



**FACULDADE UNIRB ARAPIRACA
CURSO DE BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

NATHALYA NASCIMENTO DOS ANJOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFANTIL

NATHALYA NASCIMENTO DOS ANJOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFANTIL

Trabalho de conclusão de curso como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia, do Centro Universitário Regional do Brasil – UNIRB.

Orientador: Prof^a. MSc. Julyanna de Melo Ribeiro

**BIBLIOTECA ZUZA PEREIRA / CENTRO UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO BRASIL –
UNIRB**

ANJOS, Nathalya Nascimento dos
Transtorno de ansiedade infantil. / Nathalya Nascimento dos Anjos. –
Arapiraca AL, 2021.
42f.

Monografia (graduação) do Curso de Psicologia – Centro Universitário
Regional do Brasil – UNIRB.

Orientador (a): Prof (a): MSc: Julyanna de Melo Ribeiro.

1. Ansiedade infantil. 2. Psicologia. 3. Educação. I. Isolamento social.

CDD: 150

NATHALYA NASCIMENTO DOS ANJOS

TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, da Faculdade UNIRB de Arapiraca.

Aprovado em 13/ 12 /2021.

Banca Examinadora

Orientadora Julyanna Ribeiro de Melo

MSc. Em Psicologia, pela Universidade Federal de Alagoas

Faculdade UNIRB de Arapiraca

Maria Laura Medeiros Bleinroth - _____

Julyanna Jacinto de Arruda Mota - _____

A Deus, meus pais, minha família, amigos e professores.

AGRADECIMENTOS

“Mas eu confio em ti, SENHOR e digo: Tu és o meu Deus”. Salmos 31:14

“Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar”. Josué 1:9

Gostaria de agradecer inicialmente a Deus, que nunca me deixou faltar nada, sempre me abençoou e cuidou de todos os planos na minha vida, gratidão por toda proteção e amor. Meu singelo agradecimento e amor aos que me acompanharam desde sempre nesse difícil e prazeroso caminho acadêmico, o sonho de me tornar psicóloga, que hoje está se tornando realidade, gratidão é a palavra quando o assunto são todos que conviveram comigo, vivenciando minhas noites estudando, em busca sempre do melhor conhecimento para me tornar uma psicóloga excelente para o atendimento aos meus futuros pacientes. Em especial, queria deixar ressaltado aqui o carinho, amor e gratidão aos meus amados pais, obrigada por todo apoio e dedicação desde que nasci, obrigada por me proporcionarem a melhor educação possível, por nunca terem deixado faltar o necessário para nossa família, vocês são minha fortaleza e é por vocês que tenho a força de vontade de conquistar uma vida melhor e ser alguém melhor a cada dia.

Dona Nádia Nascimento dos Anjos e seu Carlos Antônio dos Anjos, dedico este trabalho de conclusão de curso a vocês, que são tudo para mim, vem de vocês o sentido de lutar todo dia pelo que eu acredito, vem de vocês o sentido da vida, minha família simboliza amor, união, força e luta. Obrigada por todo carinho e aprendizados até hoje, vocês são minha história, graças a minha família, aos meus pais, meus irmãos, amigos de colégio, da faculdade, amigos da vida, e meus professores, hoje tenho o prazer e a felicidade em compartilhar esse sonho, obrigada a todos vocês que sempre me incentivaram a persistir, hoje estou concluindo o maior sonho desde que iniciei a faculdade. A eles, que são pais batalhadores e que me ensinaram desde pequena a sempre lutar pelos meus sonhos e apoiaram meu desejo de ser psicóloga desde o início desse percurso.

Karla Nascimento dos Anjos e Nicholas Nascimento dos Anjos, meus irmãos, que são minha fortificação, sempre caminhamos juntos em busca dos nossos desejos e metas, por muitas vezes nos desentendemos, mas não soltamos a mão um do outro por nada, mesmo com divergências, somos e estamos unidos até depois do fim.

Valderice, minha tia tão amada, que cuidou de mim desde que nasci, me amou, me educou junto aos meus pais, dando o suporte que minha mãe precisava, a ela dedico não apenas este trabalho, como todas as conquistas da minha vida, ela que sempre foi minha maior torcedora em todos os sentidos dessa caminhada, obrigada por me amar incondicionalmente, você é um dos amores mais importantes e único da minha vida.

Aos meus avós, Dona Josefa e Seu João Ângelo, que hoje não estão mais presentes fisicamente, mas permanecem vivos em meu coração e nas minhas vitórias, conquistas e lutas diárias, com eles aprendi mais sobre o amor, respeito, dedicação, empatia, sobre tudo que é a vida. Amor e saudade é o que sinto quando me recordo de vocês, gratidão.

Á alguns dos maravilhosos amigos da infância e da vida toda, que sempre acreditaram em mim, dedico a vocês este valioso trabalho. Aos que percorreram esse caminho comigo, os meus colegas de sala, Aryadne Melo, Dayane Santos, Fernanda Graciele, Karolina Cavalcante, Mônica Veironice, Fernandes Francisco, entre os vários que passaram por essa caminhada. Aos professores que tive o privilégio de conhecer e assim pude aprender com suas aulas e suas experiências, desde o início do curso, todas as experiencias trocadas foram de suma importância para o que desejo ser como profissional. Em especial, minha querida professora e orientadora do meu trabalho de conclusão de curso, Julyana de Melo Ribeiro, tive o prazer de partilhar muitas vivências e aprendizagens, grata a esse final de período, o apoio fez a diferença no curso e na vida. Um agradecimento também aos meus professores queridos, o mestre Cícero da Fonseca, que é um profissional único, suas aulas me proporcionaram aprendizados para toda vida, gratidão, Rosanny que foi minha inspiração como profissional desde o primeiro período do curso, Gilberto que me ensinou o aqui e agora com longas aulas e experiências vividas que nunca irei esquecer, a Niedja que me apresentou o mundo que me fez ter o desejo por psicologia, a psicanálise, ao Emerson que me ensinou que o cérebro é nosso guia mas que somos devastados por nossas emoções, isso é o sentido da vida e da psicologia. Entre outros professores e mestres que passaram por esses cinco anos, gratidão é a palavra.

“Seja a mudança que você quer ver no mundo”

Mahatma Gandhi, 1947.

RESUMO

A finalidade deste estudo é de compreender qual seria o acesso das crianças apresentando sintomas do transtorno de ansiedade aos serviços de psicologia nos dias atuais, é preciso então, encontrar formas de instigar e consolidar a fala e entendimento entre as crianças e seus familiares, possibilitando um melhor enfrentamento dos problemas acarretados devido ao transtorno de ansiedade. Analisando assim o que é o transtorno de ansiedade infantil, as consequências futuras e quais seriam as possíveis intervenções feitas por profissionais da psicologia e assim, compreender quais as mudanças no o dia a dia das crianças com transtorno de ansiedade. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo explicativa, utilizando o método qualitativo. Baseado nessa temática, foi revisado os meios possíveis que os profissionais de psicologia poderiam realizar diante desse período inovador, tanto para a criança como para os cuidadores/família, posto isso, o questionamento feito foi “Qual a possibilidade de acesso de crianças, apresentando sintomas do transtorno de ansiedade, aos serviços de psicologia?”. Este estudo permitiu observar em artigos, o impacto causado na saúde mental das crianças com ansiedade, em que os principais sentimentos vivenciados diante das pesquisas foram o medo, a tristeza, insegurança, raiva e tédio, e os principais sintomas de agravos à saúde identificados foram: irritabilidade, mudanças bruscas de comportamento e insônia por causa das mudanças na rotina, a falta de estrutura escolar, de profissionais aptos a lidar com esse transtorno. Diante dos questionamentos abordados, torna-se evidente a necessidade de uma assistência à saúde, que tenha foco tanto na saúde física quanto mental, além de utilização de estratégias para prevenção de transtornos psicológicos.

Palavras-chaves: Ansiedade; Infância; Educação e Psicologia.

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand what would be the access of children with symptoms of anxiety disorder to psychology services today, it is therefore necessary to find ways to instigate and consolidate speech and understanding between children and their families, enabling better coping with the problems caused by the anxiety disorder. Thus, analyzing what childhood anxiety disorder is, the future consequences and what would be the possible interventions made by psychology professionals, and thus, understanding what changes are in the daily lives of children with anxiety disorder. This is an explanatory bibliographic research, using the qualitative method. Based on this theme, the possible means that psychology professionals could perform in this innovative period was reviewed, both for the child and for the caregivers/family. from anxiety disorder, to psychology services??. This study allowed us to observe in articles, the impact caused on the mental health of children with anxiety, in which the main feelings experienced by the research were fear, sadness, insecurity, anger and boredom, and the main symptoms of health problems identified were : irritability, sudden changes in behavior and insomnia due to changes in routine, lack of school structure, lack of professionals able to deal with this disorder. Given the questions addressed, the need for health care, which focuses on both physical and mental health, in addition to the use of strategies for the prevention of psychological disorders becomes evident.

