



**Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/UBÁ**  
**Graduação em Psicologia**

**AS MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA**

*The manifestations of anxiety in childhood*

Cecília Vital Quinelato<sup>1</sup>; Tatiane Alves Crescêncio<sup>1</sup>; Ronaldo Chicre Araújo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de graduação em Psicologia.

<sup>2</sup> Psicólogo. Doutor em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF; Professor da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC.

**RESUMO**

Este trabalho pretende investigar as manifestações de ansiedade na infância. Os transtornos de ansiedade estão associados a várias consequências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoal. Esses transtornos de ansiedade na infância podem ser fatores de risco para outras formas de psicopatologias como transtornos de conduta, transtornos de humor e depressão. Quando não recebe tratamento adequado, a possibilidade de que a condição mórbida se agrave ao longo da vida aumenta significativamente.

**Palavras chave:** Infância. Ansiedade. Tratamento.

**ABSTRACT**

*This study aims to investigate the manifestations of anxiety in childhood. Anxiety disorders are associated with multiple negative consequences in terms of social assistance, education and personal adjustment. These anxiety disorders in childhood can be risk factors for other forms of psychopathologies as conduct disorders, mood disorders and depression. When does not receive appropriate treatment, the possibility that the morbid condition worsen throughout life increases significantly.*

**Key words:** Childhood. Anxiety. Treatment.

.....  
**Endereço para correspondência:** Tatiane Alves Crescêncio  
Rua Antônio Reis Santos, 96. Rio Pomba - MG Cep 36180-000  
**Email:** tatialvesrp32@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Os primeiros relatos de casos clínicos de crianças com sintomas de ansiedade datam do início do século XX. Em 1909, Freud publicou o caso do pequeno Hans, um menino de cinco anos com ansiedade infantil e a ansiedade pôde de fato ser observada a partir da década de 40. O aumento do número de crianças órfãs, resultado da Segunda Guerra Mundial, serviu como grande motivação para os pesquisadores da época avaliar a ansiedade nessas crianças, ainda pautados no modelo psicanalítico.

Nos dias atuais, os transtornos de ansiedade representam uma das formas mais comuns de psicopatologia infantil. A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor. Além do consequente prejuízo funcional imediato, implicações de médio e longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida (American Psychiatric Association, 2000). Os transtornos de ansiedade estão associados a várias consequências negativas em termos social, escolar e ajustamento pessoal. Estudos mostram que os problemas de ansiedade na infância são fatores de risco para outras formas de psicopatologias, como transtornos de conduta, transtornos de humor e depressão (Silva & Figueiredo, 2005). Quando o transtorno é presente na infância ou na adolescência e não há tratamento adequado, há aumento da possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida (Walkup; Albano; Piacentini; Birmaher; Compton; Sherrill; Ginsburg; Rynn; McCracken; Waslick; Iyengar; March & Kendall, 2008).

A criança não é um organismo capaz de vida independente, necessitando, portanto, de uma instituição social especial que a auxilie durante o período de desenvolvimento. A família, assim, tem dupla função no seu papel estruturador. Primeiramente, na satisfação de necessidades básicas como alimentação, abrigo e proteção; em segundo lugar, proporcionando-lhe um ambiente no qual possa desenvolver ao máximo suas capacidades físicas, mentais e sociais. Para lidar de forma eficaz com o seu meio físico e social quando adulto, é necessária uma atmosfera de afeição e segurança (Bowlby, 1989).

Os comportamentos ansiosos na infância têm crescido rapidamente nos últimos anos. Analisar os fatores que levam a esse comportamento é papel dos profissionais das áreas de psicologia, psiquiatria, neurociências e afins que devem propor tratamentos através da atuação conjunta e em equipe, de forma a minimizar ou eliminar os comportamentos de ansiedade, utilizando-se de mecanismos variados e apropriados de cada área do conhecimento.

Dessa forma, o objetivo do presente trabalho é investigar as manifestações da ansiedade infantil. Procurou-se verificar o Transtorno de Ansiedade Generalizada e o Transtorno de Separação, que são as formas mais comuns que a ansiedade se apresenta na infância, enfatizando quais suas influências para o comportamento humano e as possíveis intervenções terapêuticas da psicologia. Sendo assim, deve-se considerar a importância de identificar os sintomas da ansiedade infantil com o intuito de prevenir o referido transtorno, como também, a necessidade de se construir um campo de saberes relacionado a esse tema frente à realidade local, nacional e internacional de pouco construto teórico sobre as questões pertinentes ao tema proposto.

