



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM TERAPIA COGNITIVO-
COMPORTAMENTAL**

BRUNA LETÍCIA DOS REIS SILVA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFANTIL E TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

São Paulo

2018

BRUNA LETÍCIA DOS REIS SILVA

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFANTIL E TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso Lato Sensu

Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins

São Paulo

2018

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada a fonte.

Silva, Bruna Letícia dos Reis

Transtorno de ansiedade infantil e Terapia Cognitivo-Comportamental

Bruna Letícia dos Reis Silva, Renata Trigueirinho Alarcon, Eliana Melcher Martins
– São Paulo, 2018.

32 f. + CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Trigueirinho Alarcon

Coorientadora: Prof^a. Msc. Eliana Melcher Martins

1 Transtorno de ansiedade infantil, 2. Terapia Cognitivo-Comportamental. I. Silva, Bruna Letícia dos Reis. II. Alarcon, Renata Trigueirinho. III. Martins, Eliana Melcher.

Bruna Letícia dos Reis Silva

Transtorno de ansiedade infantil e Terapia Cognitivo-Comportamental

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em
Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das
exigências para obtenção do título de Especialista
em Terapia Cognitivo-Comportamental

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. _____

Parecer: _____

Prof. _____

São Paulo, ____ de _____ de _____

Dedico esse trabalho a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

*“Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos: ternura,
pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.”*

(Louis Pasteur)

AGRADECIMENTOS

À minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando e incentivando.

Aos professores do CETCC por todo conhecimento e experiências compartilhadas.

Aos colegas de turma pelas experiências e aprendizados trocados durante o curso.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar e compreender sobre as possibilidades de aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento de Transtornos de Ansiedade na infância. Sendo a ansiedade algo inerente ao ser humano, buscou-se identificar e distinguir sobre a ansiedade normal e esperada, da ansiedade considerada patológica na infância, fase inicial e de grande importância no desenvolvimento do ser humano. Além disso, foram identificados os tipos de transtornos de ansiedade que podem se manifestar durante a infância e os possíveis sintomas psíquicos, físicos e comportamentais. Foi utilizado como metodologia, o levantamento bibliográfico de livros, dissertações e artigos de referência sobre o assunto abordado. O estudo realizado indica a importância do acompanhamento e tratamento psicoterápico diante do aparecimento de sintomas de ansiedade na infância, assim como prevenção e promoção de saúde para prevenção em relação ao desenvolvimento de possíveis transtornos na fase adulta.

Palavras-chave: Ansiedade infantil, Intervenções Terapia Cognitivo-Comportamental na infância, Transtorno de ansiedade na infância, Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de ansiedade infantil.

ABSTRACT

This study aimed to analyze and understand the possibilities of applying Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in the treatment of childhood Anxiety Disorders. Being anxiety something inherent to the Human Being, we sought to identify and distinguish about normal and expected anxiety, anxiety considered pathological in childhood, initial phase and of great importance in the development of the human being. In addition, we identified the types of anxiety disorders that may manifest during childhood and the possible psychic, physical, and behavioral symptoms. It was used as methodology, the bibliographical survey of books, dissertations and reference articles on the subject addressed. The present study indicates the importance of psychotherapeutic follow-up and treatment in the face of the appearance of anxiety symptoms in childhood, as well as prevention and health promotion for prevention in relation to the development of possible disorders in adulthood.

Keywords: Child Anxiety, Interventions Cognitive-Behavioral Therapy in Childhood, Childhood Anxiety Disorder, Cognitive-Behavioral Therapy in the treatment of childhood anxiety.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1 INTRODUÇÃO

A infância é vista como grande marco no desenvolvimento do ser humano e isso faz com que cada vez mais surjam estudos envolta dos aspectos emocionais do desenvolvimento infantil, buscando enfatizar e significar sobre as necessidades emocionais infantis.

Através do avanço das tecnologias e rotina cada vez mais agitada, observa-se a necessidade de estudos sobre o desenvolvimento infantil, uma vez que, crianças estão expostas a muitos estímulos externos, os quais muitas vezes, não envolvem limites e reais necessidades de exposição.

Sendo a infância um período do desenvolvimento onde ocorrem muitas mudanças e o nível de ansiedade sofre oscilações conforme o crescimento da criança, há indícios de que estímulos externos gerem diversas sensações e emoções diante de mudanças de rotina e no ambiente familiar, podendo assim, a criança desenvolver transtorno de ansiedade infantil.

Os transtornos de ansiedade são identificados como sendo parte dos transtornos de maior prevalência na infância, perdendo apenas para os Transtornos de Conduta e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (ASBAHR, 2004).

Sendo a ansiedade caracterizada por desconforto e apreensão diante de alertas e antecipação de perigos por situações desconhecidas, observam-se sentimentos desagradáveis de medo e possíveis dificuldades de lidar com tais situações e apreensões (ASBAHR, 2004).

O desenvolvimento emocional infantil é influenciado pela maneira como as crianças percebem a manifestação de preocupações e medos, sendo que diferente de adultos, podem não ser capazes de interpretar tais manifestações como reais ou não, ocasionando sintomas de estresse e ansiedade, podendo causar prejuízos importantes no funcionamento normal da infância (PETERSEN, WAINER, 2011).

Em crianças, os transtornos de ansiedade mais comuns são: o transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e fobias específicas, mas pode-se encontrar também: transtorno de ansiedade social e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), necessitando de avaliação clínica e tratamento eficaz (ASBAHR, 2004).

Diante de sintomas de ansiedade e dificuldades de elaboração de pensamentos e comportamentos, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), vem demonstrando ao longo dos anos, grande eficácia e efetividade no tratamento de transtornos emocionais na infância (PUREZA et al., 2014).