Key words: Anxiety; Childhood; Education and Psychology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4. METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de Estudo	16
4.2 Local de Estudo	17
4.3 População de Estudo	17
4.3.1 Critérios de Inclusão	18
4.3.2 Critérios de Exclusão	18
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO	19
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

O tema designado surgiu a partir do interesse em saber o que é o transtorno de ansiedade infantil e sua história na psicologia, como se iniciou, e assim, assimilar suas causas e consequências, observando então a importância dos casos e se houve aumento diante das pesquisas bibliográficas, acompanhados das mudanças marcantes que surgiram tanto para a criança devido a esse novo quadro, quanto para a família.

Ao estudar sobre o público infantil é perceptível em alguns artigos como esse espaço significa adentrar em um assunto delicado, em virtude de todas as fases que cercam esse período. Diante disso, (SOUZAVERÍSSIMO, 2015) nos informa que o desenvolvimento infantil é parte fundamental para o crescimento humano, destacando-se os primeiros anos de vida e a influência do meio em que a criança vive, assim, justificam que, para promoção da saúde da criança, é indispensável a compreensão de suas peculiaridades, assim como, condições ambientais favoráveis ao seu desenvolvimento.

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores (ASBAHR, 2004). Tanto a ansiedade quanto o medo são considerados patológicos quando exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo ou qualitativamente diverso do que se observa como normal naquela faixa etária, e também quando interferem na qualidade de vida, conforto emocional ou desempenho diário da criança. (CAÍRES; SHINOHARA, 2010).

Conforme o tema da pesquisa nos engaja, pretende-se reconhecer a importância de compreender com os estudos sobre o transtorno de ansiedade infantil e juntamente disso, denominar válido e necessário o trabalho e objetivo do psicólogo diante dessa demanda, ou seja, foi preciso compreender que independente da classe econômica ou social, toda sociedade teve que aprender novos modos de convivência, rotina, dia a dia dessas crianças e dessas famílias, a adaptação escolar é de suma importância no desenvolvimento e aprendizado tanto da criança com o transtorno quanto dos outros colegas que fazer parte do convívio.

2. JUSTIFICATIVA

Não é tão prático e fácil encontrar artigos específicos sobre quais foram as demandas crescentes do transtorno de ansiedade infantil nos últimos anos, materiais que oferecessem essa proposta especificamente de intervenções, ou seja, tive que organizar e identificar as obras que mais se adequaram em termos de pesquisas qualitativas e autores renomados.

Devido a isso, a ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fatigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono, em crianças apenas um sintoma adicional é exigido. As crianças com transtornos podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando uma tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito, elas demonstram excessivo zelo na busca por aprovação e exigem constantes garantias sobre seu desempenho e outras preocupações (DSM-IV-TR).

Em concordância com os artigos que aderi ao tema, saliento que o propósito desta pesquisa é compreender de qual maneira o psicólogo pode intervir no tratamento da criança e quais maneiras são viáveis para lidar com as mudanças, tanto em casa, na sociedade, como no âmbito escolar. Compreender o acesso da família à essa demanda, a educação e ao profissional da saúde, o psicólogo (a), assim, poder refletir sobre a importância do psicólogo em situações desse porte. Esta análise faz-se pertinente em função de alcançar outros familiares, pais ou cuidadores de crianças que têm sintomas de ansiedade. Apesar de ser um assunto que algumas pessoas evitam falar ou observar no seu próprio vínculo familiar, é necessário visar essa demanda e entender como o psicólogo pode ajudar nesse cenário.

A ansiedade é definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro, uma inquietação interna desagradável, isso inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispneia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura, etc.) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental etc.) (DALGALARRONDO, 2000).

Do ponto de vista psíquico, a principal manifestação de ansiedade é descrita como uma sensação inespecífica, vaga, da existência de algum tipo de ameaça ao bem estar. A inquietante sensação de que "algo está para acontecer" tanto pode estar ligada a situações a serem

enfrentadas no dia-a-dia, como à véspera de uma prova, um novo emprego, uma mudança de casa, uma viagem, quanto pode ocorrer sem nenhuma causa objetiva aparente (CASTILLO et al., 2000).

Durante a pandemia, as crianças com necessidades especiais enfrentam ainda mais desafios, agravando sua sintomatologia por estarem vivendo com restrições que não correspondem à sua rotina regular, afetando inclusive sua saúde mental (SINGH et al., 2020). À medida que a situação se agrava e que se faz necessário o fechamento de escolas e centros de atividades por longos períodos, fazem com que as crianças experimentem a solidão, ansiedade e incerteza, e o uso compulsivo de jogos na Internet e mídias sociais aumenta ainda mais o risco de alterações psicológicas (VALLEJO SLOCKER et al., 2020).

Em síntese, a partir deste estudo pretende-se informar aos leitores a importância de buscar conhecer e assim, compreender melhor o transtorno e dar o merecimento que os profissionais da psicologia merecem o reconhecimento devido aos longos anos de estudos. É preciso abandonar o estigma empregado muitas vezes, infelizmente até por pais, parentes, professores, pessoas em geral, que fazem com que algumas crianças pensem que são diferentes diante de outras que não têm os sintomas de ansiedade, ao invés de deixá-las mais assustadas, a família, professores, responsáveis etc., devem ser o suporte inicial para um bom e tratamento realizado com a criança.

Posto isto, através dessa pesquisa, é fundamental compreender as demandas de crianças e quais são as táticas usadas para lidar com o isolamento social em tempos que necessitam além de tudo, dos cuidados, atenção e recomendações para passar por essa nova etapa da vida.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar as possibilidades de cuidado a partir das intervenções do profissional de psicologia com crianças apresentando sintomas de ansiedade.

3.2 ESPECÍFICOS

- Compreender quais são os fatores e riscos que predominam sobre a elevação do transtorno de ansiedade infantil;
- Entender as demandas que o transtorno de ansiedade infantil enfrenta em tempos de isolamento social;
- Identificar o que é o transtorno de ansiedade infantil, quais são as causas e quais serviços e métodos de intervenção a criança teria através do acesso ao psicólogo(a).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Conforme as indagações realizadas diante do processo da construção do tema e da finalidade do projeto, este estudo baseou-se em como a pesquisa se manifesta, que é de modo explicativo, tendo como método a abordagem qualitativa e como propósito a seleção de informações, documentos e meios que se relacionam com a questão problema, sendo ela, a pesquisa bibliográfica.

Neste capítulo, pretendo demonstrar os procedimentos metodológicos definidos sobre o modelo e método de pesquisa. Em outros termos, a pesquisa explicativa é aquela centrada na preocupação de identificar fatores determinantes ou de contribuição no desencadeamento dos fenômenos, ou seja, fazer com que o leitor compreenda a razão porque ocorre tal situação, no caso do projeto, encontra-se no âmbito social e natural.

Segundo (ZANELLA, 2013), nos ressalta que no campo social a complexidade aumenta a partir da temporalidade do fenômeno, também é importante situar o ambiente social da ocorrência dos fatos, situações e problemas. A realidade tempo-espço é fundamental na identificação de causa e efeito do problema e evento social, os procedimentos básicos são: registrar, classificar, identificar e aprofundar a análise do que se escolheu para realizar a pesquisa,

De modo que, esse é o tipo de pesquisa que dita o aprofundamento da realidade dos fatos, já que sua intenção é justamente explicar a razão, o porquê dos acontecimentos, das consequências vividas e se há alguma maneira de evitar sequelas. De acordo com (GIL, 2008) que introduziu em sua obra um pouco mais sobre os modelos que existem de pesquisas, “como classificar as pesquisas”. As pesquisas explicativas nas ciências naturais valem-se quase exclusivamente do método experimental, já nas ciências sociais, a aplicação deste método reveste-se de muitas dificuldades, razão pela qual se recorre também a outros métodos, sobretudo ao observacional, nem sempre se torna possível a realização de pesquisas rigidamente explicativas em ciências sociais, mas em algumas áreas, sobretudo da psicologia, as pesquisas revestem-se de elevado grau de controle, chegando mesmo a ser chamada “quase experimental”. (GIL, 2008)

O intuito do projeto tem como método e forma de abordar o problema em questão um cunho qualitativo, condizente com a autora (ZANELLA, 2013), a pesquisa qualitativa pode ser definida como a que se fundamenta principalmente em análises qualitativas, caracterizando-se,

em princípio, através da não utilização de instrumental estatístico na análise dos dados, esse tipo de análise tem por base conhecimentos teórico-empíricos que permitem atribuir-lhe cientificidade. (ZANELLA, 2013), nos informa com seus estudos que o método qualitativo se origina na antropologia e utiliza métodos indutivos, objetivando a descoberta, a identificação e a descrição detalhada e aprofundada, cada abordagem metodológica apresenta vantagens e limitações, e é a natureza do tema de interesse e o problema de pesquisa que determinará qual abordagem é mais indicada.

4.2 Local

4.3 população de estudo

Essa abordagem de pesquisa segue com rigor um plano previamente estabelecido, com hipóteses, problema de pesquisa e objetivos claramente especificados e variáveis definidas operacionalmente. O projeto de pesquisa deve conter:

- definição do problema e dos objetivos;
- conceitualização e operacionalização das variáveis;
- especificação da hipótese;
- especificação detalhada dos procedimentos metodológicos: determinação da população, da amostra, especificação do tipo de perguntas e de respostas, das escalas de medição, do processo de coleta de dados e de análise [descritiva, por inferência];
- detalhamento do cronograma de execução.