### **Considerações sobre o transtorno de ansiedade**

Um dos quadros mais comuns na psiquiatria são os transtornos de ansiedade, tanto em crianças como em adultos. Os transtornos ansiosos mais frequentes em crianças e adolescentes são o transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de separação. Existem duas dimensões distintas para a ansiedade se apresentar. A primeira, é o estado de ansiedade, que pode ser considerado como um estado emocional transitório, que varia em intensidade e flutua com o decorrer do tempo, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos. A segunda dimensão é o traço de ansiedade que se refere a diferenças individuais estáveis quanto à tendência para a ansiedade, ou seja, diferenças na maneira do indivíduo reagir a situações percebidas como ameaçadoras (Luiz, Gorayeb, Liberatore Júnior & Domingos, 2005).

*“Os transtornos de ansiedade compõem um dos grupos mais comuns de doenças psiquiátricas. O estudo Americano de Co-morbidade (National Comorbidity Study) relatou que uma em cada quatro pessoas satisfaz o critério de diagnóstico de pelo menos um transtorno de ansiedade e que há uma taxa de prevalência em 12 meses de 17,7%” (Sadock, B. & Sadock, 2007, p.632).*

Os transtornos de ansiedade são diferentes do medo e da ansiedade adaptativos por ser excessivo, e pela duração, que podem ser períodos que não se enquadram ao nível de desenvolvimento do indivíduo. Tais transtornos também diferem do medo e da ansiedade provisórios, que geralmente são provocados pelo estresse, por sua duração que chega a ser de seis meses ou mais. Apesar desse critério de duração ser baseado em uma visão geral do quadro, existe a possibilidade de um grau de flexibilidade, como em crianças sendo de menor tempo, como nos casos de transtorno de ansiedade de separação (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Em muitos pacientes, a ansiedade manifesta-se sob a forma de crises descontínuadas com o aparecimento de diversos sintomas ansiosos em número e intensidade expressivos. Podem ou não vir associadas a essas crises de ansiedade sintomas constantes da ansiedade generalizada (Dalgarrondo, 2008).

Quando estão presentes sintomas depressivos e ansiosos, mas nenhuma das duas síndromes é grave o bastante para por si só, constituir um diagnóstico, esse quadro é chamado de síndrome mista de depressão e ansiedade (Dalgarrondo, 2008).

A determinação do quanto o medo ou ansiedade são excessivos ou fora de proporção fica a cargo do clínico que leva em conta fatores contextuais culturais, uma vez que os indivíduos com transtorno de ansiedade superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam. Muitos transtornos de ansiedade tem início na infância, e, se não forem tratados, tendem a persistir por muito mais tempo. Mulheres desenvolvem esses transtornos mais que os homens. A proporção é de duas mulheres para um homem (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Assim como a maior parte das doenças psiquiátricas, os transtornos ansiosos são considerados como condições associadas ao neuro desenvolvimento, com significativa contribuição genética. O desenvolvimento emocional em crianças age sobre as causas e a maneira como se manifestam os medos e as preocupações, sejam normais ou patológicas. Diferentemente dos adultos, crianças podem não reconhecer seus medos como exagerados ou irracionais (Asbahr, 2004).

Com isso, “*Freud se referia ao nascimento como o primeiro grande estado de ansiedade. Ele argumentou que os ataques ulteriores de ansiedade eram tentativas de ‘ab-reagir’ o trauma do nascimento*” (Sigmund Freud, 1926, p. 48). Autor destaca que a relação da mãe com o bebê existe desde antes da gravidez, nas fantasias da mulher relacionadas com a possibilidade de ter um filho. Isso faz com que, durante a gestação, a mãe antecipe o nascimento do filho, a partir das marcas deixadas pela sua própria história e personifique o feto por meio da atribuição de características e personalidade (Beltrami, Moraes & Souza, 2014).

Pesquisa afirma que o bebê imaginado durante a gestação tem um importante papel para a futura interação mãe-bebê, pois a mãe investe a sua libido no intuito de constituir espaço subjetivo para receber o bebê da realidade (Beltrami, Moraes & Souza, 2014).

