comprometimento funcional, prevendo uma resposta menos satisfatória à TCC. Segundo analisado, os pais seriam uma peça central da intervenção no tratamento da criança. Terapias como o Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions (SPACE) focam em identificar e monitorar sistematicamente a acomodação familiar, desenvolvendo e implementando planos detalhados para equipar os pais com estratégias para lidar com as respostas ansiosas ou agressivas à acomodação reduzida. O estudo expõe que a reação dos pais em um acolhimento excessivo ou numa forma de evitar situações que estimulem tais sentimento nos filhos pode prejudicar o quadro clínico, o que permite uma reflexão sobre a intervenção ser mais eficiente contextualizando a forma com que a criança é educada pelos pais, colocando os educadores com protagonistas nesse processo. Permite a possibilidade da quebra de um ciclo vicioso entre pais e filhos.⁹

Não foram encontrados dados epidemiológicos recentes, que seriam de extrema importância para avaliar o possível aumento no número de incidência principalmente diante do cenário atual de uma pandemia e suas restrições como o isolamento social e a interrupção das aulas presenciais, as crianças são menos contaminadas na forma sintomática e grave da COVID-19, mas podem ser mais afetadas no âmbito do desenvolvimento psicológico. 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 esses os mais diagnosticados nessa faixa etária e avaliando que a intervenção precoce pode prevenir psicopatologias no adulto.

7 – CONCLUSÃO

De acordo com os estudos, os Transtornos de Ansiedade têm 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 pais e profissionais reconheçam sintomas referentes a psicopatologia, pois uma identificação precoce pode evitar maiores desgastes como, visitas frequentes ao pediatra devido às queixas somáticas diárias, 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.

De acordo com uma das referências utilizadas para a produção do trabalho, seguindo a abordagem da Gestalt-terapia, que analisa a unidade criança como um todo e existindo numa relação de reciprocidade, na qual cada parte exerce influência sobre a outra. A compreensão do medo ou a fobia não pertence somente à criança, mas também à família que afeta a criança e ao mundo que aterroriza a família. A criança com seus medos, sob o prisma da violência, é apenas uma parte-figura-sintoma que denuncia a família enquanto um todo disfuncional que, por sua vez, está dentro de um outro todo maior (a sociedade). Tal perspectiva integrativa é importante para destacar que a criança é fruto do meio ao qual está inserida e que há individualidades que necessitam ser consideradas nas crianças com o mesmo transtorno. ²

A causa do TA da infância é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, segundo os autores, o tratamento ideal é utilizar a abordagem da TCC com o paciente e possivelmente com seus familiares, que de acordo com diversos estudos apresenta melhora significativa dos sintomas. Quando o transtorno tem sinais de gravidade é recomendada associação entre a TCC e ISRS, o qual apresenta o maior número de eficácia e efetividade. ¹

Foi possível concluir, baseado nas informações contidas num dos artigos que avaliou a presença de sintomas de ansiedade infantil em ambientes sociais mais

violentos, o qual apresentou dados relevantes que deveriam ser de interesse das políticas públicas para estabelecer parceria entre as Secretarias de Saúde e da Segurança, uma vez que o nível de ansiedade nas crianças que residem em comunidades onde há presença mais efetiva de segurança pública foi menor, demonstrando que altos níveis de violência podem predispor a maior prevalência de sintomas de ansiedade. ⁸

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREBB, Jack A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- 2) ANTONY, Sheila Maria da Rocha. A criança com transtorno de ansiedade: seus ajustamentos criativos defensivos. Revista da Abordagem Gestáltica, XV (1): 55-61, jan./jun., 2009. Acesso em: 12 mai. 2021. Disponível em: “http://www.igtb.com.br/producao_cientifica/a_crianca_com_transtorno_de_ansiedade.pdf.”
- 3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- 4) SANDSTROM A, UHER R, PAVLOVA B. Prospective Association between Childhood Behavioral Inhibition and Anxiety: a Meta-Analysis. J Abnorm Child Psychol. 2020 Jan;48(1):57-66.
- 5) CASTILLO, A. R. G. L., RECONDO, R., ASBAHR, F. R. & MANFRO, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. Revista Brasileira de Psiquiatria. vol. 22 (2, supl), pp 20-23. Acesso em 16 mai. 2021. Disponível em: “<https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?lang=pt>”.
- 6) GONÇALVES, Débora Hexsel, HELDT, Elizeth. Transtornos de Ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos. Revista Gaúcha Enfermagem, 2009.
- 7) PETERSEN, Circe Salcides. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitiva Comportamental para crianças com Transtornos de Ansiedade. Revista Brasileira de Psicoterapia, 2011.
- 8) CAIRES, Monique Cabral; SHINOHARA, Helene. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 62-84, jun. 2010. Acesso em 14 mai. 2021. Disponível em: “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100005&lng=pt&nrm=iso”.

- 9) LEBOWITZ ER, MARIN C, MARTINO A, SHIMSHONI Y, SILVERMAN WK. Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Mar;59(3):362-372. doi: 10.1016/j.jaac.2019.02.014. Epub 2019 Mar 7. PMID: 30851397; PMCID: PMC6732048.
- 10) Jonathan S. Comer, Natalie Hong, Bridget Poznanski, Karina Silva & Maria Wilson (2019): Evidence Base Update on the Treatment of Early Childhood Anxiety and Related Problems, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*
- 11) ASSIS, Simone Gonçalves de. Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância / Simone Gonçalves de Assis; Liana Furtado Ximenes; Joviana Quintes Avanci; Renata Pires Pesce. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007. 88p. (Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil).
- 12) DE MATOS, M.G., BARRETT, P., DADDS, M. et al. Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *Eur J Psychol Educ* 18, 3–14 (2003). <https://doi.org/10.1007/BF03173600>
- 13) VIANNA, Renata Barbosa; CAMPOS, Angela Alfano; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 37-57, dez. 2010. Acesso em 21 mai. 2021. Disponível em: “http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200003&lng=pt&nrm=iso”.