Percebe-se que a escolha do projeto adapta-se com esse modelo de pesquisa pois a busca dos objetivos é a mesma, sua definição retrata o que espero conseguir informar, esclarecer e expor na apresentação do trabalho, ou seja, a intenção da apresentação do projeto é pesquisar detalhadamente sobre o tema proposto, priorizando apenas fontes confiáveis e comprovadas por autores verificados e pesquisadores sobre o que está sendo relatado, para assim, informar aos leitores sobre a demanda do aumento dos casos de transtorno infantil, buscando enfatizar a educação e os cuidados que os profissionais de psicologia exerceram nesse período de isolamento social, causado pelo coronavírus. (ZANELLA, 2013)

A busca sobre essa temática deve nos informar sobre as dúvidas relacionados ao tema anteposto, suas informações, demandas, perguntas, problemas sociais expostos e etc., dito isto, encontrar medidas que sejam possíveis de adaptações para esse momento caótico que a sociedade está vivenciando devido a pandemia e o isolamento social, causados através do

coronavírus. Por esse motivo, a importância do meu projeto é transmitir informações necessárias e sucintas sobre as causas e efeitos do isolamento social e a ansiedade na infância.

Durante a análise, podemos observar que este tipo de pesquisa fornece o suporte a todas as fases de um protocolo de pesquisa, pois auxilia na escolha do tema, na definição da questão da pesquisa, na determinação dos objetivos, na formulação das hipóteses, na fundamentação da justificativa e na elaboração do relatório final, sendo assim, ela nos possibilita um vasto campo de informações, para além de utilização de dados, auxiliando na construção e na melhor maneira que envolve o trabalho de conclusão de curso. Segundo (MACEDO, 1996), a pesquisa bibliográfica tem como objetivo servir de instrumento de capacitação para os pesquisadores, assim, os leitores não terão dificuldades de compreender quais informações o autor deseja propagar.

Atualmente, uma das tarefas que mais incentivam nosso aprendizado e amadurecimento na área de estudo desejada, no meu caso, a psicologia, é a ajuda de bibliotecas digitais, de artigos online, essa tecnologia tem facilitado e simplificado muito essa tarefa, pois nos traz recursos de busca e informações que facilitam os trabalhos de pesquisa.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

A princípio iniciei minha pesquisa definindo as palavras chaves, como: transtorno infantil, educação na pandemia, cuidados psicológicos devido ao isolamento social, pesquisa bibliográfica, tipos de pesquisas para o trabalho de conclusão de curso e etc. foram algumas das palavras que utilizei para buscar os artigos que iriam me auxiliar no projeto do TCC. Me dediquei à análise de pesquisa, assim, tive como base, a pesquisa de dados, informações, demandas, evolução, junção de fatores isolados e gerais, meios sociais, e etc. sendo assim, foram apenas consultados os materiais encontrados no Scielo e artigos científicos.

Entre os milhares artigos encontrados, decidi selecionar alguns a partir da linguagem textual que mais me agradou, onde priorizei as formas mais práticas, contendo informações necessárias e de grande relevância para a formação do projeto.

Organizei outros artigos, livros em PDF e artigos científicos arquivados no meu material de estudo, para o caso sentir necessidade de utilizá-los mais a frente como suporte para a continuação da construção do projeto. Empreguei materiais que tivessem como enfoque a psicologia envolvida nas suas pesquisas e análises, para tornar meu trabalho mais completo e da maneira que eu espero que os leitores compreendam o que desejo passar.

Os artigos que foram selecionados para compreender mais sobre o tema do trabalho foram os que tinham uma didática mais prática, porém, os que continham autores e pesquisadores validados para abordar o transtorno de ansiedade infantil. Os estudos renomados e que continham variedades de pesquisas relacionadas, as coletas de dados de forma contínua ocorrem quando os eventos que acontecem durante determinado estudo, são registrados à medida que ocorrem.

Os processos de análise e interpretação variam significativamente em função dos diferentes delineamentos de pesquisa. Enquanto nos delineamentos experimentais ou quase experimentais, assim como nos levantamentos, constitui tarefa simples identificar e ordenar os passos a serem seguidos, nos estudos de caso não se pode falar num esquema rígido de análise e interpretação. Para efeito de análise dos dados é necessário primeiramente definir a unidade de análise, que, por sua vez, se constitui na forma pela qual os dados são organizados. A definição da unidade de análise requer a decisão sobre o que interessa investigar, que pode ser uma organização, um grupo, diferentes grupos em uma comunidade ou determinados indivíduos. (TEIXEIRA, ENISE. 2003).

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Os primeiros indícios de transtorno de ansiedade infantil

A primeira descrição de ansiedade como uma disfunção da atividade mental data do início do século XIX. (AUGUSTIN JACOB LANCRÉ BEUVAIS, 1772-1840), em 1813, descreveu a ansiedade como uma síndrome composta por aspectos emocionais e por reações fisiológicas. Em 1844, (JEAN BAPTISTE FÉLIX DESCURATE, 1795-1872) relacionou ansiedade com as enfermidades em seu livro *A medicina das paixões*. Em 1850, foi descrito pela primeira vez, por (OTTO DOMRICH) o que se denomina hoje transtorno de pânico. Em 1871, (JACOB MENDEZ DA COSTA, 1833-1900) relatou novos casos de pânico, atribuindo-lhe o nome de “síndrome do coração irritável”. Já em 1880, (KARL WESTPHAL, 1833-1890) descreveu os sintomas presentes em fobias específicas e no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Entretanto, foi através dos trabalhos clínicos desenvolvidos por (SIGMUND FREUD, 1836-1939) que os transtornos de ansiedade começaram a ser classificados de forma mais sistemática. Freud descreveu de maneira objetiva quadros clínicos que causavam disfunções relacionadas com a ansiedade, denominando-os crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa – atualmente, estes quadros recebem os nomes de ataques de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente. Todavia, em função do sistema de classificação psicanalítico ser baseado em pressupostos teóricos que não se sustentam por dados empíricos, tornou-se necessário o desenvolvimento de novos modelos de classificação pautados no método científico (LANDEIRA FERNANDEZ, 2007).

Os transtornos de ansiedade representam uma das formas mais comuns de psicopatologia infantil. Estão associados a várias consequências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoal. (MEDLINE, 1966-2002) e (ERIC, 1966-2002). Sua manifestação nem sempre é passageira e seus sintomas e efeitos podem persistir através da adolescência e na fase adulta se não forem tratados. (SILVA, W. FIGUEIREDO, V. 2005). Os estudos mostram que os problemas de ansiedade na infância são fatores de risco para outras formas de psicopatologia, como transtornos de conduta, transtornos de humor, depressão e para as tentativas e efetivação do suicídio.

Segundo, (EMIL KRAEPLIN, 1856-1926) deu início à criação de um sistema de classificação dos transtornos mentais análogo ao já existente para “doenças físicas”, pautado na diferenciação das enfermidades a partir de suas etiologias, sintomatologias, evoluções e prognósticos. Em 1948, a Classificação Internacional de Doenças, em sua sexta edição (CID-

6), publicada pela Organização Mundial de Saúde, dedicou uma seção específica aos transtornos mentais. Por julgar insatisfatória a descrição presente na CID 6, a Associação Americana de Psiquiatria publicou, em 1952, de forma independente, o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM) (LANDEIRA FERNANDEZ, 2007).

Os primeiros relatos de casos clínicos de crianças com sintomas de ansiedade datam do início do século XX. Em 1909, Freud publicou o caso do pequeno Hans, um menino de cinco anos que apresentava um quadro de neurose fóbica. Uma intensificação no interesse pelo tema ansiedade infantil pôde ser observada a partir da década de 40. O aumento do número de crianças órfãs, resultado da Segunda Guerra Mundial, serviu como grande motivação para os pesquisadores da época, ainda pautados no modelo psicanalítico (SPELBERGER, 1973).

O DSM-IV-TR (APA, 2000) apresenta os seguintes critérios diagnósticos para o TAS: medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, em uma ou mais situações sociais ou de desempenho que envolvam a exposição a pessoas estranhas ou a possível gozação de terceiros; presença de resposta imediata de ansiedade, caracterizada muitas vezes como um ataque de pânico, resultante da antecipação ou do contato com a situação social temida; reconhecimento de que o medo é irracional e desproporcional.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), são classificados como transtornos de ansiedade: o ataque de pânico; o transtorno de pânico com ou sem agorafobia; as fobias específicas e fobia social; o transtorno obsessivo-compulsivo; o transtorno de ansiedade generalizada; o transtorno de estresse pós-traumático; o transtorno de estresse agudo; o TA devido a uma condição médica, induzido por alguma substância ou sem outra especificação. Tanto a criança quanto o adolescente podem receber qualquer um destes diagnósticos (SPENCE, COLS, 2001). O Transtorno de Ansiedade de Separação é o único definido como exclusivo da infância e adolescência (APA, 2000).

5.2 Transtorno de ansiedade infantil

Os transtornos de ansiedade podem causar manifestações clínicas capazes de gerar importantes prejuízos no funcionamento normal do indivíduo (LAST; PERRIN; HERSEN; KAZDIN, 1996). A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor. Além do conseqüente prejuízo funcional imediato, implicações de médio e longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida (APA, 2000). Quando o transtorno é presente na infância

ou na adolescência e não há tratamento adequado, há incremento na possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida (WALKUP; COLS, 2008).