O estresse materno associa-se a sintomas emocionais na criança. A ansiedade em crianças tem sido associada à imprevisibilidade e incontrolabilidade do ambiente em que ela se encontra inserida, assim como à ansiedade dos pais, esta última associação pode refletir influência genética ou ambiental (Ferriolli, Marturano & Puntel, 2007).

Crianças que passaram por uma relação mãe-filho desestruturadas podem manifestar respostas afetivas diminuídas, perturbações do sono, ansiedade de separação exacerbada, perturbações gastrointestinais, falta de apetite ou episódios constantes de vômitos, dificuldades de socialização com estranhos, bem como dificuldades na aquisição e desenvolvimento da linguagem (Beltrami, Moraes & Souza, 2014).

A experiência da ansiedade apresenta dois elementos: a percepção das sensações fisiológicas, como palpitações e suor, e a percepção do estar nervoso ou assustado. Um sentimento de vergonha pode aumentar a ansiedade – “Os outros vão perceber que estou assustado”. A maior parte das pessoas se surpreende ao verificar que os outros não se dão conta de sua ansiedade, ou se o fazem, não percebem sua intensidade. Além das consequências motoras e viscerais, a ansiedade atinge o pensamento, a percepção e o aprendizado. Tende a produzir confusão e distorções da percepção, não apenas do tempo e do espaço, mas também das pessoas e dos significados dos acontecimentos. Essas distorções podem interferir no aprendizado ao reprimir a concentração, restringir a memória e prejudicar a capacidade de fazer relações. Um ponto importante das emoções é seu efeito sobre a atenção seletiva. Os indivíduos ansiosos ficam propensos a selecionar certos aspectos de seu ambiente e desconsiderar outros em seu esforço para provar que se justifica considerar sua situação apavorante. Se, de maneira equivocada, justificam seu medo, aumentam a ansiedade pela atenção seletiva e estabelecem um círculo vicioso de ansiedade, percepções distorcidas e aumento da ansiedade. Se, como alternativa, se asseguram a si mesmos com pensamentos seletivos, a ansiedade apropriada pode ser reduzida e podem deixar de tomar precauções necessárias (Sadock, B. & Sadock, V, 2007).

### **A ansiedade e as contribuições da psicanálise**

Os transtornos de ansiedade começaram a ser classificados através dos trabalhos clínicos desenvolvidos por Sigmund Freud de forma sistemática 1836-1939 (Vianna, Campos, Fernandez, 2009). Freud descreveu de maneira objetiva quadros clínicos que ocasionaram disfunções relacionadas com a ansiedade, classificando-as em ansiedade normal e ansiedade

neurótica. A ansiedade normal relaciona-se com a consciência de um perigo externo e real, como a morte. A ansiedade neurótica, no entanto, ocorreria em situações com ausência de ameaça de perigo real. Ela não seria percebida conscientemente, pois seria recalcada. A partir do instante em que conceituou a ansiedade como patológica, Freud manteve seu foco de interesse nos efeitos neuróticos da ansiedade (Costa & Boruchovitch, 2004).

*“A psique é dominada pelo afeto de ansiedade se sentir que é incapaz de lidar por meio de uma reação apropriada com uma tarefa (um perigo) que se aproxima de fora. Nas neuroses é dominada pela ansiedade se notar que é incapaz de atenuar uma excitação (sexual) que tenha surgido de dentro. Assim se comporta como se estivesse projetando essa excitação para fora. O fato [ansiedade normal] e a neurose correspondente se acham em firme relação um com a outra: o primeiro é a reação a uma excitação exógena e a segunda a uma reação endógena análoga” (Sigmund Freud, 1926, p. 44).*

A ansiedade compõe parte integrante do instinto de conservação e remete a sentimentos de incerteza e impotência diante do perigo. Freud defende que as formas particulares dessa capacidade para reagir a ameaças assumidas por um determinado sujeito serão condicionadas pela natureza das ameaças e pelo modo como o indivíduo aprendeu a enfrentá-las (Bueno, 2011).

