

ANSIEDADE NA INFÂNCIA: UMA ABORGAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Débora Tessaro¹
Fernanda Trevelin¹
Luciane Monego Dutra¹
Kelin Patzlaff¹
Vivian Cristina Lederer Kratz¹
Claudia Medeiros de Oliveira²

Resumo: Com o objetivo de identificar as principais características de ansiedade em crianças e as abordagens e recursos terapêuticos que a Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) oferece para o tratamento destas características, o artigo traz uma revisão de bibliografia acerca dos fundamentos da TCC, da ansiedade na infância, e dos recursos da TCC para o tratamento de características ansiosas em crianças. Para melhor compreender as intervenções na prática clínica, foram entrevistadas duas profissionais especializadas na área acerca dos métodos mais utilizados para o diagnóstico e o tratamento, além dos resultados alcançados. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados e relacionados com a teoria encontrada na revisão bibliográfica. A prevalência dos Transtornos de Ansiedade em crianças e as possíveis comorbidades, inclusive na fase adulta, justificam a pertinência do tema, assim como os significativos efeitos da terapia cognitivo-comportamental para lidar com o problema. Entre os principais resultados encontrados destacam-se a importância da psicoeducação em crianças e pais, o uso de abordagens lúdicas e livros para entrar no mundo infantil, o trabalho com pensamentos e comportamentos disfuncionais, e a importância de envolver a família e a escola no tratamento.

Palavras-chave: Ansiedade. Crianças. Terapia. Cognitivo-Comportamental

1 INTRODUÇÃO

A significativa prevalência dos Transtornos de Ansiedade (TAs) em crianças é um dos motivos que justifica o presente artigo. Reconhecidos como “alguns dos mais prevalentes em criança e adolescentes, encontrando-se atrás apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta” (ASBAHR, 2004, *apud* VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009, p. 47), estudos epidemiológicos americanos estimam que a prevalência dos TAs em infante-juvenis chegue entre 8 a 12%.

Segundo Petersen e Wainer, “os transtornos de ansiedade são os que mais afetam crianças e adolescentes, com uma prevalência entre 4 e 20%” (2011, p. 233). Conforme os autores, as manifestações de ansiedade no período da infância podem ser fortes preditores de transtornos de ansiedade na fase adulta. Por outro lado, ainda existem poucos estudos sobre o tema ansiedade em crianças no Brasil (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009), o que dificulta saber ao certo a prevalência desses transtornos nessa população específica, outro motivo que fortalece a importância deste trabalho, que busca ampliar o entendimento acerca do tema.

¹ Acadêmicos do Curso de Psicologia da Faculdade da Serra Gaúcha.

² Professor orientador do Projeto.

Os prejuízos no funcionamento normal do indivíduo e “a ideia de que existe uma continuidade na presença dos transtornos de ansiedade da infância e da adolescência para a idade adulta” (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009, p. 57) também motivam o estudo sobre as características ansiosas normais e esperadas para determinadas fases do desenvolvimento humano e aquelas que em alguma intensidade e frequência se caracterizam como disfuncionais e patológicas.

Por meio de pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos que tratam sobre o tema ansiedade na infância e sobre as possíveis intervenções no tratamento de características ansiosas em crianças, com base na Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC), o objetivo central deste trabalho é identificar as principais características de ansiedade em crianças e os recursos terapêuticos mais frequentes e eficazes dentro da abordagem da TCC.

Enquanto objetivos específicos elegeu-se descrever brevemente os fundamentos da TCC, a fim de melhor compreender sua abordagem; identificar as características de ansiedade na infância; relacionar os principais recursos da TCC utilizados no tratamento de características ansiosas em crianças e realizar entrevistas com profissionais especializadas na área para verificar como os métodos de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) são utilizados na prática e quais os seus resultados – obedecendo essa ordem para a estruturação do referencial teórico. Com as entrevistas e a análise e discussão dos resultados pretende-se ampliar a gama de conhecimento acerca das experiências na área a fim de colaborar com informações para melhores práticas clínicas e auxílio na produção de recursos e condições de enfrentamento dos infantes frente aos problemas gerados pela ansiedade excessiva.

Os riscos do não-diagnóstico, ou do tratamento não precoce e feito da maneira indevida para características ansiosas em crianças são as comorbidades, algumas de grande gravidade. “Abuso de Substâncias, Depressão e Suicídio são apontados como os principais desfechos na vida adulta” (FERDINAND; VERHULDST, 1995; PINA cols., 2002 *apud* VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009, p. 57). “Uma pesquisa retrospectiva brasileira revelou que 59,5% dos sujeitos em tratamento para Transtorno de Pânico apresentavam história de ansiedade na infância, com considerável prevalência de [Transtornos de Ansiedade Generalizada] TAG” (MANFRO & cols, 2002 *apud* VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009, p. 57).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC visa ajudar o paciente a identificar e moldar seus pensamentos, principalmente os que estão ligados às emoções, ou seja, pensar sobre seu próprio pensamento. Na terapia com o paciente, utiliza-se, primeiramente, um modelo básico que está relacionado ao ambiente e aos acontecimentos relacionados ao indivíduo (avaliação cognitiva -> emoção -> comportamento -> evento). Esse modelo ajuda o terapeuta a relacionar o evento, a emoção e o comportamento, identificar os problemas apresentados na clínica, e, a partir daí, avaliar e escolher a intervenção mais eficaz. O terapeuta trabalha com o sujeito sua consciência, o que está relacionado à tomada de decisão, resolução de problemas e pensamentos automáticos que o indivíduo apresenta frente a situações, além dos esquemas, que são conjuntos de crenças e significações (WRIGHT; BASCO; THASE, 2000).