A TCC foi desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 1960, a fim de se obter uma terapia que pudesse ser estruturada, com atenção ao presente do paciente tendo como foco a elaboração e solução de conflitos atuais, buscando modificar pensamentos e comportamentos ditos como disfuncionais (BECK, 2013).

A abordagem inicialmente desenvolvida para tratar transtorno depressivo em adultos, demonstra algumas semelhanças no atendimento com crianças, diante de mesmos princípios básicos da abordagem, diferenciando-se na maneira como busca-se o acesso e entendimento durante as técnicas utilizadas, que acontecem através do brincar durante a sessão com a criança. Há o uso de comunicação, algumas vezes não verbal, para que se consiga a compreensão do funcionamento cognitivo da criança (PUREZA et. al. 2014).

Diante de sessões estruturadas, a abordagem terapêutica busca flexibilização e reestruturação de pensamentos e comportamentos da criança, incluindo intervenção direta com os pais/responsáveis, a qual se faz de grande importância para o tratamento (PUREZA et. al. 2014).

O tratamento psicológico com crianças não pode ser considerado apenas como tratamento de um transtorno em si, mas também como prevenção desses transtornos e promoção de saúde (PETERSEN, WAINER, 2005).

A Terapia Cognitivo-Comportamental propõe intervenções eficazes no trabalho diante de emoções e sentimentos desadaptativos, que geram pensamentos e comportamentos disfuncionais, gerando sofrimento diante de situações não bem elaboradas, levando em consideração o modelo cognitivo apresentado por Beck (BECK, 2013).

Diante de tais intervenções, busca-se com a TCC o tratamento através de diferentes técnicas cognitivas e comportamentais, com objetivo de auxiliar a criança a reconhecer e saber lidar com suas emoções, sentimentos e com o transtorno de ansiedade em si.

2 OBJETIVO

Esse trabalho teve como objetivo analisar e compreender a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento de Transtornos de ansiedade na infância.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido por levantamento bibliográfico de dissertações e artigos científicos através das seguintes bases de dados eletrônicas: Scielo, BVS, Google acadêmico, Periódicos Capes e livros de referência sobre o assunto.

As palavras-chave utilizadas foram: Terapia Cognitivo-Comportamental na infância, Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças, Ansiedade infantil, técnicas para ansiedade infantil, anxiety in childhood, childhood anxiety disorder.

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos que abordassem temas em relação à ansiedade infantil e a utilização da Terapia Cognitivo-Comportamental como tratamento. Artigos baseados no tratamento de ansiedade infantil com utilização de outras abordagens foram excluídos.

4 RESULTADOS

Segundo o dicionário, a ansiedade caracteriza-se por:

Desconforto físico e psíquico; agonia, aflição, angústia. [figurado] Desejo intenso e impetuoso; impaciência, sofreguidão, avidez. [figurado] Ausência de tranquilidade; medo, receio. [Psicologia] Condição emocional de sofrimento, definida pela expectativa de que algo inesperado e perigoso aconteça, diante da qual o indivíduo se acha indefeso (DICIO, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS, S/D).

A ansiedade é definida como um estado emocional, com características psicológicas e fisiológicas que são inerentes ao desenvolvimento humano, podendo se tornar patológica, quando surge de maneira exagerada e sem uma real situação ameaçadora.

A ansiedade é considerada um desconforto psíquico e percepção negativa em relação ao futuro, surgindo manifestações psíquicas e fisiológicas (taquicardia, sudorese, tensão muscular, tremores, inquietação, pensamentos ruminantes e etc.) (DALGALARRONDO, 2000).

Segundo Kendall (2006) apud Petersen (2011), a ansiedade pode ser definida em quatro dimensões: emoções, comportamentos, pensamentos e corpo.

Quando em excesso, a ansiedade que acontece como uma reação corporal natural pode causar grandes consequências para a vida do indivíduo, passando a ser considerada não mais como natural e sim como um transtorno de ansiedade, que é um conjunto de sintomas fisiológicos e psicológicos que passam a interferir no funcionamento cognitivo e comportamental do indivíduo (OLIVEIRA, 2011).

A causa mais comum da ansiedade é de natureza psicológica, em decorrência de comunicações verbais ou não, interpretadas através de valores e crenças socioculturais, que levam o indivíduo a sentir mudanças em seu humor, tornando-se desconfortável diante de determinadas situações (CAIRES, 2010).

Entende-se a ansiedade como algo inerente ao homem, a fim de manter a sobrevivência humana desde os primórdios. A ansiedade aparece correlacionada ao medo, sendo o medo uma resposta emocional a uma ameaça real, enquanto a ansiedade é a antecipação de tal ameaça. Tais estados se sobrepõem, assim como se diferenciam, podendo diminuir seu nível através de comportamentos de fuga ou esquiva (APA, 2014).

Para Kendall (2006) apud Petersen et. al. (2011), o medo é definido em cinco fatores: medo de críticas ou de falhar/errar; situações ou coisas desconhecidas; de se machucar; de pequenos animais; perigos ou morte e de doenças. Tais medos, segundo autor, tendem a diminuir à medida que a criança cresce.

A ansiedade passa a ser patológica quando se torna uma emoção desagradável e incômoda, que surge sem estímulo externo apropriado ou proporcional para explicá-la, ou seja, quando a intensidade, duração e frequência estão aumentadas e associadas ao prejuízo no desempenho social ou profissional do paciente (HELDT et al., 2013, p. 114).

Considera-se a ansiedade como um transtorno, quando passa de ser adaptativa, a persistir além de períodos apropriados, passando a serem excessivos. Alguns dos transtornos de ansiedade têm início na infância e quando não tratados, tendem a persistir na fase adulta. Há prevalência em indivíduos do sexo feminino, com proporção aproximada de 2 para 1 (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), o transtorno de ansiedade só pode ser diagnosticado caso não seja consequência de efeitos do uso de medicamentos ou outras substâncias que possam causar os mesmos sintomas fisiológicos encontrados no transtorno de ansiedade.