Como podemos compreender diante das pesquisas, que foi através dos trabalhos clínicos desenvolvidos por (SIGMUND FREUD, 1836-1939) que os transtornos de ansiedade começaram a ser classificados de forma mais sistemática. Freud descreveu de maneira objetiva quadros clínicos que causavam disfunções relacionadas com a ansiedade, denominando-os crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa – atualmente, estes quadros recebem os nomes de ataques de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente. Todavia, em função do sistema de classificação psicanalítico ser baseado em pressupostos teóricos que não se sustentam por dados empíricos, tornou-se necessário o desenvolvimento de novos modelos de classificação pautados no método científico (LANDEIRA FERNANDES, 2007).

Em crianças, o desenvolvimento emocional influi sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores (ASBAHR, 2004). Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é fundamental obter uma história detalhada sobre o início dos sintomas, possíveis fatores desencadeantes (de: 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 (CASTILLO et al., 2000).

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), são classificados como transtornos de ansiedade: o ataque de pânico; o transtorno de pânico com ou sem agorafobia; as fobias específicas e fobia social; o transtorno obsessivo-compulsivo; o transtorno de ansiedade generalizada; o transtorno de estresse pós-traumático; o transtorno de estresse agudo; o transtorno de ansiedade devido a uma condição médica, induzido por alguma substância ou sem outra especificação. Tanto a criança quanto o adolescente podem receber qualquer um destes diagnósticos (SPENCE; COLS, 2001). O Transtorno de Ansiedade de Separação é o único definido como exclusivo da infância e adolescência (APA, 2000).

Evidências de que algumas formas de ansiedade infantil podem estar relacionadas a transtornos ansiosos na vida adulta contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção específicos para crianças e adolescentes. Embora os

métodos diagnósticos dos transtornos ansiosos em crianças sejam semelhantes àqueles utilizados em adultos, a avaliação e o tratamento da ansiedade patológica na infância apresentam características particulares. A maioria das crianças com transtornos ansiosos é encaminhada para serviços de saúde mental devido a problemas de comportamento tanto em seus relacionamentos quanto no ambiente escolar. A partir da queixa principal, o papel do clínico é entender esses comportamentos em um contexto de restrições ao desenvolvimento normal subjacentes aos comportamentos. Assim, estabelece-se uma hierarquia diagnóstica diferencial que guiará os tratamentos preconizados. De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multimodal, que inclui orientação aos pais e à criança, o tratamento psicoterápico, uso de psicofármacos e intervenções familiares (ASBAHR, 2004).

São reconhecidos como alguns dos transtornos mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes, encontrando-se atrás apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta (ASBAHR, 2004). Estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os TAs em infanto-juvenis têm prevalência estimada de 8 a 12% (COSTELLO, 1989; SPENCE, 1998). No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes (FLEITLICH-BILYK, GOODMAN, 2004). Na Inglaterra (FORD, GOODMAN E MELTZER, 2003) observaram índices de morbidade similares aos encontrados na pesquisa brasileira e indicaram prevalência de 3,4% em crianças e 5,04% em adolescentes. Os TAs podem causar manifestações clínicas capazes de gerar importantes prejuízos no funcionamento normal do indivíduo (LAST, PERRIN, HERSEN, KAZDIN, 1996). A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor. Além do consequente prejuízo funcional imediato, implicações de médio e longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida (APA, 2000). Quando o transtorno é presente na infância ou na adolescência e não há tratamento adequado, há incremento na possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida (WALKUP, COLS, 2008).

5.2 Tipos de transtornos de ansiedade infantil

5.2.1 Separação

O transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se pela experimentação de ansiedade excessiva em função do afastamento de casa ou de figuras de vinculação. A reação emocional

exagerada diante do afastamento dos pais também pode fazer parte do funcionamento normal de crianças muito pequenas. Este comportamento pode ser frequentemente observado em crianças até a idade pré-escolar, devido à insegurança gerada pela ausência dos cuidadores. A ansiedade de separação se configura como um transtorno quando se torna inadequada para o grau de desenvolvimento ou quando interfere no funcionamento da vida diária do indivíduo (SUVEG; COLS, 2005).

De acordo com a DSM-IV-TR (APA, 2000) cinco critérios diagnósticos devem ser preenchidos para que o transtorno seja caracterizado. O primeiro critério diagnóstico é a presença de, pelo menos, três sintomas relacionados com reações emocionais inadequadas ao grau de desenvolvimento da criança ou do adolescente, com relação ao afastamento de casa ou dos pais. Dentre os sintomas possíveis, estão: sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento; preocupação persistente e excessiva acerca de perigos envolvendo os pais ou a si próprio; recusa ou relutância a ir para a escola, ou para outros lugares, desacompanhado; temor excessivo de ficar sozinho em casa; dificuldades para adormecer sem uma figura de vinculação ou para dormir fora de casa; pesadelos frequentes envolvendo o tema separação e queixas somáticas persistentes.

Além destes sintomas, os prejuízos funcionais nas áreas social, acadêmica, entre outras, devem ser clinicamente significativos (SUVEG; COLS, 2005) e os sintomas devem estar presentes por pelo menos quatro semanas (APA, 2000). Além disso, o início do quadro clínico deve se dar antes dos 18 anos e não deve ocorrer durante o curso de outros transtornos, tais como o transtorno global do desenvolvimento ou a esquizofrenia (APA, 2000).

Crianças e adolescentes que apresentam este quadro têm um medo irreal de que algo prejudicial aconteça com eles ou com seus pais, quando se afastam, de modo que não seja possível o reencontro (SILVERMAN; DICK- NIEDERHAUSER, 2004). As preocupações mais frequentes com relação aos pais são ferimentos graves ou morte. A própria criança ou adolescente pode temer ser sequestrado ou se perder de seus pais. Estas preocupações podem ocorrer tanto em estado de vigília como durante o sono (SUVEG; COLS, 2005).

Frequentemente, observa-se a intensificação destes sintomas sob a forma de perseguição aos pais dentro de casa, dificuldades para dormir ou ficar em casa sozinho e recusa para ir à escola ou para sair desacompanhado, nos momentos que antecedem a saída dos pais para o trabalho ou o horário da escola (FRANCIS; LAST; STRAUSS, 1987). Quando os pais saem de casa, frequentemente essas crianças ou adolescentes sentem a necessidade de saber onde eles estão ou de permanecer em contato, sendo muito comum o uso do telefone para este fim.

A frequência encontrada em dois estudos envolvendo amostras clínicas foi significativamente maior do que em amostras comunitárias. No primeiro estudo, 33% das crianças atendidas em uma clínica especializada em ansiedade infantil preenchem critérios diagnósticos para ansiedade de separação (LAST; COLS, 1996). Na segunda pesquisa, 50% da amostra clínica apresentavam sintomas de ansiedade de separação sem que estes causassem grande comprometimento no funcionamento das crianças (SILVERMAN; DICK-NIEDERHAUSER, 2004).

As comorbidades mais frequentemente associadas ao transtorno de ansiedade de separação são outros transtornos de ansiedade, em especial o TAG e a fobia específica. Uma série de estudos com amostras clínicas estimam que 50% dos casos de ansiedade de separação venham acompanhados de outros distúrbios de ansiedade, e outros 33% tenham comorbidade com depressão (LAST; COLS; 1996; SUVEG; COLS; 2005). Outros quadros clínicos mórbidos citados, porém, menos comuns, são: o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e transtorno de identidade sexual (SILVERMAN; DICK-NIEDERHAUSER, 2004).

5.2.2 Generalizada

O TAG caracteriza-se pela presença de preocupações excessivas e incontroláveis sobre diferentes aspectos da vida. Apesar de preocupações serem uma manifestação de ansiedade bastante comum e fazerem parte da experiência humana, pacientes diagnosticados com TAG referem haver uma intensificação e prolongamento deste estado ansioso, sem que haja a interrupção deste processo (FLANNERY- SHROEDER. 2004).

Os critérios diagnósticos apontados na DSM-IV-TR (APA, 2000) incluem: ansiedade e preocupação excessiva e de difícil controle com diversos eventos, na maioria dos dias e com duração mínima de seis meses, causando prejuízos no funcionamento da vida diária. O quadro deve ser acompanhado ainda de pelo menos três de seis sintomas físicos tais como: inquietação; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular ou perturbações do sono. Finalmente, o distúrbio não deve ser oriundo de ingestão de drogas ou de abuso, de uma condição médica geral ou ocorrer exclusivamente durante o curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento.

O diagnóstico em crianças e adolescentes difere dos adultos no que diz respeito aos sintomas físicos. Há a necessidade da presença de apenas um sintoma somático para que o diagnóstico seja confirmado em infanto-juvenis (APA, 2000). Embora dores de cabeça ou de estômago, assim como tensão muscular sejam queixas comuns em crianças e adolescentes com

TAG (FLANNERY-SCHROEDER. 2004), (TRACEY, CHORPITA, DOUBAN E BARLOW, 1997) e (KENDALL E WARMAN, 1996) encontraram que fadiga é a queixa mais frequente.