Na avaliação inicial em pacientes infantis, o terapeuta deve buscar entender o funcionamento da criança de forma geral para então identificar sintomas e investigar as variáveis envolvidas nas alterações emocionais e comportamentais (PETERSEN; WAINES *et al.*, 2011). É preciso considerar a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra para utilizar as abordagens adequadas, sendo possível trabalhar com metáforas, jogos, brincadeiras, e uma linguagem compreensível para a criança, procurando inserir-se no seu mundo de fantasia, a fim de entender como pensa e se comporta o paciente (JUNIOR, 2001).

Como a criança manifesta seus conflitos através do brincar, para atendimento de crianças, o terapeuta precisa de uma sala que comporte diversos materiais para interação, como brinquedos (bonecas, carrinhos, brinquedos de montar, casinha de bonecas, família com bichos, etc.), lápis de cor, folhas para desenho, tintas, canetinhas e massa de modelar. Além dos brinquedos coletivos, sugere-se que cada criança tenha uma gaveta ou caixa individual onde possa guardar suas produções (PETERSEN; WAINES *et al.*, 2011).

O tratamento tem por objetivo modificar a estrutura cognitiva da criança, fazendo-a mudar seu comportamento e sua forma de sentir e agir. Os pais ou cuidadores também interagem e podem ter papel ativo no tratamento (PETERSEN; WAINES *et al.*, 2011). As atividades escolhidas são extremamente importantes, pois é através delas que a criança vai se comunicar muito mais do que com palavras. Bunge, Gomar e Mandil (2012, p.14) postulam que “a atividade motiva, estimula a comunicação e permite mudar crenças e circuitos de

interação”. É importante que as atividades sejam multisensoriais, utilizando, geralmente, brincadeira e desenho.

O terapeuta deve assumir uma postura mais ativa no tratamento com crianças e desempenha as funções de diagnosticador, consultor e treinador. Para diagnosticar deve ouvir, além da criança e sua família, a escola, médicos e procurar obter o maior número de informações sobre o caso. A função de consultor consiste em trabalhar de forma colaborativa na busca de soluções. Já a função de treinador deve prover estratégias para enfrentar as situações de conflito e desenvolver as habilidades cognitivas (BUNGE, GOMAR; MANDIL, 2012).

Os autores destacam a importância de realizar a avaliação diagnóstica, visto que muitas abordagens da TCC são específicas para cada transtorno. Para isso, além das entrevistas clínicas, podem ser aplicadas escalas que coletam informações sobre transtornos específicos, como o TDAH, depressão e ansiedade. A avaliação inicial é uma espécie de investigação, na qual o terapeuta vai buscar compreender a criança e a forma como ela se vê, entender seus sintomas e investigar quais eventos específicos são os desencadeadores de pensamentos e sentimentos disfuncionais (PETERSEN; WAINES *et al.*, 2011).

Munido das informações que permitem entender o paciente, o terapeuta pode construir hipóteses sobre os fatores que contribuíram para o problema apresentado, quais são suas crenças, pensamentos e como suas experiências iniciais estão relacionadas ao sintoma atual (BUNGE, GOMAR; MANDIL, 2012).

2.2 Características de Ansiedade na Infância

Cabe perguntar (e responder) como diferenciar medo e ansiedade e como determinar o que é uma reação normal e uma anormal. Barlow (2002, p. 104 *apud* CLARK; BECK, 2012, p. 16) declarou que “o medo é um alarme primitivo em resposta a perigo presente, caracterizado por forte excitação e tendências a ação”. Ansiedade, por sua vez, seria “uma emoção orientada ao futuro, caracterizada por percepções de incontabilidade e imprevisibilidade aversivos e um desvio rápido na atenção para o foco de eventos potencialmente perigosos ou para a própria resposta afetiva a esses eventos” (CLARK; BECK, 2012, p.104).

Beck, Emery e Greenberg (1985) “definiram medo como um processo cognitivo envolvendo ‘a avaliação de que há perigo real ou potencial em determinada situação’” (1985, p. 8, ênfase no original) e ansiedade como uma resposta emocional provocada por medo,

sendo, portando, medo a avaliação do perigo, e ansiedade “o estado de sentimento desagradável evocado quando o medo é estimulado” (BECK *et al.*, 1985, p.9).

De acordo com o DSM-5, os transtornos de ansiedade diferenciam-se pela situação ou objeto temido ou evitado, assim como os pensamentos e as crenças associadas. Sentimentos como medo e ansiedade excessivos são características dos transtornos de ansiedade, sendo o diagnóstico realizado quando os sintomas não são decorrentes do uso de medicamentos e nem se enquadram em outro transtorno mental. Outro critério importante é a duração dos sintomas, que deve prevalecer por mais de seis meses.