Os transtornos ansiosos destacam-se como uma das doenças psiquiátricas mais comuns na infância, ficando atrás apenas dos transtornos de conduta e de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) (KOHN; DREYER, 2017).

Para James et. al. (2015), o diagnóstico de transtorno de ansiedade na infância é um desafio diante da precisão necessária em diferenciar as preocupações e medos normais das patológicas no desenvolvimento da criança. Sendo assim, é importante compreender sobre os padrões de desenvolvimento dos tipos de ansiedade, a fim de identificar e distinguir tais características.

Para Asbahr (2004), o desenvolvimento emocional na infância, atua sobre as causas e a forma como os medos ou preocupações vão se manifestar, sejam de forma normal ou patológica. Desta maneira, as crianças, diferente dos adultos, podem não identificar seus medos como irracionais ou exagerados. Segundo o autor, os transtornos ansiosos, assim como a maioria das doenças psiquiátricas, são considerados como condições relativas ao neurodesenvolvimento, com importante contribuição genética.

No início da infância, as crianças pequenas estão referenciadas por princípios de sobrevivência, os quais são envolvidos com o medo e a ansiedade em relação a repentinos ruídos, situações incomuns e alerta em relação a pessoas desconhecidas. Ao longo do tempo, quando a criança começa a desenvolver apego aos seus cuidadores primários, pode-se surgir o medo de separar-se e se ver sozinha que aparece até o final do primeiro ano. Em torno da segunda infância, aos 6 anos mais ou menos, começa a surgir para a criança, certa independência e reconhecimento de seu potencial a vulnerabilidade, que pode influenciar para a persistência de preocupação com a perda dos pais ou a sua separação com os mesmos. Nessa fase, podem surgir também medos mais específicos, como o temor de animais e do escuro. Ao longo dos 10 aos 13 anos, as crianças conseguem ter mais consciência de sua própria vulnerabilidade, surgindo então os medos em relação a ferimentos, morte e perigos (STALLARD, 2010).

A infância, entre os 6 e 12 anos de idade, é marcada como um período em que acontecem mudanças mentais, emocionais, físicas e sociais, ocorrendo também importantes transformações em relação a relacionamentos e desenvolvimento da autoestima (PAPALIA; OLDS, 2000).

Entende-se a infância como um marco no desenvolvimento humano, sendo marcado por fases em que demandam certa maturidade emocional e estrutura psíquica diante estímulos externos, os quais podem ser determinantes no desenvolvimento infantil.

Diante de tais expectativas em relação às crianças, é observável que a exposição em que se colocam, pode tornar o desenvolvimento infantil em uma fase de estresse e aflições, gerando ansiedade frente a determinados estímulos.

Espera-se das crianças modernas que sejam bem-sucedidas na escola, competitivas no esporte e que atendam às necessidades emocionais dos pais. Elas ficam expostas aos problemas dos adultos que aparecem na televisão e na vida real antes de ter domínio sobre os problemas da infância[...] o ritmo de vida com horários rígidos pode ser estressante (PAPALIA; FELDMAN, 2013 p. 379).

Para Papalia e Feldman (2013), eventos estressantes fazem parte do período da infância e grande parte das crianças consegue lidar bem com tais eventos. Porém, quando o estresse se torna angustiante, pode acarretar em problemas psicológicos. Os autores indicam ainda que atualmente as crianças estão cada vez

mais amadurecendo prematuramente, o que faz com que a infância se torne um período estressante, diante da pressão e rotina cotidiana imposta pelos pais e pela sociedade.

Para Stallard (2010), as preocupações que surgem na infância são comuns e de certa maneira indicam fazer parte do desenvolvimento infantil normal, sendo que nos transtornos de ansiedade tais preocupações aparecem de maneira mais intensa e ao longo do desenvolvimento as crianças começam a se desenvolver, assim como sua capacidade cognitiva que tende a aumentar e mudar o foco das preocupações, alterando-as de concretas para abstratas, com melhor elaboração do que se sente ou pensa.

Muitas vezes desconhecida, a causa dos transtornos ansiosos no período da infância, inclui diversos fatores ambientais e hereditários, sendo os mais comuns os transtornos de ansiedade generalizada, fobias específicas e de separação (CASTILLO, et. al. 2000).

Para Stallard (2010), há algumas possibilidades em relação ao desenvolvimento dos transtornos de ansiedade na infância.

As influências genéticas e os fatores de temperamento são elementos de predisposição que podem aumentar a vulnerabilidade. As influências ambientais importantes incluem fatores familiares, experiências de aprendizagem e fatores cognitivos (STALLARD, 2010 p. 16).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), o transtorno de ansiedade generalizada, apresenta características de preocupações excessivas sobre várias atividades e eventos, havendo preocupação desproporcional a um acontecimento irreal e antecipado. Na infância, esse transtorno tende a apresentar nas crianças, preocupações excessivas diante da sua competência e ou qualidade de seu desempenho, podendo haver modificações do foco da preocupação, afetando no funcionamento psicossocial da criança.

São preocupações mais intensas e angustiantes, com maior tempo de duração, podendo estar associadas a tremores, dores musculares, nervosismo, além de sintomas como sudorese e náusea.

Em crianças, as preocupações que envolvem o transtorno de ansiedade generalizada, são relativas à escola e desempenho esportivo, podendo fazer com que a criança seja extremamente perfeccionista e insegura, tendo comportamento

de refazer determinadas tarefas diante de sua insatisfação com o resultado (APA, 2014).

O diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada em crianças deve ser feito através de minuciosa avaliação, para que sejam descartados outros transtornos de ansiedade da infância, seguindo os seguintes critérios diagnósticos:

Critérios Diagnósticos (F41.1) A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional). B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças. 1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele. 2. Fatigabilidade. 3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente. 4. Irritabilidade. 5. Tensão muscular. 6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo). F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no transtorno de pânico, avaliação negativa no transtorno de ansiedade social [fobia social], contaminação ou outras obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, lembranças de eventos traumáticos no transtorno de estresse pós-traumático, ganho de peso na anorexia nervosa, queixas físicas no transtorno de sintomas somáticos, percepção de problemas na aparência no transtorno dismórfico corporal, ter uma doença séria no transtorno de ansiedade de doença ou o conteúdo de crenças delirantes na esquizofrenia ou transtorno delirante) (APA, 2014 p. 222- 223).

O transtorno de ansiedade generalizada apresenta fatores de risco temperamentais, que envolvem: “inibição comportamental, afetividade negativa (neuroticismo) e evitação de danos” (APA, 2014 p. 225), havendo prevalência cerca de 55 a 60% no sexo feminino.

“O transtorno de ansiedade generalizada é uma preocupação persistente, excessiva e intensa a respeito de uma variedade de eventos futuros e passados” (STALLARD, 2010 p. 23).

O DSM-5 (APA, 2014), retrata sobre a fobia específica em crianças, diante de apresentação de medo ou ansiedade expressado por choros, ataques de raiva, imobilidade ou comportamentos de agarrar-se diante de estímulos fóbicos. Nesse transtorno, há uma característica essencial sobre o medo ou ansiedade, o qual é

relacionado a uma situação ou objeto particular, devendo ser intenso ou grave para haver diagnóstico, não sendo pareado a medos normais transitórios, observados na população em geral. Outra característica importante é sobre a frequência das manifestações da fobia, que deve acontecer, quase sempre que o indivíduo entre em contato com o estímulo fóbico. Nesse transtorno, observam-se esquivas ativas, onde o indivíduo evita situações em que será colocado em contato com o estímulo fóbico, havendo medo ou ansiedade desproporcional em relação a um perigo real.

A fobia específica pode acontecer diante de animais, ambiente natural ou situacional, sendo mais encontrada no sexo feminino. Acontece, geralmente após um evento traumático (p. ex., ser atacado por um inseto), por observação de outra pessoa passando por tal evento (p. ex., ver alguém se afogar) ou por ataque de pânico diante a situação temida (p. ex., ataque de pânico em transporte público). Se desenvolve, geralmente, na infância, havendo probabilidade de apresentar recidivas e remissões durante tal período (APA, 2014).

Seguindo ainda os critérios encontrados no DSM-5, no diagnóstico em crianças, deve-se atentar que crianças pequenas dificilmente conseguem ser capazes de compreender o significado de esquiva diante de seus comportamentos, sendo necessário, avaliar e juntar informações com os pais, professores e pessoas que convivem com a criança. “Quando o diagnóstico de fobia específica está sendo considerado em uma criança, é importante avaliar o grau de prejuízo e a duração do medo, ansiedade ou esquiva e se ele é típico para o estágio do desenvolvimento particular da criança” (APA, 2014 p. 200).

Critérios Diagnósticos A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue). Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se. **B.** O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade. **C.** O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento. **D.** O medo ou ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural. **E.** O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses. **F.** O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. **G.** A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como

no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social). (APA, 2014 p. 197-198).

Seguindo os critérios, deve-se atentar para os sintomas e situações temidas, para que não haja avaliação errada em relação a outros transtornos de ansiedade, necessitando de um diagnóstico diferencial.

“As fobias específicas são reações extremas mal adaptativas de medo de objetos ou situações específicas que persistem e causam angústia intensa à criança” (STALLARD, 2010 p. 20)

Entende-se o transtorno de ansiedade de separação, como um transtorno que se desenvolve geralmente na infância, podendo também ser observado ao longo do desenvolvimento até a idade adulta, apresentando quadro de ansiedade excessiva frente à separação das figuras de apego ou de casa. Há sofrimento excessivo em relação à ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de pessoas que são vistas como figuras de apego, podendo também haver preocupação com o bem-estar dessas pessoas e com situações indesejadas com si mesmo, que o impedem de estar junto com a figura de apego (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA, 2009).

A criança passa a apresentar dificuldade em se ver longe de casa e conseqüentemente longe da figura de apego, não conseguindo permanecer longe, mesmo que seja na mesma casa, em cômodos diferentes (APA, 2014).

No transtorno de ansiedade de separação, há presença de sintomas físicos, como dores de cabeça, dores abdominais, náusea e vômitos, quando a criança se vê ou prevê a separação das figuras importantes de apego. Como características desse transtorno, encontra-se retraimento social, apatia, dificuldades de concentração e tristeza. Em alguns casos, percebe-se a manifestação do transtorno, apenas quando a separação é vivenciada. “Em crianças, o transtorno de ansiedade de separação é altamente comórbido a transtorno de ansiedade generalizada e fobia específica” (APA, 2014 p. 195).

Há maior prevalência em meninas, por apresentarem resistência ou comportamentos de esquiva referente a escola. A avaliação deve seguir os critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-5:

Critérios Diagnósticos (F93.0) A. Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos: 1. Sofrimento excessivo e recorrente

ante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego. 2. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença, ferimentos, desastres ou morte. 3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder-se, ser sequestrado, sofrer um acidente, ficar doente). 4. Relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se de casa, ir para a escola, o trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação. 5. Temor persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos. 6. Relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figura importante de apego. 7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação. 8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de apego ocorre ou é prevista. B. O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes e geralmente seis meses ou mais em adultos. C. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como a recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações envolvendo a separação em transtornos psicóticos; recusa em sair sem um acompanhante confiável na agorafobia; preocupações com doença ou outros danos afetando pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações envolvendo ter uma doença no transtorno de ansiedade de doença (APA, 2014 p. 190-191).