De acordo com a teoria psicanalítica de Freud, uma fonte de ansiedade que envolve a criança é o medo de perder o amor ou a aprovação de um dos pais ou do objeto de amor. Temos também a ansiedade de castração, ligada à fase edípica do desenvolvimento dos meninos, onde se preocupam com o medo da figura paterna retalhadora (Sadock, B. & Sadock, V., 2007).

*“Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade. A ansiedade sentida em fobias a animais é o medo de castração do ego; enquanto a ansiedade sentida na agorafobia (um assunto que tem sido estudado menos completamente) parece ser seu medo de tentação sexual — um medo que, afinal de contas, deve estar vinculado em suas origens ao medo de castração. Até onde se pode observar no momento, a maioria das fobias remonta a uma ansiedade dessa espécie sentida pelo ego no tocante às exigências da libido. É sempre a atitude de ansiedade do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão” (Sigmund Freud, 1926, p. 61).*

De acordo com Mezan (1982), estudioso de Freud, há um embate entre as forças caracterizadas das instâncias de nossa psique (ego, id, superego) e também com a realidade exterior (Bueno, 2011).

*“A posição do ego é extremamente vulnerável, e sua missão só pode ser cumprida por meio de acordos provisórios com cada um de seus três atos, acordos esses que é preciso constantemente trair para aplacar os inimigos não contemplados*

*em suas disposições. Frente aos desejos do id, é necessário oferecer racionalizações, que demonstrem a convergência de tais desejos com a realidade e com a consciência moral; frente às imposições do superego é preciso transigir aqui para não ceder acolá, evitando escolhas gêmeas do cinismo e da ortoxia; frente às exigências da realidade é prudente temporizar, acatando algumas e ignorando outras, para não ferir as suscetibilidades de ninguém” (Mezan, 1982, p.304).*

Assim, o ego suporta a pressão do id para satisfazer seus desejos, já o superego lhe exige que *“se comporte como um ente moral, sem jamais especificar com clareza os princípios desse comportamento; a realidade exterior, que descubra o seu enigma, sob pena de ser destruído por ela” (Mezan, 1982, p. 305).*

### **Transtorno de ansiedade de separação**

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por medo ou ansiedade excessivos e impróprios em relação ao estado de desenvolvimento da criança, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

A ansiedade excessiva em relação ao afastamento dos pais ou figuras de apego, não adequada ao nível de desenvolvimento, que persiste por, no mínimo, quatro semanas, gerando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente. As crianças ou adolescentes, quando estão sozinhas, temem que algo possa acontecer a si mesmo ou aos seus cuidadores, tais como acidentes, sequestro, assaltos ou doenças, que os afastem definitivamente destes. Como consequência, demonstram um comportamento de apego excessivo a seus cuidadores, não permitindo o afastamento destes e quando afastados precisam saber o seu paradeiro (Castillo, Recondo, Asbahr&Manfro, 2000).

*“É a criança que suporta inconscientemente o peso das tensões e interferências da dinâmica emocional sexual inconsciente em ação nos pais, cujo efeito da contaminação mórbida é tanto mais intenso quanto mais se guarda, ao seu redor, o silêncio e o segredo. A eloquência muda de uma perturbação reativa das crianças torna presente, ao mesmo tempo, seu sentido e suas consequências dinâmicas inconscientes. Em síntese, é a criança pequena e a adolescente que são porta vozes de seus pais. Os sintomas de impotência que a criança manifesta é assim uma ressonância às angústias ou aos processos reativos à angústia de seus pais” (Dolto, 1923, P.13).*

De acordo com o Associação Americana de Psiquiatria (2014), segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V*, as manifestações do transtorno de ansiedade de separação variam com a idade. Apesar de não expressarem um medo ou

preocupações específicas, as crianças menores são mais relutantes em ir para a escola ou podem até evitá-la totalmente, podem não conseguir permanecer sozinhas no quarto para dormir, necessitando da figura de apego para acompanhá-la. O transtorno só é percebido em situações de separação, Na medida em que a criança cresce, surgem as preocupações específicas como medo de assaltos, morte dos pais, entre outros. O início desse transtorno pode ser em idade pré-escolar e em qualquer outro momento durante a infância e raramente na adolescência. Normalmente, existem períodos de exacerbação e remissão. Em alguns casos, tanto a ansiedade relativa à possível separação quanto à esquiva de situações envolvendo a separação de casa ou do núcleo familiar, podem persistir durante a idade adulta. No entanto, a maioria das crianças fica livre de transtornos de ansiedade que causam prejuízo ao longo de suas vidas. Muitos adultos com o transtorno não se recordam de seu início na infância, embora possam se lembrar dos sintomas.