Crianças e adolescentes com TAG podem ter preocupações consigo ou com os outros sobre diferentes domínios, como por exemplo: perfeccionismo; pontualidade; saúde e segurança; eventos catastróficos mundiais (tais como: guerras ou desastres naturais); situação financeira familiar e futuro (LAYNE; BERNART; VICTOR; BERNSTEIN 2008). (WEEMS, SILVERMAN E LA GRECA, 2000) encontraram entre os principais domínios de preocupação temas como: testes, furacões, agressão física, futuro, escola e problemas com crianças da mesma idade. (PINA, SILVERMAN, ALFANO E SAAVEDRA, 2002) avaliando uma amostra clínica de 111 crianças e adolescentes com idades entre seis e 17 anos, identificaram a preocupação com a própria saúde como o fator preditivo mais confiável para o TAG.

As situações sociais e de desempenho temidas são constantemente evitadas, ou suportadas com intenso sofrimento, resultando em prejuízo funcional significativo. O quadro não se deve à ingestão de alguma substância (drogas de abuso ou medicamentos), condição médica geral, e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Apesar de não configurar um critério diagnóstico, a presença de sintomas somáticos é comumente descrita nos momentos de antecipação e exposição à situação social temida. Palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial e confusão mental são os sintomas mais frequentes.

Em crianças e adolescentes, algumas considerações acerca dos critérios descritos acima devem ser feitas para que o diagnóstico se confirme. O TAG só pode ser diagnosticado em crianças que apresentem habilidades sociais adequadas a sua idade, com pessoas que lhe são familiares. Outra consideração importante é a necessária presença de ansiedade em situações sociais que envolvam outras crianças e não apenas na interação com adultos. Crianças e adolescentes com TAG não precisam reconhecer o medo que sentem como irracional e desproporcional, mas os sintomas devem ter duração mínima de seis meses. Este critério é exclusivo para infante-juvenis, ou seja, para menores de 18 anos (APA, 2000).

A resposta ansiosa da criança tende a ser diferente da apresentada pelo adulto. Diante da situação temida, a criança procura se afastar do ambiente com pessoas estranhas e buscar a proteção e segurança junto a pessoas familiares, em especial junto aos pais. Além dos ataques de pânico, o choro e a imobilidade também são reações apresentadas como resposta ansiosa pela criança (ASBHR 2004).

Crianças com TAS referem passar por situações sociais ansiosas quase todos os dias. A escola é o ambiente onde 60% dos eventos estressores listados pelas crianças ocorrem. A lista das situações mais temidas inclui: conversar com outras crianças, fazer provas, apresentações artísticas e leitura em voz alta (BEIDEL; COLS 1999). A presença do TAS na infância e adolescência é um fator de risco para prejuízos funcionais importantes no adulto (CHAVIRA; STEIN 2005). Estudos prospectivos mostraram que o adulto com histórico de TAS muitas vezes apresenta uma história de fracasso escolar, acompanhada de baixa autoestima e solidão (FRANCIS; COLS.1987). O quadro na infância possui forte associação com outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substância e tentativa de suicídio na fase adulta (CHAVIRA; STEIN. 2005).

5.2.3 Social ou Fobia Social

As situações sociais e de desempenho temidas são constantemente evitadas, ou suportadas com intenso sofrimento, resultando em prejuízo funcional significativo. O quadro não se deve à ingestão de alguma substância (drogas de abuso ou medicamentos), condição médica geral, e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Apesar de não configurar um critério diagnóstico, a presença de sintomas somáticos é comumente descrita nos momentos de antecipação e exposição à situação social temida. Palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial e confusão mental são os sintomas mais frequentes.

Em crianças e adolescentes, algumas considerações acerca dos critérios descritos acima devem ser feitas para que o diagnóstico se confirme. O TAS só pode ser diagnosticado em crianças que apresentem habilidades sociais adequadas a sua idade, com pessoas que lhe são familiares. Outra consideração importante é a necessária presença de ansiedade em situações sociais que envolvam outras crianças e não apenas na interação com adultos. Crianças e adolescentes com TAS não precisam reconhecer o medo que sentem como irracional ou desproporcional, mas os sintomas devem ter duração mínima de seis meses. Este critério é exclusivo para infanto-juvenis, ou seja, para menores de 18 anos (APA, 2000).

A resposta ansiosa da criança tende a ser diferente da apresentada pelo adulto. Diante da situação temida, a criança procura se afastar do ambiente com pessoas estranhas e buscar a proteção e segurança junto a pessoas familiares, em especial junto aos pais. Além dos ataques de pânico, o choro e a imobilidade também são reações apresentadas como resposta ansiosa pela criança (ASBAHR, 2004).

Esse mesmo estudo identificou as situações mais ansiogênicas para pré-adolescentes. A leitura em sala de aula; escrever no quadro negro; apresentações artísticas ou esportivas; e conversar com pessoas da mesma idade e com adultos foram apontados como situações difíceis a serem enfrentadas pelo grupo amostrado. Hofmann e cols. (1999) identificaram interações informais com pessoas da mesma idade como a pior situação social a ser enfrentada entre adolescentes. A fim de se esquivarem do desconforto causado por interações sociais temidas, crianças e adolescentes com TAS evitam ir ao quadro negro na sala de aula, brincar em grupo ou usar o banheiro da escola (CHAVIRA, STEIN, 2005). A principal consequência deste comportamento evitativo é a dificuldade ou mesmo a incapacidade de fazer amizade com pessoas da mesma idade (BEIDEL, COLS, 1999). Alguns autores encontraram que, além do comprometimento das habilidades sociais, crianças e adolescentes acometidos por TAS apresentam pior desempenho em tarefas que envolvam leitura em voz alta e fluência, se comparadas com infantojuvenis normais da mesma idade (SPENCE, COLS, 2001; BEIDEL, COLS, 1999; ESSAU, CONRADT, PETERMAN, 2000).

O comportamento de esQUIVA parece se tornar mais frequente com a idade (BEIDEL, COLS, 1999)), encontraram que 65,4% da amostra de adolescentes com sintomas marcantes de ansiedade social relataram ter evitado, pelo menos algumas vezes, situações sociais desconfortáveis. A maior autonomia dos adolescentes é apontada como principal causa para que o comportamento evitativo cresça em função do tempo (BEIDEL, COLS, 1999).

Crianças e adolescentes com TAS tendem a interpretar as situações cotidianas como mais ameaçadoras do que crianças que não apresentam este diagnóstico (CHAVIRA, STEIN, 2005). Aquelas com idades entre 10 e 12 anos, e adolescentes com TAS além de interpretarem o ambiente como ameaçador, tendem a desenvolver pensamentos negativos sobre si mesmos e sobre suas capacidades para lidarem com situações sociais (SPENCE, COLS, 2001).

Apesar da maior incidência acontecer por volta de 14 ou 15 anos de idade, o diagnóstico pode se dar em qualquer idade, sendo relativamente comum em crianças com sete e 12 anos de idade (CHAVIRA, STEIN, 2005; SPENCE, 1998). Há evidências de que o início precoce aumenta a probabilidade do quadro se tornar grave e crônico, havendo uma abrangência maior de situações sociais temidas e um prognóstico menos promissor (CHAVIRA, STEIN, 2005; BEIDEL, COLS, 1999). (CHAVIRA E STEIN, 2005) identificaram a depressão maior, o TAG, as fobias específicas e o TDAH como principais comorbidades em uma amostra clínica.

A presença do TAS na infância e adolescência é um fator de risco para prejuízos funcionais importantes no adulto. Estudos prospectivos mostraram que o adulto com histórico de TAS muitas vezes apresenta uma história de fracasso escolar, acompanhada de baixa

autoestima e solidão (FRANCIS, COLS, 1987). O quadro na infância possui forte associação com outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substância e tentativa de suicídio na fase adulta (CHAVIRA, STEIN, 2005).

5.2.4 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 um ataque de pânico. Frente ao estímulo fóbico, a criança procura correr para perto de um dos pais ou de alguém que a faça se sentir protegida. Pode apresentar reações de choro, desespero, imobilidade, agitação psicomotora ou até um ataque de pânico.

Dentre as FE mais comuns na infância destacam-se as de pequenos animais, injeções, escuridão, altura e ruídos intensos. As FE são diferenciadas dos medos normais da infância por constituírem uma reação excessiva e pouco adaptada, que foge do controle, leva a reações de fuga, é persistente e causa comprometimento do funcionamento da criança.

5.2.4 Pânico

Caracterizado pela presença de ataques de pânico (presença de medo intenso de morrer, associado a inúmeros sintomas autonômicos, como taquicardia, sudorese, tontura, falta de ar, dor no peito, dor abdominal, tremores), seguidos de preocupação persistente de vir a ter novos ataques. Pouco observado em crianças pequenas, sua frequência aumenta bastante no final da adolescência. Em 30 a 50% dos pacientes, observa-se o desenvolvimento de agorafobia (esquiva de situações/locais de difícil saída em caso de mal-estar ou ataques de pânico: locais fechados como cinemas, aglomerações como entrada/saída da escola, etc.).

