Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil

Ansiedade em Crianças

Um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância



Simone Gonçalves de Assis
Liana Furtado Ximenes
Joviana Quintes Avanci
Renata Pires Pesce

Ansiedade em crianças

Um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância

Simone Gonçalves de Assis
Liana Furtado Ximenes
Joviana Quintes Avanci
Renata Pires Pesce

Índice

Apresentação 5

Capítulo 1: Problemas de saúde mental que afetam as crianças 7

Capítulo 2: Transtornos de ansiedade na infância 15

Capítulo 3: Adversidades, violências e transtornos ansiosos em crianças 39

Capítulo 4: Atendendo crianças com transtornos de ansiedade 59

Referências 83

Pesquisadores
Simone G. Assis (coordenação)
Liana Furtado Ximenes
Joviana Quintes Avanci
Renata Pires Pesce
Raquel de Vasconcelos Carvalhaes de Oliveira
Gabriela Franco Dias Lira
Vivian Araújo da Costa
Thiago de Oliveira Pires
Fabiana Braga Silva
Letícia Gastão Franco
Rosemary Emerich Pereira de Souza
Nayala Buarque
Renata Mendonça Ferreira
Queiti Batista Moreira Oliveira

Consultoria técnico-científica
Anna Tereza Soares de Moura
Fabio Barbirato
Kathie Njaine
Miriam Schenker

Apoio Técnico
Marcelo da Cunha Pereira
Marcelo Silva da Motta
Lucimar Câmara Marriel
Luciene Patrícia Câmara

Apoio à Documentação e Normatização da Bibliografia
Fátima Cristina Lopes dos Santos.

Este texto é fruto de uma pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), da Fundação Oswaldo Cruz e pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (PAPES - IV). É continuidade de um trabalho sobre problemas de comportamento desenvolvido pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq. Contou ainda com bolsistas do Programa PIBIC (CNPq/Fiocruz) e do Programa de Ténicos/Tecnologistas (Fiocruz/Faperj).

Capa, projeto gráfico e editoração: Carlota Rios; Ilustrações: Marcelo Tibúrcio; Revisão: Mara Lúcia Pires Pesce.

Ficha catalográfica

155.4
A848a Assis, Simone Gonçalves de
Ansiedade em crianças: um olhar sobre transtornos de ansiedade e violências na infância / Simone Gonçalves de Assis; Liana Furtado Ximenes; Joviana Quintes Avanci; Renata Pires Pesce. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2007.
88p. (Série Violência e Saúde Mental Infanto-Juvenil).

ISBN: 978-85-88026-35-3

1. Ansiedade. 2. Transtorno de ansiedade. 3. Transtorno de estresse pós-traumático. 4.Infância. I.Fundação Oswaldo Cruz. II. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde "Jorge Careli". III. Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro.
IV. Ximenes, Liana. F.Avanci, Joviana Q. VI. Pesce, Renata. P. VII. Título.

Agradecimentos
Aos Profissionais que participaram dos grupos de recepção no Hospital Infantil Ismélia da Silveira e Programa Sentinela de Duque de Caxias.
À Raquel Niskier, pediatra da Sociedade Brasileira de Pediatria, pela discussão sobre o tema com as autoras deste trabalho.
À psiquiatra Dra. Beatriz Gomes Benício da Fonseca, que gentilmente leu o texto compartilhando sua experiência clínica.
À Secretaria Municipal de Educação de São Gonçalo-RJ
Às Mães, pais e outros responsáveis que contribuíram com seus depoimentos à origem do livro.

Apresentação

Este livro fala sobre transtornos de ansiedade em crianças e sobre algumas adversidades vividas na infância, como conviver com perdas ou violências, que costumam propiciar dificuldades emocionais ou comportamentais, que podem perdurar da infância até a vida adulta. Visa sensibilizar profissionais de saúde que atuam na atenção básica para a importância deste tema.

Foi escrito após conhecermos como 500 crianças entre 6 e 13 anos de idade, sorteadas aleatoriamente dentre todas as escolas municipais de São Gonçalo – município próximo a cidade do Rio de Janeiro - enfrentam problemas como doenças, perdas e formas de violências. Todas as crianças estavam matriculadas na primeira série do ensino fundamental da rede de ensino pública municipal, no ano de 2005. Os adultos que nos falaram sobre as crianças foram suas mães, pais, tias e avós.

Em nossa conversa com os responsáveis, queríamos saber se as situações difíceis enfrentadas pelas crianças afetavam suas vidas e suas subjetividades. Sintomas de alguns problemas de comportamento foram especialmente investigados, com destaque para ansiedade e estresse pós-traumático. Os vários transtornos de ansiedade e, especialmente os transtornos de estresse pós-traumático, podem ser decorrentes da vivência de eventos difíceis que ocorrem ao longo da vida. Os transtornos de ansiedade são pouco estudados em nosso meio e costumam afetar as crianças.