As queixas somáticas da criança aparecem como dores estomacais e dores de cabeça que são muito comuns e o objetivo dessas crianças é receber atenção parental e justificar as queixas para ficar em casa e não ir à escola ou não permitir que seus pais saiam para trabalhar.

Na escola, a criança é prejudicada pelas faltas e pelos atrasos para entrada em sala de aula, e a mesma evita participar de atividades propostas, tais como atividades esportivas ou grupos de estudo, pois sentem grande ansiedade de se distanciar de suas figuras afetivas, como pais ou familiares íntimos. Portanto, essa criança apresentará prejuízo acadêmico, vínculos de amizade restritos a poucas crianças ou a nenhuma, e, comprometimento de sua autoestima e de sua maturidade (Oliveira, 2008).

Esse tipo de transtorno de ansiedade pode ser herdado, o que pode ser considerado um fator de risco genético. Essa herdabilidade foi estimada em 73% em uma amostra da comunidade de gêmeos de 6 anos de idade, e mostrou percentual mais alto em meninas. O transtorno de ansiedade de separação também sofre influência de fatores de risco ambientais que podem ser exemplificados por um estresse vital que podem ser, sobretudo uma perda, como a morte de algum familiar ou de alguma figura do convívio da criança, mudança de escola, divórcio dos pais, etc. Em jovens adultos, um exemplo de estresse vital pode ser a saída da casa dos pais. Também a superproteção e intromissão parental podem ser fatores de risco ambientais ao desenvolvimento desse transtorno (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

Em crianças, o transtorno de ansiedade de separação é extremamente comórbido ao transtorno de ansiedade generalizada e fobia específica. Nos adultos, as comorbidades comuns

incluem fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos da personalidade. Os transtornos depressivo e bipolar também são comórbidos ao transtorno de ansiedade de separação (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

### **Transtorno de ansiedade generalizada**

O transtorno de ansiedade generalizada pode ser considerado como um estado emocional transitório, que pode variar quanto a sua intensidade e flutuar com o decorrer do tempo. Este transtorno é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e de apreensão, os quais podem ser conscientemente percebidos (Luiz et al., 2005).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014), a manifestação clínica do transtorno de ansiedade generalizada é relativamente consistente ao longo da vida e os sintomas tendem a ser crônicos e tem remissões e reincidências, flutuando entre formas sindrômicas e sub sindrômicas do transtorno. Em crianças e adolescentes com ansiedade generalizada, as ansiedades e preocupações frequentemente envolvem a qualidade de seu desempenho ou capacidades na escola ou em eventos esportivos, mesmo quando seu desempenho não está sendo avaliado. Pode haver inquietações excessivas com a pontualidade, com eventos catastróficos, como guerra nuclear e terremotos. As crianças com esse transtorno podem ser muito perfeccionistas, conformistas e inseguras, apresentando tendências a fazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos que perfeito. Dessa forma, os conteúdos da preocupação dos indivíduos são diretamente relacionados com a sua idade. São crianças que estão sempre muito preocupadas com o julgamento de terceiros em relação a seu desempenho em diferentes áreas e necessitam exageradamente que lhes devolvam a confiança, que as tranquilizem. Apresentam dificuldade para relaxar, queixas somáticas sem causa aparente e sinais de hiperatividade autonômica (ex. palidez, sudorese, taquipnéia, tensão muscular e vigilância aumentada). Tendem a serem crianças autoritárias quando se trata de fazer com que os demais atuem em função de tranquilizá-las (Castillo *et al.*, 2000).

Alguns fatores de risco podem levar ao desenvolvimento do transtorno de ansiedade como os fatores temperamentais que podem ser inibição comportamental, afetividade negativa, entre outros. Com relação aos fatores de risco ambientais, são apontadas as adversidades durante a infância e a superproteção dos pais ou responsáveis como questões associadas à ansiedade generalizada. Porém, não foram identificados fatores específicos para

o desenvolvimento do transtorno. Já os fatores de risco genéticos e fisiológicos apontam que um terço da probabilidade de se desenvolver o transtorno de ansiedade generalizada se deve à genética (Associação Americana de Psiquiatria, 2014).