Segundo Wright; Basco e Thase, (2000), ao serem expostas a um evento ameaçador, pessoas com transtornos de ansiedade relatam sentir medo e ter sintomas físicos. O medo ativa o pensamento automático que pode acarretar em emoções excessivas e sintomas como coração acelerado, respiração forte e suor frio, entre outros. Utilizando a teoria da aprendizagem, o objeto temido é o estímulo (E) e a reação de ansiedade provocada pelo estímulo é a resposta (R), conforme esquema utilizado pela TCC(E -> R).

1. “Um estímulo (não-condicionado) inicial provoca uma resposta (não-condicionado) de medo que se torna generalizada a outros estímulos condicionados, os quais, por sua vez, produzem respostas condicionadas;
2. Um padrão de evitação dos estímulos temidos reforça a crença do paciente de que ele não consegue lidar com o objeto ameaçador ou com a situação;
3. O padrão de evitação deve ser rompido para o paciente conseguir superar a ansiedade.” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2000, p. 122).

Grande parte dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e se não forem tratados adequadamente tendem a persistir no decorrer do desenvolvimento, conforme o DSM-5. Já o CID-10 afirma que os transtornos emocionais com início na infância não influenciam necessariamente na vida adulta. Segundo o manual de classificação da Organização Mundial da Saúde, os indivíduos com transtornos emocionais na infância podem se tornar adultos normais, não havendo uma ligação direta entre os transtornos emocionais que tiveram início nessa fase com a adultez. Por outro lado, a ideia de que existe uma continuidade na presença dos transtornos de ansiedade da infância e da adolescência na idade adulta é presente em vários estudos.

Os transtornos de ansiedade podem causar significativas mudanças no comportamento e na vida das crianças, trazendo, conforme Stallard (2010), um impacto no desenvolvimento, interferindo na aprendizagem, nas amizades e na vida familiar. No campo cognitivo pode-se perceber a avaliação da criança da situação e a antecipação de possíveis riscos. Já no fisiológico destacam-se as reações físicas experimentadas, que preparam o corpo para a fuga e

para a luta. O comportamento, por sua vez, ajuda a criança a antecipar um perigo futuro evitando-o.

A criança com ansiedade apresenta significativas mudanças no comportamento. Na ansiedade de separação, por exemplo, característica da fase infantil, existe um medo excessivo da criança em separar-se da casa ou daquele com quem é vinculada, especialmente a mãe. Nos casos em que é necessária essa separação a criança mostra-se muito angustiada, com uma preocupação exagerada de que algo ruim possa acontecer com a mãe (STALLARD, 2010).

Segundo Reinecke; Dattilio e Freeman (1999), nesse tipo de ansiedade a criança pode ter o desenvolvimento comprometido em algumas áreas já que ao recusar-se a fazer qualquer atividade que exija que se afaste da figura de ligação pode evitar participar de atividades adequadas ao seu desenvolvimento. Crianças com idade entre cinco e oito anos costumam apresentar preocupações em relação à figura de ligação se machucar ou eles mesmos se machucarem e ter que se separar dos pais. Já crianças com idade entre nove e doze anos podem se queixar de sintomas físicos nos dias de aula e se apresentar estressados e tristes quando forçados a se separar dos pais (FRANCIS *apud* REINECKE, 2000).

Segundo Stallard (2010), na ansiedade os fatores físicos vão se tornando cada vez mais frequentes com o passar do tempo e com a exposição da criança a situações que desencadeiem esse sentimento. Sendo assim, acontecimentos normais como ir à escola podem fazer com que uma criança ansiosa se isole cada vez mais, não desenvolvendo amizades, assim como influenciarão em sua aprendizagem, pois a atenção estará sempre voltada para a mãe, para a casa, não conseguindo concentrar-se nos conteúdos ministrados.

Outro tipo de ansiedade verificado na infância é a ansiedade fóbica, desencadeada por um medo excessivo da criança após ter passado por uma situação que a deixou com muito medo. Alguns exemplos seriam medo de escuridão, de animais, ou de monstros. De acordo com o autor, uma criança que ficou presa dentro de um armário após brincar de esconde e esconde, por exemplo, pode desenvolver um medo extremo e irreal de passar por tal situação novamente, evitando lugares que, segundo ela, se assemelhem ao armário (STALLARD, 2010).

As crianças ansiosas em demasia sofrem por estarem constantemente preocupadas, sendo necessária uma atenção especial no sentido de auxiliá-las para que consigam identificar e controlar sentimentos e emoções negativas. Nesse intuito é que a terapia cognitivo-comportamental poderá auxiliar (STALLARD, 2010).

2.3 A TCC no Tratamento da Ansiedade Infantil

Crianças com características de ansiedade geralmente possuem pensamentos desadaptativos que incluem temores de que algo ruim aconteça e se sentem ameaçadas. O tratamento não tem por objetivo substituir esses pensamentos por pensamentos positivos, mas sim fazer com que a criança identifique esse tipo de pensamento e os questione, podendo identificar o significado e o sentido associado a esses pensamentos (BUNGE, GOMAR; MANDIL, 2012).