É exatamente desses transtornos que esse livro trata. Ainda estamos em estágio inicial de conhecimento sobre o transtorno de estresse pós-traumático em crianças e temos dificuldade em "diagnosticá-lo", tanto clínica quanto empiricamente. Também os

transtornos ansiosos ainda são pouco valorizados na clínica infantil; apenas alguns casos são diagnosticados e tratados, especialmente quando chegam a serviços especializados em saúde mental.

O relato dado pelos responsáveis por crianças com problemas de ansiedade é a base deste livro e nosso principal objetivo é conversar e disseminar o assunto entre profissionais de saúde que atendem cotidianamente crianças. Sabemos que nem sempre há como impedir que as crianças passem por eventos difíceis e ameaçadores à vida. Mas, acreditamos que os profissionais e as instituições que lidam com a infância podem estar sensibilizados e melhor preparados para identificar e lidar diariamente com os sintomas decorrentes dessas experiências, com destaque para as perdas ou violências enfrentadas tão precocemente. O olhar preventivo é também fundamental! Muitos eventos, bem como suas conseqüências podem ser evitados.

Procuramos trazer no livro as bases teóricas hoje existentes sobre o assunto, facilitando o reconhecimento de sinais e sintomas de transtornos de ansiedade; em especial, sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, possibilitando o atendimento e, se necessário, o encaminhamento precoce e adequado. Com uma atenção mais ágil, tenta-se evitar o agravamento do problema de saúde, que causa muito sofrimento e prejudica o funcionamento da criança na vida cotidiana. Esperamos também que os profissionais possam atuar de forma preventiva com as crianças que passam ou passaram por eventos de vida difíceis. E, percebam que as ações de proteção que desenvolvem no atendimento diário são pontos-chave para a intervenção precoce desde as fases mais iniciais da vida.



Problemas de saúde mental que afetam as crianças

Os problemas de saúde mental na infância e adolescência afetam cerca de 20% das crianças em todo o mundo (Bird, 1996; Murray; Lopez, 1996). Há similaridade entre os tipos de transtornos mentais observados em crianças de diferentes países e culturas. Apesar do impacto causado por estes problemas, são mundialmente escassas as políticas voltadas para a saúde mental de crianças (WHO, 2005; BMA, 2006).

Um estudo que avaliou a presença de políticas de saúde mental para crianças e adolescentes em 191 países pertencentes à Organização das Nações Unidas constatou que nenhum país tinha uma política específica para crianças e adolescentes. Apenas 7 deles tinham políticas de saúde mental claramente articuladas para atender as necessidades da infância e adolescência (Shatkin; Belfer, 2004). No Brasil, ainda há muito que fazer em diversos níveis para se alcançar saúde mental nesta fase da vida

Saúde mental

Estado de bem estar no qual o indivíduo realiza suas habilidades, lida com os estresses da vida, trabalha produtiva e frutiferamente e é capaz de dar sua contribuição para a comunidade (WHO, 2005).

Os problemas de comportamento são tipos de transtornos à saúde mental comuns na infância. São comportamentos socialmente inadequados. Representam déficits ou excedentes comportamentais que prejudicam a interação da criança com outras e com adultos de sua convivência (Silva, 2000).

Uma forma simplificada de categorizar os problemas de comportamento é dividi-los em: *problemas que se internalizam,* tais como depressão, ansiedade e queixas somáticas, em que os sintomas estão principalmente interiorizados no indivíduo; e *problemas que se externalizam*, tais como conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta (agressividade às pessoas e animais e comportamento transgressor), em que os sintomas estão dirigidos para fora (Bee, 1996). É muito comum que sintomas de problemas internalizantes e externalizantes estejam presentes na mesma criança, embora geralmente haja tendência maior a manifestações sintomáticas de um mesmo tipo (Youngstrom et al., 2003).

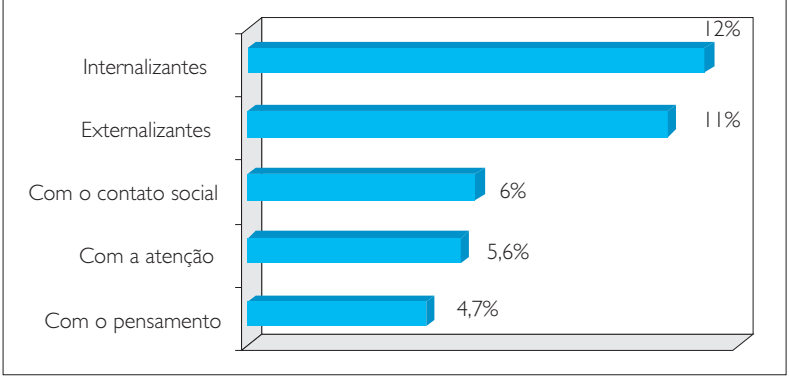
Um importante clínico e pesquisador, Thomas Achenbach, elaborou um instrumento para identificar problemas de comportamento em crianças, mundialmente conhecido e utilizado

(Achenbach 1991; Achenbach; Rescorla, 2001), que pode ser aplicado tanto em serviços de saúde como em outros locais como escolas. Este instrumento, chamado de CBCL[1], avalia sintomas de problemas internalizantes e externalizantes, bem como aqueles ligados à atenção (hiperatividade e déficit de atenção), ao controle do pensamento (comportamentos estranhos, obsessões e compulsões) e a dificuldades no contato social.