O início deste transtorno costuma ser insidioso. Muitas vezes os pais têm dificuldade em ser precisos quando começou e referem que foi se agravando até se tornar intolerável, época em que procuram atendimento (Castillo *et al.*, 2000).

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2014), a preocupação excessiva gerada pelo transtorno pode prejudicar a capacidade do indivíduo de fazer as coisas de forma ágil e eficiente, seja em casa ou em algum outro âmbito da sua vida. Essa preocupação toma tempo e energia, associando a tensão muscular e sensação de estar com os nervos à flor da pele, cansaço, dificuldade em concentrar-se e perturbações do sono. Os indivíduos cuja apresentação satisfaz os critérios para transtorno de ansiedade generalizada provavelmente já preencheram, ou preenchem atualmente os parâmetros para outro transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo unipolar. O neuroticismo ou labilidade emocional que acompanha esse padrão de comorbidade está ligado a antecedentes temperamentais e fatores de risco genéticos e ambientais compartilhados, embora caminhos separados também sejam possíveis.

O transtorno de ansiedade generalizada está entre os transtornos de ansiedade mais frequentemente encontrados na clínica. Apesar de ser visto inicialmente como um transtorno leve, ultimamente se avalia que é uma doença crônica, associada a uma morbidade relativamente alta e a altos custos individuais (Andreatini, Boerngen & Zorzetto, 2001).

### **Tratamento da Ansiedade**

A maior parte das crianças com transtornos ansiosos é encaminhada para serviços de saúde mental devido a problemas de comportamento tanto em seus relacionamentos quanto no ambiente escolar. A partir da queixa principal, o papel do clínico é entender esses comportamentos em um contexto de restrições ao desenvolvimento normais subjacentes aos comportamentos. Assim, estabelece-se uma hierarquia diagnóstica diferencial que conduzirá os tratamentos recomendados. De modo geral, o tratamento é constituído por uma abordagem multidisciplinar, que inclui orientação aos pais e à criança, o tratamento psicoterápico, uso de psicofármacos e intervenções familiares (Asbahr, 2004).

Na avaliação e no planejamento terapêutico dos transtornos de ansiedade de separação e de ansiedade generalizada, é fundamental obter uma história detalhada sobre o início dos sintomas, como possíveis fatores desencadeantes (ex. crise conjugal, perda por morte ou separação, doença na família e nascimento de irmãos) e o desenvolvimento da criança. Sugere-se, também, levar em conta o temperamento da criança, o tipo de apego que ela tem com seus pais e o estilo dos cuidados paternos. As intervenções familiares visam conscientizar a família sobre o transtorno, bem como, auxiliá-los a aumentar a autonomia e a competência da criança e reforçar suas conquistas (Castillo *et al.*, 2000).

A psicoterapia da criança não difere da psicoterapia do adulto, somente na técnica lúdica aplicada durante as sessões. Todos os membros da família, principalmente a mãe, devem ser levados em consideração no tratamento da criança. Os terapeutas encontram suas maiores dificuldades na abordagem da mãe, que frequentemente é considerada responsável pelo distúrbio da criança. É alto o índice de mães que são encaminhadas à psicoterapia individual para que seus problemas emocionais não interfiram de forma a inviabilizar o tratamento do filho (Finkel, 2009).

Segundo Mannoni (1977), se na psicanálise dos adultos a resistência se manifesta por queixas que constituem um obstáculo à revelação do fantasma, na psicanálise das crianças é o "eu da mãe", que irá muitas vezes interromper o processo antes que o fantasma se revele. Fundamentando-se numa perspectiva psicanalítica, Mannoni (1977), discute a relação entre a criança, a terapia e a família, apontando uma postura despida de preconceitos por parte do terapeuta como condição necessária ao adequado manejo técnico.

Nos últimos anos, tem-se assistido a um grande avanço no tratamento farmacológico dos transtornos de ansiedade. Particularmente em relação ao transtorno de ansiedade generalizada, até a poucos anos, a única alternativa eram os benzodiazepínicos. Entretanto, desde a introdução da buspirona, única azapirona disponível no Brasil, o leque de medicamentos eficazes no tratamento do TAG tem-se ampliado (Andreatini, Boerngen & Zorzetto, 2001).