2.3.1 Reconhecimento das emoções

Como muitas vezes as crianças não conseguem diferenciar e/ou denominar suas emoções, no início do tratamento é comum precisar ajudá-las a fazer essa diferenciação. Para isso podem ser utilizadas carinhas desenhadas que representam sentimentos como tristeza, alegria, surpresa, brabeza e com isso treiná-la a nomear seus sentimentos (BUNGE, GOMAR; MANDIL, 2012). É preciso também auxiliá-la a identificar os sinais físicos associadas com a ansiedade. Uma abordagem para isso é identificar uma situação recente onde a criança se sentiu assustada ou com medo. O terapeuta ajuda a criança a identificar os sinais fisiológicos que ela apresentou antes, durante e depois da situação. Essa reconstituição faz com que a criança possa prestar atenção aos sinais que o corpo apresenta quando ela está com sintomas de ansiedade (STALLARD, 2010).

Outro método que pode ser utilizado para mostrar a criança que o seu corpo pode avisá-la que ela está ficando ansiosa é através de uma tabela com desenhos de partes do corpo humano, pedindo que a criança marque a parte do corpo onde ela sente algo quando está com medo. Isso auxilia na identificação dos sinais fisiológicos e como ela se sente quando eles ocorrem em situações de ansiedade (PETERSEN; WAINES *et al.*, 2011).

Durante o tratamento de ansiedade uma parte importante é monitorar as emoções da criança ajudando-a a medir a força de sua ansiedade nas diferentes situações e ao longo do tratamento, pode-se utilizar uma escala que vai de sem ansiedade, calmo, até muito assustado, que pode ser uma escala de 0 até 10, ou ainda, para crianças menores, uma escala com desenhos menores e maiores. Com isso é possível medir como estão os sentimentos da criança e também seu progresso ao longo do tratamento, quando passa por situações que lhe causam ansiedade (STALLARD, 2010).

2.3.2 Identificação e monitoramento dos pensamentos automáticos

Pensamentos automáticos, de acordo com Bunge, Gomar e Mandil (2012, p. 17) “são pensamentos que fogem à vontade do paciente, que são extremamente rápidos e que possuem uma estrutura telegráfica”, e influenciam o estado de ânimo. Na clínica com crianças, pode-se pedir que elas registrem seus pensamentos através de “balões do pensamento vazios”, utilizando desenhos que possuem balões de pensamento em branco que serão preenchidos com o pensamento que a criança teve em determinada situação, sendo possível ao terapeuta questioná-la e com isso gerar outra visão da situação que não a demonstrada pelo seu pensamento.

Para identificar os pensamentos da criança pode-se também sugerir a criação de um diário dos sentimentos, onde ela descreve de forma resumida a situação que lhe causou ansiedade, como ela se sentiu e os pensamentos que surgiram quando a situação ocorreu. O modelo de diário pode ser fornecido pelo terapeuta ou a criança pode montar da forma que preferir. Na análise do diário o psicólogo deve destacar os aspectos mais importantes, identificar padrões e ajudar a criança e os pais a refletirem sobre o conteúdo escrito no diário (STALLARD, 2010).

2.3.3 Reconhecimento da relação entre pensamento, emoção e conduta

Outro recurso utilizado é o terapeuta auxiliar a criança a identificar que existe uma relação entre o pensamento que ela teve, a emoção que sentiu e a forma como reagiu. Para facilitar o entendimento da criança, pode-se utilizar historinhas e esquemas ilustrados (BUNGE, GOMAR; MANDIL, 2012). Nesse estágio do tratamento ajuda-se a criança e seus pais a entenderem a relação entre pensamentos e sentimentos ansiosos e o que isso causa à criança. Com isso, a criança aprende a identificar e ter consciência de seus pensamentos, podendo se preparar para enfrentar situações que lhe causam ansiedade, aprendendo a separar os pensamentos que são úteis dos que são inúteis, e modificando os pensamentos inúteis que fazem com que se sinta ansiosa (STALLARD, 2010).

2.3.4 Reestruturação cognitiva

Depois de identificar os pensamentos disfuncionais é preciso fazer com que a criança se questione e com isso encontrar alternativas adaptativas, para isso é possível utilizar métodos como fantoches, representar as situações temidas e realizar a troca de papéis (BUNGE, GOMAR; MANDIL, 2012). O terapeuta precisa auxiliar a criança a entender as armadilhas do pensamento e fazer com que ela se questione, geralmente crianças ansiosas tendem a pensar que algo ruim vai acontecer, que algo vai dar errado ou que não vai conseguir fazer determinada tarefa, fazer com que ela questione esses pensamentos faz com que essas distorções sejam desconstruídas e que as informações novas identificadas durante a terapia possam ser consideradas pela criança, esse é um processo que se repete ao longo do tratamento. (STALLARD, 2010).

Ao longo do tratamento a criança desenvolve suas habilidades para enfrentar as situações que lhe causam ansiedade aprendendo a confrontar situações que antes eram evitadas, isso deve ser realizado aos poucos para que a criança se sinta confortável e vá se fortalecendo. (STALLARD, 2010).

3 METODOLOGIA

Para elaboração deste artigo foi realizada uma pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos que abordam o assunto ansiedade na infância e os recursos disponíveis para o tratamento de características ansiosas em crianças, com base na Teoria Cognitivo-Comportamental. Após, realizou-se a análise do material encontrado a fim de elaborar o referencial teórico.