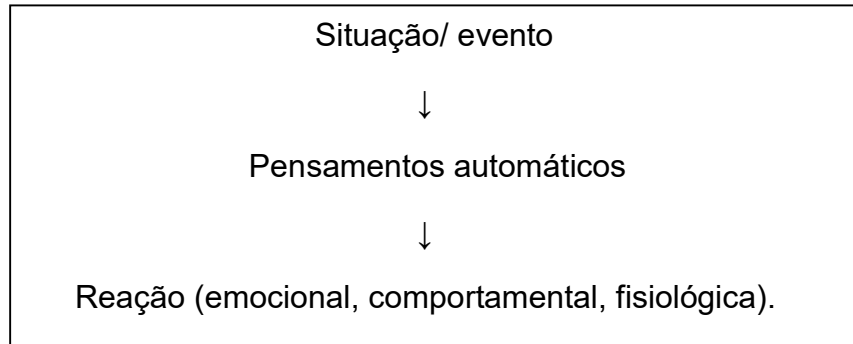
Diante da apresentação dos tipos de ansiedade na infância, um tema comum entre eles é a percepção que a criança tem diante de uma ameaça, indiferente se a mesma é real ou imaginária que acaba por gerar ansiedade.

Segundo Asbahr (2004), há estudos que comprovam a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental como tratamento de transtornos ansiosos na infância, sendo enfatizada através de suas técnicas e modelo de aplicação.

O principal fundamento da Terapia Cognitivo-Comportamental baseia-se em pensamento, emoção e comportamento, trabalhando principalmente a relação entre eles, através do modelo cognitivo, proposto por Beck (BECK, 2013). Entende-se que a maneira como a pessoa processa e interpreta os acontecimentos/ situações é o que gera sofrimento, desta maneira a TCC busca flexibilizar e ressignificar tais interpretações de pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas para reestruturação cognitiva.

O modelo cognitivo baseia-se na hipótese de que as emoções, comportamentos e reações fisiológicas do indivíduo, são diretamente influenciados diante das percepções que ele tem dos eventos (BECK, 2013 p. 50) (Quadro 1).

Sendo assim, a maneira como o indivíduo se sente emocionalmente e como se comporta está relacionado em como ele interpreta e pensa sobre determinada situação.



Quadro 1- Modelo cognitivo, apresentado por Beck (BECK, 2013, p. 50).

A TCC, inicialmente criada para tratar adultos, já vem sendo estudada e aplicada na psicoterapia com crianças, enfatizando sobre a importância das intervenções com foco nas emoções. Os atendimentos na abordagem com crianças, difere do atendimento com adultos na maneira de intervir, pois necessita de algumas adaptações para que se chegue ao objetivo de modificações cognitivas e comportamentais. As diferenças são sobre a maneira de aplicação em relação a comunicação, que muitas vezes não acontece de maneira verbal, necessitando de recursos lúdicos. Outro aspecto importante é a intervenção realizada com os pais/responsáveis, a qual é de grande importância para a eficácia do tratamento (PUREZA, et. al., 2014).

Para Branco e Ferreira (2006), a TCC infantil tem proporcionado o relato verbal da criança, auxiliando na interação do terapeuta e paciente. Desta maneira, a abordagem abrange recursos através de entrevistas e orientações com os pais, observação da criança e sua interação na sessão, em casa e na escola, caso necessite. Também são utilizados o uso de desenhos e atividades lúdicas, o brincar, leituras, inventários de atividades diárias e monitoramento de comportamentos disfuncionais (SOUZA; BAPTISTA, 2001).

“Durante a brincadeira, é possível observar a capacidade de memorização da criança, suas ansiedades e seus medos, sua forma de lidar com o erro, seu nível de atenção e seu foco nas atividades” (FIGUEIRÓ, 2012, p. 27).

O brincar durante a sessão, pode ser visto como comunicação, atividade exploratória ou um meio prazeroso de aprendizagem. Sendo assim, o brincar é um

comportamento característico da infância, pertencente a um conjunto de atividades que compõe a noção de jogo e regras. Durante o brincar, a criança consegue ser exatamente o que é e ao mesmo tempo, associa o pensamento e comportamento, sendo seu meio de comunicação e expressão, transformando e transformando-se continuamente, sendo um meio de aprender a viver (AMBROS; DIEHL, 2013).

Pode-se observar que o brincar auxilia no amadurecimento interno da criança, assim sendo visto como forma mais espontânea e natural da criança se expressar e se comunicar. Através da brincadeira a criança começa a adquirir novas experiências e vivenciar diversos sentimentos e brincando ela amplia o conhecimento de si e do outro, sendo através da brincadeira com outras crianças que a mesma consegue organizar suas relações emocionais estabelecendo interação social.

Para Pureza et. al. (2014), é importante haver uma avaliação inicial com os pais/ responsáveis, para identificar e compreender as possíveis queixas sobre a criança, buscando colher todas informações necessárias para uma boa conceitualização cognitiva. Se faz necessário, uma entrevista de anamnese para identificar os aspectos emocionais, psicossociais e comportamentais da criança. Nesse processo inicial, podem ser usados questionários e escalas para que os pais respondam e seja abrangida a queixa inicial. Em específico, busca-se também compreender sobre a história pregressa da criança desde a gestação, seu desenvolvimento, hábitos rotineiros e alimentares, histórico familiar (doenças, econômicas, outros), assim como investigar como a criança se relaciona com seus pais, irmãos, familiares em geral e pessoas próximas, como professores e amigos (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

Diante da anamnese e avaliação para o planejamento terapêutico, Castillo et. al. (2000) indica a importância de haver uma investigação com os pais da criança de maneira detalhada sobre o início dos sintomas e possíveis causas que possam ter desencadeado (ex.: conflitos familiares, perdas de pessoas próximas seja por morte ou separação, doença de familiares, nascimento de irmãos). Indica-se identificar também, o temperamento da criança, se apresenta comportamentos de inibição, o tipo de relação que possui com os pais (se é um apego seguro ou hostil) e se há superproteção por parte dos familiares.