A adoção de intervenções farmacológicas é necessária quando os sintomas são graves e incapacitantes, embora estudos aleguem que tais medidas devem ser limitadas (Castillo *et al.*, 2000).

## CONCLUSÃO

Este trabalho pretendeu investigar as manifestações da ansiedade na infância. A ansiedade é um estado normal e fundamental que garante o desenvolvimento do ser humano, pois é a forma que o organismo encontra de lidar com as ameaças provenientes do meio e de se proteger de situações de risco. Freud afirma que as formas de cada indivíduo lidar com essas ameaças serão condicionadas pelo tipo de ameaça e pela maneira como esse sujeito aprendeu a enfrentá-las. A partir do momento em que os níveis ansiosos de um indivíduo aumentam ao ponto de comprometer atividades comuns do seu dia a dia, a ansiedade deixa de ser um estado normal e passa a ser considerada um transtorno de ansiedade.

Na infância os transtornos de ansiedade mais comuns são o transtorno ansiedade de separação e o transtorno de ansiedade generalizada. O primeiro é a ansiedade excessiva em relação à perda dos pais ou de alguma figura de apego da criança. O transtorno de ansiedade generalizada é caracterizado pelo medo ou preocupações excessivos com relação a fatos ou situações que não estão no seu controle. Em ambos os casos, a criança pode desenvolver sintomas físicos ou apresentar queixas de dores físicas sem causas aparentes. E quando não diagnosticados e tratados precocemente, esses transtornos podem permanecer no decorrer da vida do indivíduo, ou desaparecer em um espaço de tempo e ressurgir associados a outras patologias.

O tratamento da ansiedade em crianças é constituído de abordagem multidisciplinar, incluindo intervenções familiares, psicoterapia com a criança, e em alguns casos há a necessidade de psicofármacos. A psicoterapia com crianças não é muito diferente da psicoterapia com adultos, exceto pela abordagem lúdica e pela necessidade da participação da família no processo terapêutico.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV-TR)*(4a ed). Porto Alegre/RS: Artes Médicas.
- Andreatini R., Boerngen L. R., & Zorzetto F. D. (2001). Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 23(4), 233-242.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80 (2, Supl.), 28-34.
- Associação Americana de Psiquiatria (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beltrami, L., Moraes, A. B., & Souza, A. P. R. (2014). Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, 16(6), 1828-1836.
- Bowlby, J. (1989). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bueno, L. O. (2011). *A ansiedade em situações escolares*. Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/62113/000867504.pdf?sequence=1>
- Castillo, Ana Regina GL, Recondo, Rogéria, Asbahr, Fernando R, & Manfro, Gisele G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Costa, E. R. D., & Boruchovitch, E. (2004). Compreendendo relações entre estratégias de aprendizagem e a ansiedade de alunos do ensino fundamental de Campinas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 15-24.
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2a Ed.). (pp. 304 - 305). Porto Alegre: Arthmed.
- Dolto, F. (1923). *Primeira entrevista em Psicanálise*. São Paulo: Elsevier Editora LTDA.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E., Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Finkel, L A. (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança – uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 190-203.
- Freud, S. (1926). *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leigae outros trabalhos*. Sigmund Freud. (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Luiç, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatore Júnior, R. D. R., Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10 (3), 371-375.
- Mannoni, M. (1977). *A criança atrasada e a mãe*. Lisboa: Moraes.

- Mezan, R. (1982). *Freud: A Trama dos Conceitos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Oliveira, A. S. C. (2008). *Ansiedade Infantil e os prejuízos na vida escolar*. Trabalho de Conclusão de Curso, São Paulo, Centro de Referência em Distúrbio de Aprendizagem - CRDA, SP, Brasil. Disponível : <http://www.crda.com.br/tccdoc/23.pdf>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (9a Ed.). (pp. 632- 633). Porto Alegre: Arthmed.
- Silva, W. V., & Figueiredo, V. L. M. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 329-335.
- Vianna, Renata Ribeiro Alves Barboza, Campos, AngelaAlfano, &Landeira-Fernandez, Jesus. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B.; Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J., Waslick, B.; Iyengar, S., March, J. S. & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359 (26), 2753-2766.