Além da revisão bibliográfica, para analisar como os métodos de intervenção da TCC são utilizados na prática, foi utilizado como instrumento para coleta de dados deste estudo uma entrevista composta por questões qualitativas, com duas psicólogas de Caxias do Sul especialistas em Terapia Cognitivo-Comportamental, que trabalham com atendimento a crianças na clínica, Caroline Trentin e Idione Luiz Ullian.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, com o envio prévio das questões por e-mail para as entrevistadas. O questionário utilizado como roteiro para a entrevista possui um total de onze questões, anexado ao final deste artigo. Outros pontos abordados nas entrevistas foram os principais tipos de ansiedade apresentados na infância, as comorbidades associadas e a relação entre a ansiedade na infância e na vida adulta.

Os resultados obtidos foram analisados a fim de relacionarmos a prática com a teoria. A análise dos dados visa compreender e interpretar os resultados, considerando suas significações e não apenas uma leitura comum acerca do tema (BARDIN, 2011).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para responder aos objetivos desta pesquisa, foi feita a análise dos dados, emergindo a partir desta, quatro categorias que possibilitaram fazer um entendimento acerca da importância de envolver família e escola no tratamento infantil, psicoeducar pais e crianças, utilizar livros e abordagens lúdicas na terapia, sempre levando em conta cada contexto. Comorbidades e os transtornos mais frequentemente trazidos à clínica também convergiram nas respostas das duas profissionais e serão explicitados a seguir.

4.1 Envolvendo família e escola no tratamento

Conforme Stallard, para auxiliar no tratamento de uma criança com características de ansiedade é importante considerar a avaliação e observação de terceiros, pois os mesmos podem relatar a forma como as crianças comportam-se nos diferentes contextos aos quais estão inseridas, assim como a sua relação com pessoas diferentes. Ainda segundo o autor:

O diagnóstico e a avaliação dos transtornos de ansiedade em crianças devem estar baseados em uma entrevista clínica completa e no uso de métodos e fontes múltiplos, levando em conta informações provenientes de diferentes contextos. Os métodos múltiplos podem incluir entrevistas, observações e escalas de mensuração que exemplificam e captam as diferentes formas pelas quais os transtornos e sintomas de ansiedade podem estar presentes. Esses métodos precisam estar adaptados ao desenvolvimento da criança (STALLARD, 2010, p.69).

Essa questão fica bem clara na fala das duas psicólogas entrevistadas, relatando, primeiramente, o papel do psicólogo será o de coletar informações com pais, professores e pessoas significativas para a criança, ligadas à sua convivência, pois a mesma responde ao meio ao qual está inserida e as pessoas com as quais tem contato. O trabalho com crianças engloba a criança, a família, o terapeuta e, muitas vezes, a escola, é sempre um trabalho em conjunto. Para Caroline, “trabalhar com crianças é trabalhar com pais” (2014).

Ainda nesse contexto, surgiu também nas respostas a importância da entrevista preliminar, pois é através desta que será realizada uma investigação da criança, saber como é

seu comportamento em casa, na escola, o que os pais realmente esperam da terapia, como é a relação desses pais como casal, explicando aos mesmos como podem auxiliar para que a terapia ocorra de maneira mais fidedigna. Segundo elas, é relevante também contatar a escola, para investigar como a criança age nesse meio, seu comportamento com professores e colegas.

Segundo Stallard (2010), a entrevista clínica é de suma importância, pois vai oferecer uma visão geral da criança, dos seus problemas e do seu contexto. Nesse momento o profissional terá oportunidade de obter conhecimento de vários aspectos da criança e da sua vida, como por exemplo, a personalidade e o temperamento, o desempenho na escola e nas atividades realizadas, assim como seu comportamento nesses contextos, a estrutura familiar, as relações dessa família, as relações sociais da criança, eventos significativos, como possíveis traumas, questões de saúde e desenvolvimento, problemas de relacionamentos dos pais, problemas financeiros da família, entre outros pontos.

Para o autor, a formulação do problema serve de base para que seja determinado o conteúdo específico do plano de tratamento segundo a TCC, pois caso não ocorra uma programação, a terapia poderá ficar desconexa. Sendo assim, a formulação vai propiciar uma estrutura sobre quais cognições e emoções do indivíduo associadas a eventos específicos podem ser organizadas. Ainda de acordo com o autor, após a criança e seus pais estarem envolvidos no processo da TCC e estarem comprometidos com a possibilidade de mudança será então possível iniciar a intervenção.

Conforme Stallard (2010), a família pode ser tanto um fator de risco, como um fator de proteção em casos de crianças ansiosas. O risco está relacionado à genética existente, que pode influenciar nas questões do temperamento, assim como na inibição do comportamento, no caso de pais ansiosos. Em relação à predisposição genética, deve-se tomar cuidado, pois, conforme estudos, nem sempre a criança que possui pré-disposição será ansiosa. É necessário levar-se em consideração também questões ambientais, ou seja, o ambiente em que ela está inserida, inclusive, as influências dos próprios pais. Pode-se perceber através das entrevistas o quanto o meio pode influenciar para que as crianças fiquem mais ou menos ansiosas. Tanto Idione quanto Caroline, confirmam que pais ansiosos podem contribuir para que os filhos também tornem-se ansiosos. Idione conta que, por isso, realiza uma entrevista primeiramente com os pais e, se perceber essa característica nos mesmos, orienta-os a também realizarem terapia, pois só assim será possível obter resultados com o filho.