Além do sofrimento psíquico e do prejuízo funcional vivenciados pelos pacientes com TP, ele está associado a uma série de outros desfechos que, empiricamente, justificam seu tratamento como um problema de saúde pública. (ABRAHÃO, BLAYA E MANFRO, 2009)

5.2.5 Estresse pós-traumático

Crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis a violência e abuso sexual. Experiências traumáticas podem ter um impacto grave e duradouro sobre eles. Considera-se o TEPT como um fator de risco para o desenvolvimento posterior de patologias psiquiátricas.

O TEPT é caracterizado pela presença de medo intenso, sensação de impotência ou horror em consequência a exposição a trauma extremo, como ameaça de morte ou abuso sexual. A probabilidade do desenvolvimento do TEPT relaciona-se à gravidade, duração e tempo de exposição ao evento traumático. Evidenciam-se modificações intensas de comportamento, como inibição excessiva ou desinibição, agitação, reatividade emocional excessiva, hiper vigilância, além de pensamentos obsessivos com conteúdo relacionado à vivência traumática (em vigília e como conteúdo de pesadelos).

Observa-se, comumente, comportamento de esquiva a estímulos associados ao evento traumático, juntamente com comprometimento das atividades do paciente. O paciente evita falar sobre o ocorrido, o que parece perpetuar os sintomas, como frequentemente acontece com todos os transtornos ansiosos. Crianças, especialmente as mais jovens, apresentam uma dificuldade a mais, que é a de compreender com clareza e discorrer sobre o ocorrido³⁶. Em crianças menores, os temas relacionados ao trauma são frequentemente expressados em brincadeiras repetitivas.

5.3 Transtorno de ansiedade infantil no período de pandemia, COVID-19

Segundo uma pesquisa bibliográfica feita de caráter descritivo, pela qual executou-se uma revisão sistematizada nos bancos de dados: SCIELO, PubMed e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) no período de cinco anos, entre 2015 a 2020, em línguas portuguesa e inglesa. Foram captados 122 artigos, dos quais 113 foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão propostos, de modo que 9 estudos foram analisados. Além disso, foram analisados 1 edição produzida pelo Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância e a carta de Recomendações do CONANDA para a Proteção Integral a Crianças e Adolescentes do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Assim, ao final, foram analisadas 11 referências bibliográficas.

O isolamento social apontado como a medida mais efetiva implica em mudanças abruptas e inesperadas à realidade das famílias brasileiras, uma vez que apresenta repercussões abrangentes como suspensão das atividades de creches, escolas; restrição do comércio; alteração da jornada de trabalho; utilização da modalidade de home office. Por conseguinte, ao isolamento social, a decaída da economia, o desemprego, a instabilidade econômica, o medo, a incerteza são fatores que juntos podem acarretar mudanças e prejuízos à saúde mental e ao comportamento psicossocial de crianças, adultos e idosos.

O estudo de (WANG et. al. 2020), mostrou que o confinamento em casa de 220 milhões de crianças e adolescentes chineses, incluindo 180 milhões de estudantes de escolas primárias e secundárias e 47 milhões da pré-escola, provocará impactos psicológicos, na medida em que estão sujeitos a estressores, tais como duração prolongada, medo de infecção, frustração e tédio, informações inadequadas, falta de contato pessoal com colegas, amigos e professores, falta de espaço pessoal em casa e a perda financeira da família.

As crianças estão inseridas em um contexto de vivência em que as redes midiáticas e os diálogos sociais apresentam como assunto mais predominante o cenário atual da COVID-19 ao passo que os esforços globais voltam-se para promoção de políticas para contenção da disseminação do novo coronavírus; para pesquisas direcionadas ao entendimento da fisiopatologia do SARS-COV-2; para pesquisas voltadas ao desenvolvimento de propostas terapêuticas como novos medicamentos, vacinas, anticorpos; para divulgação e informação da população. Além disso, a vivência pelos infantes de alterações na rotina de diária marcadas pela permanência nos ambientes domésticos com suspensão de visitas a espaços físicos como escolas, creches, casa de familiares e amigos, atividade de lazer e de exercício físico é um fator extraordinário.

Nesse âmbito, é significativa a ressalva de que as crianças são observadoras ao contexto de vivência e sensíveis ao comportamento psicossocial dos pais e dos cuidadores de modo que as mudanças elencadas à COVID-19 podem ser percebidas pelos infantes, inclusive aqueles de menor idade (a partir de 2 anos), consoante ao estudo de pesquisadores estadunidenses de modo que elas podem apresentar preocupação, ansiedade e estresse.

Entende-se ainda que o contexto familiar é importante para o desenvolvimento das crianças e que um dos fatores dependentes é a boa condição psicossocial, sanitária e econômica, como destaca o Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância³. Com as medidas profiláticas sendo tomadas, existem efeitos colaterais agravantes, como aumento da taxa de desemprego, cortes salariais e queda na demanda dos serviços informais, tornando a obtenção de renda mais difícil, os quais representam aumento da vulnerabilidade familiar.

Ainda relacionado à conjuntura familiar, o aumento do estresse das crianças pode também estar relacionado às situações de suspensão do contato físico com cuidadores ou pais com suspeita de COVID-19, com diagnóstico positivo para COVID-19, com histórico de óbitos ocorridos durante o período da pandemia. Estas realidades podem promover uma percepção de ansiedade, insegurança, medo e falta de acolhimento essencial para viver esse momento. O impacto da separação da vivência diária com os pais e os cuidadores pode comprometer o

desenvolvimento da saúde mental infantil a longo prazo, no período pós-pandemia, de modo que a incidência de transtornos mentais, ideação suicida e suicídios pode aumentar.

Na pandemia da COVID-19, podem piorar as taxas dos transtornos mentais na infância, pois as crianças enfrentam também os medos e as inseguranças do isolamento físico e social, além disso pesquisas apontam que crianças nesse período estão apresentando estresses psicológicos, tais como: ansiedade, depressão, letargia, interação social prejudicada e apetite reduzido.

O distanciamento social e as alterações da psicologia infantil marcadas por estresse psicológico, ansiedade, medo, preocupação têm acentuado ou feito surgir adversidades funcionais ou comportamentais nas crianças, como mostra os dados do Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância: 36% de dependência excessiva dos pais; 32% de desatenção; 29% de preocupação; 21% de problemas no sono; 18% de falta de apetite; 14% de pesadelos; e, 13% de desconforto e agitação”.

Como o distanciamento social e o isolamento social são medidas profiláticas para evitar a propagação em massa do vírus, verificam-se o fechamento de escolas e a adaptação do modelo educacional na modalidade de ensino à distância¹¹. Estas condutas são importantes para conter a disseminação do novo coronavírus, uma vez que embora estudos apontem que crianças e adolescentes têm uma probabilidade menor de serem sintomáticos ao vírus, eles são transmissores do agente etiológico da COVID-19.

Uma vez que o fechamento das escolas é um desafio para as famílias encontrarem uma forma de conseguir lidar com a disponibilidade e/ou condição adequada para garantir o estudo das crianças, constata-se um risco maior de prejuízo à formação educacional infantil. Além disso, faz-se essencial ressaltar que, na primeira infância, não é recomendado o ensino a distância, por questões de saúde e pedagógicas e de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o uso de telas não é recomendado para menores de dois anos e para as crianças com idade entre 2 e 5 anos é indicado o máximo uma hora por dia. Outrossim, a aplicação do ensino à distância para criança contraria a Base Nacional Comum Curricular, visto que a mesma reforça a ideia de que a criança aprende por meio de experiências lúdicas, concretas e interativas, e virtualmente isso não é possível.

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição

neurobiológica herdada. A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (MANFRO; ASBAHR, 2002).

Ainda pode-se levar em consideração que nem todas as crianças terão acesso a esse tipo de ensino uma vez que de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2017) “apenas 31% dos estudantes do ensino fundamental da rede pública têm acesso a computador/*tablet* e acesso com banda larga”. Posto isto, crianças que vivem numa família em situação de pobreza além de sofrerem com as faltas de recursos adequadas ainda passam pelas aflições comuns de toda a sociedade:

O uso da tecnologia pode ser um grande aliado no que tange ao isolamento social favorecendo a manutenção das redes sociais outrora estabelecidas pelo contato face a face, de modo que as crianças podem sentir mais acolhidas ao conversar com parentes e amigos. É de mister importância a ressalva de que a utilização da internet deve ser monitorada pelos responsáveis de maneira a assegurar a qualidade dos conteúdos acessados. A necessidade de ocupação do tempo sem um planejamento prévio da rotina das crianças pode culminar com o aumento do tempo de tela e por consequência verificam-se os riscos de excesso de exposição pessoal, de participação de “desafios perigosos” os quais podem representar riscos à saúde do infante; de exposição à violência infantil:

Nesse sentido, conforme estudo de pesquisadores ingleses, a comunicação efetiva dos pais e dos cuidadores com as crianças baseada na idade e na capacidade de compreensão particular do infante mostra evidências positivas. Nesses âmbitos, estudos apontam a importância para a saúde e o bem-estar da criança proporcionados por diálogos que buscam escutar e entender os sentimentos e a percepção infantil da doença COVID-19 acerca de assuntos como transmissão do vírus.