Os conflitos conjugais, a forma como o pai ou a mãe se relaciona com o cônjuge, o relacionamento entre irmãos, as estratégias educativas dos pais, as crenças dos pais sobre os filhos são outros aspectos que podem estar associados aos transtornos de ansiedade na infância (ASSIS, et. al. 2007, p. 19).

Outro ponto importante, segundo Pureza, et. al. (2014), é a investigação sobre a vida escolar, caso a criança já esteja inserida na mesma, pois a maneira como se comporta na escola com os colegas e figuras de autoridade (professores), assim como a maneira de aceitar as regras impostas, podem fornecer dados importantes na avaliação inicial.

Após a avaliação da anamnese, é importante a realização da conceitualização cognitiva do caso, pois através dela busca-se o entendimento e planejamento das práticas a serem utilizadas durante o tratamento psicoterápico com o paciente. Deve haver atenção de que os protocolos de conceitualização cognitiva infantil, precisam ser reavaliados durante todo o período de atendimento psicoterápico, tendo como foco principal os pensamentos relacionados aos conflitos atuais da criança e suas possíveis dificuldades frente ao entendimento das informações relacionadas ao comportamento disfuncional da criança (PETERSEN; WAINER, 2011).

A realização da conceitualização cognitiva na terapia infantil é fundamental para um diagnóstico eficaz, auxiliando no planejamento do tratamento a ser trabalhado. Nesse processo, são utilizados alguns recursos e técnicas, como brinquedos, jogos e desenhos, sendo necessário, investigar qual a maneira mais eficaz e acessível para determinado paciente. Pode-se também utilizar durante o processo diagnóstico, recursos como os Baralhos das Emoções, Pensamentos e Comportamentos, de maneira que auxiliam o terapeuta para o acesso de conteúdos cognitivos da criança (OLIVEIRA, 2012).

Outra etapa importante na TCC infantil é o trabalho realizado com os pais, que acontece em diferentes e determinados momentos durante o tratamento, levando em consideração a demanda. Os pais são considerados como facilitadores para o entendimento da intervenção a ser realizada com a criança e auxiliares para eficácia diante das modificações dos padrões de comportamentos (PETERSON; WAINER, 2011).

Os pais, nesse processo, participam ativamente como principal fonte de dados da criança ao terapeuta, dessa maneira o vínculo entre terapeuta e pais é de

grande importância para efetividade do tratamento, uma vez que são eles quem buscam a terapia (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

Observa-se que os comportamentos emitidos pelas crianças, sejam eles adequados ou não, são parte de um processo de aprendizagem que ocorre através das interações sociais que as mesmas vivenciam durante seu desenvolvimento. Desta maneira, as habilidades necessárias para um desenvolvimento saudável são aprendidas e por isso, se faz necessário intervenções com os pais, como forma de treinamento, para que possa ser atingido um nível considerável de variáveis no contexto infantil, que são determinantes para o comportamento da criança (PACHECO; REPPOLD, 2011).

Pureza, et. al (2014), cita outro recurso que pode ser utilizado na TCC infantil, o Treino de Pais, que é um processo de psicoeducação e orientação dos pais, a fim de que auxiliem nas dificuldades e comportamentos inadequados da criança que geram prejuízos em seu funcionamento e qualidade de vida. Sua importância é instrumentalizar os pais e ajudar no aprendizado e uso de estratégias para situações específicas, o que auxilia na aprendizagem de comportamentos mais adaptativos na infância (CAMINHA; ALMEIDA, 2011).

Essa prática beneficia o atendimento em TCC infantil, possibilitando melhor compreensão dos pais sobre seu papel no tratamento da criança, fornecendo um espaço adequado para se falar sobre as dificuldades encontradas no desenvolvimento da criança e sobre seu manejo diante de comportamentos inadequados (PUREZA et. al., 2014). Essa prática demonstra eficácia no manejo de várias situações específicas, além de transtornos como a ansiedade.

Os atendimentos de TCC com criança iniciam-se antes mesmo da chegada dela na sessão, quando o terapeuta prepara a sala, com brinquedos específicos para o atendimento, jogos estruturados, etc. É importante que logo no início os pais/responsáveis sejam orientados a explicar à criança o motivo dela estar indo à psicoterapia, de modo que não gere à criança pensamento de aspecto punitivo (PUREZA et. al. 2014).

Destacam-se algumas intervenções no atendimento com a criança, sendo elas: Técnicas para identificação de pensamentos e sentimentos, técnicas para psicoeducação, técnicas para soluções de problemas, técnicas comportamentais e técnicas cognitivas (PUREZA, et.al., 2014).

Técnicas para identificação de pensamentos e sentimentos: auxilia a criança a identificar as suas emoções e as das outras pessoas, ajudando em suas relações ao longo da vida. Essa identificação e conhecimento das emoções, pode se desenvolver através do uso do Baralho das Emoções, desenvolvido por Caminha e Caminha (2011).

Outra técnica a ser utilizada é a chamada de relógio dos pensamentos-sentimentos, que pode ser confeccionado durante a sessão com a criança, o qual, no lugar dos números, colocam-se rostos representando as emoções. Sua utilização serve para ajudar a criança a ter a percepção e entendimento sobre seus sentimentos e sobre eles mudarem, assim como as horas. A criança identifica através dos rostos como está se sentindo no momento e com auxílio do terapeuta busca entender o que está fazendo com que se sinta dessa maneira (FRIEDBERG; MCCLURE; 2004).

O uso de elaboração de histórias também faz com que o paciente busque o entendimento de suas emoções, onde são elaboradas de acordo com sua vivência cotidiana e maneira de se sentir (PUREZA, et.al., 2014).