Partindo desse pressuposto, é indispensável a participação dos pais no tratamento dos filhos. Conforme Stallard (2010) deve-se levar em consideração a forte associação entre a ansiedade do filho e a ansiedade parental, podendo-se incluir um componente de tratamento que aborde e se foque também na ansiedade desses genitores. Caroline exemplifica falando das fobias, por exemplo, onde há um percentual alto de crianças com a mesma fobia de um dos pais, ou de alguém muito próximo da família, que convive bastante com a criança.

Outro ponto-chave que ambas trouxeram foi em relação a criar um modelo de tratamento junto com os pais, pois para que o mesmo seja eficaz é necessário que os pais o compreendam e possam dar continuidade em casa. Ambas as profissionais ressaltam a importância da psicoeducação para os genitores, deixando bem claro os princípios da TCC.

4.2 Psicoeducando pais e crianças

A psicoeducação consiste em uma explicação sobre o transtorno, sua etiologia, sintomas e tratamento, sendo um instrumento que o terapeuta cognitivo utiliza em seu trabalho com frequência. É realizada nas sessões iniciais na presença da criança e dos pais (CAMINHA; CAMINHA, 2007).

De acordo com as psicólogas entrevistadas, no trabalho com crianças, a psicoeducação é uma abordagem utilizada para auxiliar os pais em determinadas situações, poder orientá-los sobre como podem ou devem agir, fornecer conhecimento sobre o transtorno e esclarecer possíveis dúvidas.

Caminha e Caminha (2007), afirmam que os terapeutas podem fazer uso de livros, filmes, personagens infantis para facilitar a compreensão dos pais e da criança, o que corrobora com a fala das profissionais, que proporcionam o manuseio de livros e revistas que possam auxiliar no entendimento dos pais, emprestam publicações e fornecem materiais para que levem para casa. Quanto à psicoeducação com as crianças, Idione afirma que é preciso ter cuidado para não rotulá-las de ansiosas, trabalhando apenas no sentido de que compreendam seus sentimentos e comportamentos.

Ambas entrevistadas relataram o uso de livros nas sessões, tanto os que têm por objetivo orientar as crianças e os pais com relação à terapia e aos sintomas da criança, como livros de literatura infantil com histórias que são terapêuticas. Nestes livros os personagens lidam com problemas e situações parecidas com as que a criança está passando, fazendo com que ela se identifique com a história. Caroline destacou alguns livros, como “O Domador de

Monstros”, no qual o personagem tem medo de monstros e o livro conta como ele vai lidando e superando esse problema. Outro exemplo é a publicação “Até as Princesas Soltam Pum”, que mostra que não somos perfeitos.

Neste mesmo sentido a psicóloga Idione coloca que utiliza alguns livros que contêm espaços para a criança completar informações e destaca que “é muito legal, porque vai dando espaço para a criança preencher, fazer desenhos, colocar como está se sentindo, desenhar o que está preocupando ela”. Ela relata ainda que esse tipo de livro a criança pode levar para casa e o que ela constrói é trabalhado na sessão. Idione completa dizendo que as crianças gostam e se identificam muito com essa atividade, geralmente dizendo “quem escreveu esse livro parece que me conhecia”.

Bunge, Gomar e Mandil (2012) citam que o uso de biblioterapia, contos e implementação de narrativas terapêuticas são recursos muito utilizados na TCC, pois as histórias que contêm elementos parecidos com a situação da criança, as metáforas utilizadas nas fábulas são um meio de estimular a criança e trabalhar suas questões. As técnicas narrativas onde é criada uma história problematizando a situação vivida pela criança também é muito utilizada, pois permite a criança externalizar seus problemas e aprender a lidar com eles.

O Baralho das Emoções foi um instrumento citado como muito utilizado pelas duas psicólogas. Ele é composto por cartas com desenhos que expressam emoções, podendo ser utilizado ao longo de todo tratamento, inclusive com os pais, auxiliando o terapeuta a identificar as emoções da criança. Tal prática corrobora com o que escreve Stallard (2010), de que o reconhecimento das emoções é uma etapa muito importante do tratamento de crianças com características de ansiedade, pois elas precisam reconhecer a emoção, o pensamento e o sentimento ligado ao seu sintoma para que possam identificar as situações que lhe causam mais ansiedade e aprender a lidar com isso.

Outros materiais para trabalhar de forma lúdica também foram citados durante as entrevistas, tais como fantoches, dedoches, família terapêutica, brinquedos e quadro branco, através dos quais a criança se expressa. Esses materiais permitem que o terapeuta se aproxime do mundo infantil.

4.3 Os transtornos e as características mais frequentes

Quanto às psicopatologias mais frequentemente encontradas no consultório, tanto Caroline quanto Idione citam, em primeiro lugar, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Logo em seguida vêm as fobias: fobias específicas (de chuva, de animais) e fobia social e escolar. Ansiedade de separação, em crianças menores, em idade pré-escolar – mais comum nas meninas, segundo Caroline –, e transtorno do pânico, mais usual em crianças em idade escolar, aparecem logo em seguida.