5.4 Intervenções e métodos do profissional de psicologia diante do transtorno de ansiedade infantil

Segundo (ASBAHR, 2004), o método mais utilizado é o da Terapia Cognitiva Comportamental, A abordagem cognitivo-comportamental utilizada em crianças que se recusam a ir à escola por medo de se separar de sua mãe e/ou de seu pai preconiza o retorno à escola (exposição-alvo). No entanto, esta exposição deve ser gradual, permitindo a habituação à ansiedade, respeitando-se as limitações da criança e seu grau de sofrimento e comprometimento. Deve haver uma sintonia entre a escola, os pais e o terapeuta quanto aos objetivos, conduta e manejo do tratamento. As intervenções familiares objetivo.

Já no trabalho com crianças, envolve abordagens específicas e uma estrutura básica, que permite ao paciente ter previsibilidade do que vai acontecer e, portanto, auxiliando no seu monitoramento (WESTPHAL, 2016). Como sua manifestação inicial é pouco específica, uma vez que envolve queixas gerais e inespecíficas, além de somáticas, a ansiedade é considerada transtorno não psicótico (LOPES ET AL., 2016). Por essa razão, a maioria das crianças costuma ser enviada aos serviços de saúde mental em função das consequências que a patologia gera, e não por seus sintomas (ASBAHR, 2004).

Nesse sentido, Pureza et al. (2014) explicam que é importante realizar uma anamnese completa para compreender em profundidade os aspectos emocionais da criança e do ambiente imediato que a cerca. Conhecer os vínculos estabelecidos, o humor que prevalece, a reação às diversas situações vivenciadas, a dinâmica psicossocial interpessoal e familiar, contribuem para estabelecimento de um plano de ação adequado. A prática clínica da TCC, inclusive, tem demonstrado que quanto mais completa a anamnese, melhor o planejamento e a condução do caso. Esse ponto é reforçado por (LOPES E LOPES, 2013, p. 23), que tratam que “a avaliação de uma criança em TCC é um processo amplo que abrange a averiguação de informações de múltiplas fontes”, de forma a garantir a veracidade das informações coletadas. Assim, podem ser abordados os pais, a família, professores e a criança. Para (FERNANDES et al., 2009), a participação de pais, família e cuidadores não deve ser restrita apenas à anamnese, mas também no programa de intervenção, sendo agentes que efetivamente mudem o ambiente no qual a criança vive.

A partir do conhecimento inicial sobre a criança e suas queixas, deve-se iniciar a conceitualização do caso, etapa esta que compreende a formulação de uma hipótese para o trabalho e um plano de tratamento. Nesta etapa, de acordo com explicações de (MURTA E ROCHA, 2014), os sintomas apresentados pela criança são avaliados, sua história de vida e as

influências em seu desenvolvimento. Aspectos contextuais mais relevantes, bem como os aspectos biológicos, genéticos, histórico familiar de saúde e recursos sociais e pessoais também devem ser considerados, juntamente com seus pensamentos automáticos, emoções e comportamentos associados. A partir da primeira sessão estabelece-se um consenso entre o terapeuta e o paciente ou sua família. Segundo (FRIEDBERG et al., 2011) as principais intervenções no contexto da TCC para criança com ansiedade são: psicoeducação; reconhecimento e manejo das emoções; identificação de crenças distorcidas que aumentam a ansiedade; questionamento de pensamentos e desenvolvimento de crenças que reduzem a ansiedade; exposição e prática; automonitoramento; reforço e preparação.

O trabalho de (ASBAHR, 2004) discute a eficácia da TCC no tratamento da ansiedade infantil, ao expor que a combinação de técnicas que tratam dos sintomas-alvo são mais eficazes do que o uso aleatório de técnicas, como, por exemplo, propor técnicas de relaxamento para crianças tensas. Além disso, a TCC treina habilidades sociais, propõe correção para pensamentos distorcidos, expõe a criança, gradualmente, a seus medos e propõe respostas para sintomas, do menos intenso ao mais intenso. As atividades de psicoeducação, reestruturação cognitiva e intervenções baseada em exposições e prevenções representam estágios do tratamento, que não devem colocar a criança, nem sua família, como o problema, mas sim, a ansiedade.

A TCC é apontada como o melhor tratamento psicoterápico contra a ansiedade pela Associação Médica Brasileira (AMB), por meio de seu “Projeto Diretrizes” que buscou desenvolver consensos para diagnósticos e tratamentos das doenças mais comuns. A TCC pode ser desenvolvida tanto na modalidade individual, quanto coletiva, virtual ou com terapeuta. Deve estar focada na situação fóbica e pode, ou não, ser combinada com psicofármacos, a critério médico. Inclusive, segundo (MAIA E ROHDE, 2007) o uso de fármacos para tratamento da ansiedade infantil ainda é pouco pesquisado e, portanto, não há consenso sobre sua prescrição. Numa revisão sistemática promovida por esses autores, foi evidenciado que os inibidores de reabsorção da serotonina apresentam resultados satisfatórios no controle da ansiedade infantil.

De qualquer forma, conforme tratam (LEVITAN et al., 2011) a inserção de fármacos no tratamento da ansiedade infantil depende do nível da ansiedade, geralmente sendo indicado aos casos moderados a graves, ou quando a TCC, sozinha, não alcançar os resultados pretendidos.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos resultados obtidos, em decorrência dos diferentes artigos e estudos, os doutores e pesquisadores (FERNANDO RAMOS ASBAHR, 2004), (PAULO SALGALARRONDO, 2000) e (SIGMUND FREUD, 1939), apresentam uma série de fatores e contextos que são validados até os dias atuais.

Visto que há uma quantidade significativa de artigos fundamentados desde que surgiu os primeiros estudos sobre o que ocasionava o transtorno de ansiedade. Porém, ainda assim, seguindo algumas nomeações dos estudiosos, como, (SIGMUND FREUD, 1939) que descreveu de maneira objetiva quadros clínicos que causavam disfunções relacionadas com a ansiedade, denominando-os crise aguda de angústia, neurose de angústia e expectativa ansiosa – atualmente, estes quadros recebem os nomes de ataques de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente. Essas mudanças se fazem necessárias ao longo dos anos e de novos estudos apresentados com termos mais contemporâneos.

Logo, (ASBARH, 2004), constatou em seus estudos que diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais, especialmente as menores. Os resultados promissores dos artigos desses doutores e pesquisadores nos levam a crer na visibilidade da utilização desses termos até hoje.

Atualmente, segundo novos estudos, o desafio das intervenções dos psicólogos teve um aumento devido a pandemia da corona vírus, seguindo novas maneiras de se intervir com o público infantil com transtorno de ansiedade, como, com as diversas ideias e contextos utilizados em pesquisa feita por, Maria Beatriz Martins Linhares e Sônia Regina Fiorim Enumo (2020), onde afirmam, segundo estudos, que os efeitos diretos e indiretos psicológicos e sociais exigem intervenções integradas entre diversas áreas de conhecimento (HOLMES ET AL., 2020; VAN BAVEL ET AL., 2020). Os estudos atuais mostram influências dessa situação no comportamento das pessoas no cotidiano e causando ansiedade, medo, depressão e pânico (HOLMES ET AL., 2020; JIAO ET AL., 2020).

Embora exista estudos sobre esse período turbulento da pandemia COVID-19, ainda existem poucos dados sobre os impactos que esse período de transição caracterizado por insegurança e incertezas causará especificamente no funcionamento psicológico de crianças. Até onde se sabe no momento, a saúde da criança é menos afetada pelo novo coronavírus em comparação a dos adultos (ZIMMERMANN E CURTIS, 2020). Porém, a saúde mental das

crianças no contexto da pandemia com o distanciamento ou isolamento social deve ser um ponto de atenção, considerando-se que as crianças se constituem em uma população vulnerável.

Como resultado das pesquisas, a forma de se fazer uma intervenção com o público alvo em questão, infantil, seria utilizar a prática da TCC (Teoria Cognitiva Comportamental), que é apontada como o melhor tratamento psicoterápico contra a ansiedade pela Associação Médica Brasileira (AMB), por meio de seu “Projeto Diretrizes”, que buscou desenvolver consensos para diagnósticos e tratamentos das doenças mais comuns. A TCC pode ser desenvolvida tanto na modalidade individual, quanto coletiva, virtual ou com terapeuta. De qualquer forma, conforme tratam (LEVITAN et al., 2011), a inserção de fármacos no tratamento da ansiedade infantil depende do nível da ansiedade, geralmente sendo indicado aos casos moderados a graves, ou quando a TCC, sozinha, não alcançar os resultados pretendidos.

Todavia, pode-se observar diante do estudo bibliográfico, que os resultados encontrados foram de grande relevância para a real atenção que o tema do trabalho merece, justamente por esse fato, os resultados das pesquisas vem sugerindo mais estudos diante das demandas encontradas, como no caso da pandemia, onde a dificuldade de estudos e artigos foram mais escassas, para assim, os profissionais se especializarem e constantemente melhorar o seu método de lidar e intervir com esse público infantil.

Podemos observar nas pesquisas a importância do trabalho em equipe, o apoio da família, amigos da escola e o ambiente em que a criança vive e frequenta é de suma validação. Assim, o interesse em compreender melhor quais são as intervenções realizadas nas crianças deve vir de toda família e pessoas que façam parte da convivência da mesma.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa bibliográfica permitiu absorver os conhecimentos dos diferentes pesquisadores e doutores sobre o assunto em discussão, foi um trabalho realizado de maneira qualitativa, ou seja, buscando artigos e análises para compreender os objetivos propostos, com a intenção de identificar as demandas, causas e consequências do público infantil que tem ou passou a apresentar sintomas de transtorno de ansiedade e assim reduzir e desmistificar esse estigma colocado sobre o tema, com a ajuda do tratamento psicológico adequado.