Técnicas de psicoeducação: tem função importante de orientação ao paciente em relação ao seu funcionamento, sintomas, diagnóstico e o tratamento (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011). Esse processo costuma ser feito com os pais e com a criança, levando em consideração o nível de desenvolvimento da criança. Para Albano e Kendall (2002), a psicoeducação auxilia no fornecimento de informações sobre a ansiedade e sobre os estímulos temidos pela criança, podendo auxiliar para que compreenda sobre seus sintomas psíquicos e físicos.

Técnicas comportamentais: ajudam na redução da intensidade e frequência de comportamentos disfuncionais, aumentando os comportamentos mais adaptativos. Utilizam-se técnicas de relaxamento em pacientes ansiosos, influenciando em respostas fisiológicas que atuam diretamente sobre os sintomas físicos do transtorno de ansiedade. Outra técnica utilizada é o treino de respiração diafragmática que ajuda no relaxamento, as técnicas de respiração podem ser adaptadas com o uso de bolhas de sabão (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

Técnicas cognitivas: estão cada vez mais sendo desenvolvidas e adaptadas para a terapia infantil. Entre as principais técnicas estão a Analogia do Semáforo, que ensina a criança a identificar e classificar os seus diferentes tipos de

pensamentos em: pensamentos vermelhos (improdutivos, negativos e que não dão bem-estar), pensamentos amarelos (servem para ajudar a refletir) e pensamentos verdes (produtivos e que incentivam bem-estar) (PUREZA et. al. 2014). Há também a técnica da analogia da lagarta, que ajuda a criança a compreender e transformar seus pensamentos disfuncionais em pensamentos funcionais. A ideia dessa técnica é ensinar a criança a classificar seus pensamentos como os que a ajudam e os que a atrapalham, de maneira ilustrativa, onde o pensamento negativo é a lagarta, sendo preciso chegar no pensamento positivo que é representado pela borboleta.

Através do atendimento em TCC na infância, busca-se melhora dos sintomas físicos e psíquicos da criança, seguindo os protocolos da TCC, que leva geralmente de 10 a 20 sessões (KENDALL, 1994, apud GONÇALVES; HELDT, 2009).

5 DISCUSSÃO

Sendo a ansiedade um estado emocional inerente ao ser humano e seu desenvolvimento, os resultados obtidos com a revisão bibliográfica, indicam que assim como em adultos, a ansiedade pode se tornar patológica também para crianças, dificultando seu desenvolvimento através de desconforto psíquico e percepção negativa em relação ao futuro, acarretando em manifestações psíquicas e fisiológicas (DALGALARRONDO, 2000).

Tais manifestações que surgem de maneira exagerada diante de uma situação irreal e ameaçadora podem tornar-se patológicas quando passam a prejudicar o funcionamento cognitivo e comportamental da criança (OLIVEIRA, 2011), que surgem através de sintomas psicológicos e fisiológicos.

Durante a infância, os transtornos de ansiedade apresentam-se como maior grupo de problemas de saúde mental que, segundo Stallard (2010), pode impactar o desenvolvimento infantil, interferindo na capacidade da criança em aprender, se socializar, fazer amizades e na interação familiar.

Identifica-se a persistência e probabilidade da ansiedade na vida adulta, quando não tratada durante o seu surgimento na infância.

A ansiedade apresenta-se como complexa no que se refere a seu envolvimento com componentes cognitivos (avaliação de situações como risco antecipado), componente fisiológico (alerta e prepara o corpo para ações necessárias/ luta ou fuga) e componente comportamental (auxilia para que a criança consiga antecipar e se prevenir de um perigo futuro) (STALLARD, 2010).

Os sintomas de ansiedade surgem através de identificações de necessidade de autoproteção, sendo permeada pelo medo e preocupação que são vistos como focos principais na ansiedade.

Observa-se a família como uma das influências ambientais mais importantes, a qual proporciona um contexto que pode reforçar e/ou modelar o comportamento ansioso da criança (STALLARD, 2010).

Desta maneira, Assis et. al. (2007), sugere que um possível relacionamento inseguro entre a criança e seus cuidadores seria um ponto significativo em relação a compreensão dos sintomas de ansiedade, pois diante da maneira como os pais/ cuidadores estabelecem o relacionamento com a criança, é que a mesma irá

desenvolver seu próprio modelo interno de funcionamento diante de situações vivenciadas em seu desenvolvimento e sobre a ansiedade em si.

Sendo a percepção que a criança tem em relação a um perigo ou ameaça, real ou não, o que gera a ansiedade (STALLARD, 2010), busca-se durante as sessões entender e ressignificar tal percepção para que surjam melhores respostas adaptativas envolta dos medos e preocupações que surgem durante o desenvolvimento infantil, principalmente em relação a figuras de apego e perigos.

Diante de tal ressignificação, busca-se com a TCC um trabalho de parceria entre terapeuta e criança, sendo a criança um papel ativo durante as sessões, que estará envolvida durante todo o processo psicoterápico, no teste de realidade e das limitações de suas cognições, crenças e pressupostos. Com a TCC, integra-se o auxílio à criança a conhecer e desenvolver habilidades e estratégias para lidar com o transtorno de ansiedade e seus sintomas (STALLARD, 2010).

O tratamento baseado na TCC indica alguns componentes essenciais que são adaptados no atendimento infantil, de maneira lúdica para que a criança consiga compreender o que está se passando com ela e consiga agir de maneira colaborativa durante as sessões. Segundo Stallard (2010 p. 29), tais componentes incluem:

psicoeducação, reconhecimento e manejo das emoções, identificação de cognições distorcidas e que aumentam a ansiedade, questionamento de pensamentos e desenvolvimento de cognições que reduzem a ansiedade, exposição e prática, automonitoramento e reforço.