A prática das duas psicólogas vai ao encontro dos achados relatados em teoria. “Dados coletados em amostras comunitárias mostram que o transtorno de ansiedade de separação é um dos quadros clínicos mais frequentes dentre os transtornos de ansiedade” (COSTELLO, 1989; PRIOR & COLS, 1999; BEIDEL & COLS., 1999 *apud* VIANNA, CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009, p. 51). A prevalência, segundo o estudo, varia de 3 a 5 % em crianças. Já a prevalência do TAG em crianças e adolescentes norte-americanos em amostras comunitárias varia entre 2 e 4% (FLEITLICH-BILYK & GOODMAN, 2004, *apud* VIANNA, CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). A taxa de prevalência do Transtorno de Ansiedade Social, por sua vez, na população infanto-juvenil norte-americana se apresenta em torno de 2,5%, sendo mais prevalente em meninas (CHAVIRA & STEIN, 2005, *apud* VIANNA, CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

Caroline lembra que ansiedades e medos são de certa forma, comuns na infância. Por isso, para fazer um diagnóstico, é muito importante atentar para a intensidade, duração, frequência e número de sintomas. Segundo ela, as crianças podem demonstrar modificações no humor, no comportamento, cognitivas ou de relacionamento. Comportamentos de evitação, inquietação, roer unhas, chupar os dedos, comer compulsivamente são alguns exemplos. Elas podem apresentar queixas somáticas como tonturas, falta de ar, dor de barriga. Muitas vezes se mostram desatentas e distraídas.

Idione complementa que é frequente o indicativo de ansiedade de separação vir por encaminhamento do pediatra, quando os pais se queixam que a criança não consegue dormir no quarto dela, ou que não está se adaptando na escola, não quer ficar, chora, por exemplo. Ela explica que segue o modelo teórico do DSM, fazendo uma avaliação multiaxial, começando com uma entrevista com os pais, dando um questionário para que levem para casa – criado internamente, na sua clínica –, questionando desde dados da gestação, antecedentes familiares, etc. Ambas citaram o uso do instrumento CBCL, usado em pacientes de 4 a 18 anos para verificar comportamentos que muitas vezes os pais podem esquecer de relatar na entrevista e que ajudam no diagnóstico.

4.4 As comorbidades

Nos transtornos de ansiedade pode-se encontrar comorbidades significativas e, devido a isso, é possível confundir alguns transtornos de ansiedade específicos (STALLARD, 2010). Tanto Idione quanto Caroline destacam a depressão como o transtorno mais comumente associado à ansiedade. Ambas relatam a dificuldade e o cuidado com o diagnóstico na infância, especialmente quando há comorbidades. Segundo estudos com amostras clínicas, 50% dos casos de ansiedade de separação vêm acompanhados de outros distúrbios de ansiedade, e outros 33% tem comorbidade com depressão (LAST & cols., 1996; SUVEG & cols., 2005 apud VIANNA, CAMPOS, e LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009). Ainda, a presença de comorbidades é extremamente comum em casos de crianças e adolescentes com TAG, sendo o transtorno depressivo um dos mais recorrentes (MASI e cols., 2004, apud VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo presente trabalho foi possível confirmar achados teóricos na clínica atual e alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, identificando as principais características de ansiedade em crianças e os recursos terapêuticos mais frequentes e eficazes dentro da abordagem da TCC. Alterações de humor, no comportamento, dificuldades de relacionamento, evitações, inquietação, atos compulsivos e dificuldade de enfrentamento de situações como ir à escola ou afastar-se de pais e cuidadores – levando sempre em conta a intensidade, duração, e a frequência –, estão entre os principais sinais e sintomas para se identificar traços ansiosos ou possíveis transtornos de ansiedade infantil.

Pode-se concluir, com base na literatura e nas entrevistas com as psicólogas, que o terapeuta infantil deve ser flexível e criativo, pois muitas vezes é necessário adaptar os métodos utilizados para a realidade de cada criança. Outro ponto importante é ter conhecimento sobre a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, visto que existem características de cada fase a serem levadas em conta no diagnóstico e na escolha das abordagens mais adequadas.

Pensando em um tratamento assertivo, destaca-se a importância de uma anamnese detalhada, que contemple desde o nascimento da criança até a atualidade, como forma de

conhecer o maior número possível de detalhes da história do paciente. Além de trabalhar com a criança, é fundamental o envolvimento dos pais, já que são eles que irão apoiar a criança e ajudá-la durante o tratamento. Sempre que necessário é importante também envolver a escola, que pode ser fonte de informações e aliada no tratamento. Muitas vezes, faz-se necessário também orientar e apoiar educadores, que demandam informações sobre como agir e ajudar a criança com ansiedade.

É muito importante que o terapeuta esteja atento à família e ao ambiente em que a criança se encontra, já que crianças ansiosas geralmente reproduzem a ansiedade dos pais e familiares próximos. A própria atualidade social pode gerar muita ansiedade, com crianças cheias de atividades pedagógicas e esportivas, por exemplo, sobrando pouco tempo para “serem crianças”. Nesse contexto, preocupações em excesso, que não fariam parte do repertório infantil passam a se fazer presentes, sendo difícil para a criança lidar com tudo isso.