Diante do trabalho foi necessário explorar a necessidade de habituar esse assunto na sociedade e no ambiente escolar, pesquisas enfatizam a importância da junção do tratamento, o conjunto do profissional da psicologia com a família, amigos e a instituição. É fundamental esse entendimento sobre o transtorno de ansiedade infantil pois estudos informam que ainda é escasso em muitas instituições escolares a falta de métodos de intervenções para se trabalhar com essas crianças, as escolas deixam a desejar que tenha um psicólogo para lidar com essa demanda.

Foi possível englobar todos os artigos retratados e chegar à conclusão que é inevitável explorar esse assunto delicado, em que a intervenção do psicólogo depende da determinação dos pais, familiares e afins, buscando um tratamento adequado para essa criança. Contudo, ainda é notório a escassez de estudos que apresentam propostas nesses ambientes em que a criança convive, como a falta dos psicólogos escolares e sociais, sendo assim, com a pandemia da corona vírus houve uma busca maior devido ao isolamento relacionado as crianças também, porém, foram encontrados poucos artigos científicos que adentrasse sobre o assunto.

A necessidade da disposição de melhorias nesses ambientes para esse período turbulento na vida de todos, incluindo o público infantil foi tratada como algo secundário, onde deveria ser ao contrário. A proposta de melhorar esse quadro seria de apresentar algo mais dinâmico, já que estamos lidando com o público infantil, utilizando então fatores e métodos que prendessem a atenção e despertassem a curiosidade das crianças, como, eventos escolares, gincanas educacionais, reuniões lúdicas e brincadeiras que gerassem conhecimento sobre o assunto. Posto isso, devemos incluir os pais, professores e o acompanhamento do profissional escolar, clínico e/ou social nesses momentos que são de suma importância para o desenvolvimento da criança. Ainda assim, encontros esses que poderão despertar possíveis pesquisas acadêmicas para novos estudos sobre o transtorno de ansiedade infantil, onde o crescimento em busca de melhorar e intervir na evolução do diagnóstico e até prevenir novos casos seja a prioridade de

todos os envolvidos, pois a empatia de se fazer um trabalho interdisciplinar é o que deve prevalecer desde o início.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ABRAHÃO, G. BLAYA, C. MANFRO, G. **Transtorno do pânico**. Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul, 31, (2). 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/VgdKjMfjhGfGcFTdBgYCq6G/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ASBAHR, F. CASTILLO, A. MANFRO, G. **Transtornos de ansiedade**. Braz. J. Psychiatry 22 (suppl 2). Dez. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- ASBAHR, Fernando. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos**. Jornal de Pediatria - Vol. 80, N°2(Supl), 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/pqwnF9Bd83TVpKVYWNDwY4C/?lang=pt&format=pdf>.
- CAÍRES, Monique, SHINOHARA, Helene. **Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades**. REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2010, Volume 6, Número 1. Disponível: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbtc.org.br/pdf/v6n1a05.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- DALGALARRONDO, Paulo, 2000. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed. 271 páginas. ISBN 85-7307-595-3. Disponível: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/y6dzVx3qGGbKkH3fvr3VTGw>. Acesso em: 08 nov. 2021.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível: http://www.fc.unesp.br/Home/helberfreitas/tcci/gil_como_elaborar_projetos_de_pesquisa_-anto.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.
- GIL, Antonio Carlos. **COMO CLASSIFICAR AS PESQUISAS**. Disponível em: [COMO_CLASSIFICAR_AS_PESQUISAS_1.pdf](#). Acesso em: 12 nov. 2021.
- GRANDISOLI, Edson. et al. **Educação e pandemia: desafios e perspectivas**. Jornal da USP, 2020. Disponível: <https://jornal.usp.br/artigos/educacao-e-pandemia-desafios-e-perspectivas/>. Acesso em: 13 nov. 2021.
- GUIMARÃES, A. et al. **TRANSTORNOS DE ANSIEDADE: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA SOBRE AS FOBIAS ESPECÍFICAS E A IMPORTÂNCIA DA AJUDA PSICOLÓGICA**. Ciências Biológicas e da Saúde | Maceió | v. 3 | n.1 | p. 115-128 | novembro 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Karla/Downloads/2611-Texto%20do%20artigo-8228-1-10-20151201.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- LINHARES, Maria Beatriz. ENUMO, Sônia Regina. **Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil**. Contribuições da Psicologia no Contexto da Pandemia da COVID-19. Estud. psicol. (Campinas) 37. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/CrYD84R5ywKWBqwbRzLzd8C/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- MACEDO, Neusa. **Iniciação a pesquisa bibliográfica: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa**. Edições Loyola, São Paulo, Brasil, 1995. 2ª edição: junho de 1996. Disponível em:

https://books.google.com.br/books?id=2z0A3cc6oUEC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 12 nov. 2021.

MATA, Ingrid et al. **AS IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E NO COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS**. Residência Pediátrica; 2020: Ahead of Print. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp280121a08.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

MELO, Brígida. LIMA, Ana Carolina. **A EFETIVIDADE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE INFANTIL**. Rev. Psicol Saúde e Debate. Jul., 2020:6(1): 213-226. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V6N1A15/423>. Acesso em: 10 nov. 2021.

MUNIZ, Monalisa. FERNANDES, Débora. Muniz. **Autoconceito e ansiedade escolar: um estudo com alunos do ensino fundamental**. Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 20, Número 3, set./dez. de 2016: 427-436. Disponível: <https://www.scielo.br/j/pee/a/6XmcRh7Zy5FNXwvmVWRhbFm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

NARDI, Antônio et al. **O impacto da pandemia na saúde mental**. Guia de saúde mental pós-pandemia no Brasil. Disponível: <https://psicologia.paginas.ufsc.br/files/2020/11/Guia-de-Sau%CC%81de-Mental-Po%CC%81s-Pandemia-no-Brasil.pdf#page=21>. Acesso em: 15 nov. 2021.

PAIVA, E. et at. **Comportamento infantil durante o distanciamento social na pandemia de COVID-19**. Rev. Bras. Enferm. 74 (Suppl 1). 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/P3ryXXX78JbKzp9SYpvpz6j/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SANTOS, Carlos. **TIPOS DE PESQUISA**. Oficina de pesquisa, 2008. Disponível em: http://gephisnop.weebly.com/uploads/2/3/9/6/23969914/tipos_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

SILVA, Lorena. FAUSTINO, Tulio. **EDUCADORES FRENTE À PANDEMIA: DILEMAS E INTERVENÇÕES ALTERNATIVAS PARA COORDENADORES E DOCENTES**. BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA) ano II, vol. 3, n. 7, Boa Vista, 2020. Disponível: <file:///C:/Users/nathalia/Downloads/6563-24984-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SILVA, Wenderson Costa et al. **EXPLORANDO OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**. International Journal of Development Research Vol. 11, Issue, 04, pp. 46248-46253, April, 2021. Disponível: https://www.researchgate.net/profile/Wenderson-Da-Silva/publication/351317238_EXPLORANDO_OS_IMPACTOS_NA_SAUDE_MENTAL_DE_CRIANCAS_DURANTE_A_PANDEMIA_DE_COVID-19/links/60914a19299bf1ad8d786c52/EXPLORANDO-OS-IMPACTOS-NA-SAUDE-MENTAL-DE-CRIANCAS-DURANTE-A-PANDEMIA-DE-COVID-19.pdf. Acesso em: 11 nov. 2021.

SILVA, Wildson. FIGUEIREDO, VERA. **Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática**. Braz. J. Psychiatry 27 (4). Dez 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/bk7RtjN74PFV5dRNPvzhnXj/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov., 2021.

SOUZA, Juliana. VERÍSSIMO, Maria. **Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito**. Rev. Latino-Am. Enfermagem 23 (6). Nov-Dez 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2021.

SBARDELLOTO, G. et al. **Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência**. Psico-USF 16 (1). Abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/szPNZDJmvMM6PzPNJvXRFQz/?lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2021.

TEIXEIRA, Enise. **A Análise de Dados na Pesquisa Científica**. Editora Unijuí. ano. n. 2 jul./dez. 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Karla/Downloads/84-Texto%20do%20artigo-286-1-10-20111013.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2021.

VIANNA, Renata et al. **Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão**. Rev. Brasileira de terapias cognitivas. v.5 n.1 Rio de Janeiro. Jun. 2009. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005. Acesso em: 15 nov. 2021.

VIANNA, Renata. CAMPOS, Angela. FERNANDES, Jesus. **Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil**. Rev. bras. ter. cogn. vol.6 no.2 Rio de Janeiro dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200003. Acesso em: 04 nov. 2021.

ZANELLA, Liane. **Metodologia de Pesquisa. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração**. UFSC, 2013. Copyright 2013. Universidade Federal de Santa Catarina / Sistema UAB. 1ª edição – 2007 2ª edição – 2011. Disponível em: TCC ABODARGEM QUALITATIVA E BIBLIOGRAFICA.pdf. Acesso em: 07 nov. 2021.