Além do atendimento individual com a criança, se fazem necessários atendimentos de orientações com os pais/ responsáveis que participam ativamente em alguns momentos do tratamento, como facilitadores da intervenção com a criança. A participação dos pais indica eficácia para possíveis modificações de comportamentos inadequados, auxiliando o terapeuta durante as sessões e para melhor manejo terapêutico, resultando em significativas reduções dos sintomas de ansiedade na criança (STALLARD, 2010; PETERSON; WAINER; FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011).

Desta maneira, o tratamento para ansiedade infantil na abordagem cognitivo-comportamental, visa auxiliar a criança a reconhecer os sintomas da ansiedade, utilizando-os para enfrentamento e diminuição dos mesmos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou, através de levantamento bibliográfico, compreender sobre a ansiedade infantil, tratamento e eficácia com a aplicação da TCC, assim como os possíveis sintomas advindos da ansiedade na criança.

O levantamento teórico realizado indicou aspectos sobre a ansiedade e possibilidades de sua identificação ao decorrer do desenvolvimento infantil, a fim de se buscar tratamento apropriado para alívio dos sintomas psíquicos e físicos e diminuição da probabilidade de remissão na vida adulta.

Os estudos demonstraram que a intervenção com a TCC apresenta eficácia diante dos transtornos de ansiedade na infância e diante das técnicas apresentadas auxiliam para diminuição dos sintomas ao decorrer do tratamento, que inclui a criança e também os seus cuidadores.

Diante da importância sobre o assunto, entende-se a necessidade de mais pesquisas e divulgações sobre o tema, para que mais crianças tenham acesso a um tratamento eficaz diante de seus sintomas e sofrimento psíquico, pois os impactos da ansiedade iniciados na infância podem ser trabalhados para que sejam enfrentados de maneira funcional ao longo do desenvolvimento do indivíduo. Ressalta-se como limitação desse trabalho a revisão realizada a partir de pesquisas publicadas em português (exceto uma internacional).

Observa-se a necessidade não só do tratamento de transtornos de ansiedade na infância, mas também a prevenção e promoção à saúde, para melhor desenvolvimento emocional da criança e busca por bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBANO, A; KENDALL, P. Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 2002.

AMBRÓS, T. M. B; DIEHL, A. H. Ateliê de Ciranda: **O brincar em companhia**. XI Congresso Nacional de Educação EDUCERE, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

ASBAHR, F. R. **Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos**. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.80, n. 2, 2004, p. 28-34

Assis, S. G. et. al. **Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007. 88p.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BRANCO, C. M.; FERREIRA, E. A.P. **Descrição do atendimento de uma criança com déficit em habilidades sociais**. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2006, p. 25-38.

CAIRES, M. C.; SHINOHARA, H. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 62-84, jun. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 maio 2018.

CAMINHA MG, ALMEIDA FF, SCHERER LP. Treinamento de pais: fundamentos teóricos. In: Caminha MG, Caminha RM e Cols. *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys; 2011. p. 13-30.

CASTILLO, A. R. et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, 2000, p. 20-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2018.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DICIO, Dicionário Online de Português. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br> >. Acesso em: 31 maio 2018.

FIGUEIRÓ, J. A. As bases neurofisiológicas do brincar. In: AFFONSO, Rosa Maria Lopes (org.). **Ludodiagnóstico: investigação clínica através do brinquedo**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 26- 37.

FRASSETTO, S.S.; BAKOS, D. G. S. Terapia cognitivo-comportamental infantil em situação de separação conjugal: estudo de caso. *REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS*, V. 6, nº 1, 2010.

FRIEDBERG, R. D; MCCLURE, J. M. A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004.

FRIEDBERG, R. D; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HELDT, E. et al. **Ansiedade, medos e preocupações: transtornos de ansiedade na infância e adolescência**. In: KONKIEWITZ, Elisabete Castelon (Org). *Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar*. Minas Gerais: Editora UFGD, 2013, p. 113-123.

HOLANDA, A. B. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

JAMES, A. C; JAMES, G, COWDREY, F. A; SOLER, A; CHOKE, A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015.

KOHN, P. A; DREYER, B. Transtorno de ansiedade infantil na terceira infância. Revisão bibliográfica. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, v. 2, 2017.

OLIVEIRA, M. I. S. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 30-34, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 junho 2018.

OLIVEIRA, R. G; SOARES, S. C. Terapia cognitivo-comportamental para crianças. In: Oliveira MS, Andretta I, organizadores. *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012. p. 467-480.

OLDS, S. W; PAPALIA, D. *Desenvolvimento Humano*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PACHECO, J. T. B.; REPPOLD, C. T. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de comportamento disruptivo: modelo de treinamento parental. In

Petersen, C. S., & Wainer, R. (org.), Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PAPALIA, D; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. Tradução Daniel Bueno. 12. ed. Porto Alegre: AMGH editora. 2013. 800 p. Tradução de: Experience Human development. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=l6Y5AgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 10 junho 2018.

PETERSEN, C. S. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para Terapia Cognitivo-Comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. Revista Brasileira de Psicoterapia, Rio Grande do Sul, v.13, n.1, p. 39-50, 2011.

PETERSEN, C. S; WAINER, R. col. Terapias Cognitivo Comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUREZA, J. R. et. al. Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes. Rev. Bras. Psicoterapia. 2014. p. 85-103.

SOUZA, C. R.; BAPTISTA, C. P. Terapia cognitivo-comportamental com crianças. Em: B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 523-534.

STALLARD, P. Ansiedade: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA, J. F. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. 2009, p. 46-61. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 maio 2018.

ANEXO

Termo de Responsabilidade Autoral

Eu **Bruna Letícia dos Reis Silva**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**Transtorno de ansiedade infantil e Terapia Cognitivo-Comportamental**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Aluno (a)