A partir da elaboração do presente trabalho pode-se concluir também que quando uma criança possui um transtorno de ansiedade e o mesmo não é tratado devidamente, o sintoma tende a persistir por todo seu desenvolvimento. São pontos encontrados na literatura, que corroboram com o discurso das profissionais entrevistadas. Uma delas afirma que grande parte de seus pacientes já adolescentes ou adultos apresentam características de ansiedade desde a infância.

Com a pesquisa bibliográfica realizada e as entrevistas é possível afirmar que a TCC cumpre seu papel no tratamento de crianças com características de ansiedade, utilizando métodos e abordagens que trazem alívio para a criança e para os pais. A criança vai compreendendo seus sintomas e se apropriando de seus pensamentos, sentimentos e emoções, aprendendo a reconhecê-los e com isso melhorando ao longo do tratamento.

6 REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 70, 2011.
- BUNGE, E.;GOMAR,M.;MANDIL,J..**Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes: Aportes Técnicos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012
- CLARK, David A., BECK, Aaron T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre : Artmed, 2012.
- COORD. ORGANIZ. MUNDIAL DA SAÚDE.**Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- JUNIOR, Ari Pedro Balieiro. **Terapia Cognitivo Comportamental com Crianças**. Campinas, UniCamp: 2001. Disponível em <<http://www.apoiar.org.br/artigos2.asp?codigo=176>>. Acesso em: 12 set. 2014.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2011.
- PETERSEN, Circe Salcides; WAINER, Ricardo, et al. **Terapias Cognitivo-Comportamentais para crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- STALLARD, Paul. **Ansiedade. Terapia Cognitivo-Comportamental para Crianças e Jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado**. Porto Alegre: ARTMED, 2008.
- VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza; CAMPOS, Angela Alfano; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. **Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2009, Volume 5, Número 1. Disponível em: <http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=94>. Acesso em: 23 ago.2014.

ANEXO – Roteiro de entrevistas

PERGUNTAS A SEREM DIRECIONADAS ÀS PSICÓLOGAS ENTREVISTADAS

- 1- Como é o atendimento inicial de crianças que buscam o consultório com queixa de ansiedade ou características que podem levar a pensar nesse diagnóstico?
- 2- Como é feito o diagnóstico das características de ansiedade em crianças?
- 3- Quais as principais dificuldades na realização do diagnóstico?
- 4- Qual o comportamento apresentado, em geral, por crianças com ansiedade durante as sessões e também em diferentes contextos (família, escola)?
- 5- Quais os principais tipos de ansiedade apresentados na infância?
- 6- Como é possível trabalhar essas características ansiosas em crianças, utilizando-se da TCC?
- 7- Quais os principais recursos terapêuticos utilizados?
- 8- Pela sua experiência, qual(s) a(s) mais eficaz(es)?
- 9- Quais os resultados obtidos e em quanto tempo, em geral?
- 10- Pela sua experiência, crianças com ansiedade tendem a ser adultos ansiosos? Qual a relação entre ansiedade na infância e na adultez?
- 11- E as possíveis comorbidades? Crianças com ansiedade costumam apresentar outras doenças ou condições emocionais associadas?

AUTOAVALIAÇÃO

As integrantes do grupo envolveram-se ativamente e em igual parte na elaboração do artigo. Foram realizadas reuniões para discutir ideias, dividir tarefas, compartilhar materiais para o referencial teórico e analisar dados obtidos na pesquisa bibliográfica e após as entrevistas com as psicólogas. O grupo dividiu-se em duas partes e cada uma delas foi pessoalmente entrevistar as profissionais, sendo que todas as acadêmicas participaram das entrevistas, tiveram acesso a todo conteúdo coletado e trabalharam na análise dos resultados.

As principais aprendizagens construídas ao longo da construção do artigo foram sobre a diferença entre ansiedade e medo, como se fundamenta a terapia cognitivo-comportamental, como é possível trabalhá-la com criança ansiosas, além das novas classificações dos transtornos de ansiedade de acordo com o DSM-5. A elaboração dessa APS foi uma oportunidade de estudar mais as intervenções na infância, já que não temos uma disciplina que aborde especificamente de TCC na infância. Também achamos muito rica a oportunidade das entrevistas com as psicólogas, porque assim vimos na prática o que a teoria fala, tivemos contato com os materiais por elas utilizados, e o próprio consultório – que é diferente de quem atende adulto.

A principal dificuldade enfrentada ao longo de todo o trabalho foi selecionar o material sobre TCC e abordagens com a infância que entraria no referencial teórico. A ajuda da professora supervisora nessa orientação e indicação de material bibliográfico foi importantíssima, assim como a dedicação e empenho de cada uma das participantes.

Para que o processo possa ser melhorado, sugerimos que o tempo para entrega do projeto seja encurtado e que seja aumentado o tempo para a elaboração do artigo, já que configura-se na fase mais trabalhosa e necessária de revisões e de um acompanhamento mais próximo e cuidadoso.

Embasadas no resultado do trabalho, com objetivos alcançados, atribuímos a nota 10 sobre 10 para essa autoavaliação de grupo.