A CBCL permite avaliar quando ocorrem vários sintomas associados e de ocorrência muito freqüente, que prejudicam mais diretamente as crianças; neste caso temos crianças com problemas de comportamento em *nível clínico*. Quando os sintomas são menos freqüentes e/ou ocorrem mais isoladamente, são denominados *limítrofes*.

Utilizando este instrumento na rede de ensino público de São Gonçalo – RJ, em 2005, vimos que os problemas internalizantes em nível clínico são os mais freqüentes entre as crianças, alcançando 12% dos alunos de primeira série do ensino fundamental (gráfico 1). São seguidos de perto pelos problemas externalizantes. Com menor freqüência estão os problemas ligados à atenção, ao controle do pensamento e ao contato social.

Gráfico 1 - Problemas de comportamento em crianças de São Gonçalo - Rio de Janeiro (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

[1] Child Behavior Checklist/CBCL. Achenbach System of Empirically Based Assessment/ASEBA. Vem sendo utilizada no Brasil por vários autores: Bordin et al, 1995; Silvares, 2000; Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2005; Bordin et al, 2006; Paula et al. 2007

Dentre os problemas internalizantes em nível clínico, encontrados entre as 500 crianças de São Gonçalo, os que mais predominam são as queixas somáticas (6,2%), seguidos pelos relacionados ao retraimento/depressão (4,3%) e a ansiedade/depressão (4,1%).

Um estudo com 1251 crianças escolares de 7-14 anos, em Taubaté/São Paulo encontrou 5,2% de crianças com transtornos de ansiedade (Fleitlich-Bilyk; Goodman, 2004). Em outros países como a Grã-Bretanha, as taxas de prevalência são ligeiramente mais baixas, em comparação a amostras brasileiras (3 a 4%) (Emerson, 2003).

Outro trabalho brasileiro, feito com 206 crianças em Unidade de Atenção Básica na cidade de São Paulo, encontrou 23,8% de transtornos de ansiedade, medidos através da CBCL. Este resultado pode ser entendido pelo fato de que o estudo foi feito com crianças já com problemas clínicos que recorreram a atendimento em serviços de saúde; também contribui para os resultados o fato de que a maior parte das crianças tinha problemas de saúde mental (Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2005).

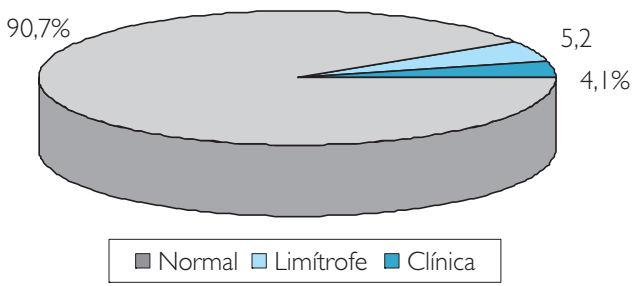
A *ansiedade* é uma reação defensiva comum frente ao perigo ou situações consideradas ameaçadoras. Caracteriza-se por um grande mal estar físico e psíquico, aflição, agonia. É uma reação comum. Todos nós já sentimos alguma sensação de ansiedade em vários momentos da vida. Faz parte dos mecanismos fisiológicos de resposta do ser humano ao estresse (Craske; Barlow, 1999). Passa a se transformar num transtorno quando chega a impedir o funcionamento da criança em sua vida cotidiana na família e na escola.

Na escala de ansiedade/depressão de Achenbach & Rescola (2001), que usamos no estudo que originou este livro, se destacam os sintomas de *ansiedade* (gráfico 2)**.** Os itens abordados por Achenbach & Rescola (2001) são: ter medo da escola; ter medo de certos animais, situações ou lugares; ter medo de pensar ou fazer algo destrutivo (contra si e contra outros); ter "mania de perfeição", achar que tem que fazer tudo certinho; ser nervoso ou tenso; ser medroso ou ansioso demais; ficar sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com

o que as pessoas possam achar dele; falar que vai se matar; ser muito preocupado; chorar muito; achar que ninguém gosta dele; sentir-se desvalorizado, inferior; sentir-se excessivamente culpado.

A prevalência de sintomas de ansiedade avaliada pela CBCL está apresentada no gráfico 2. Equivale aos sintomas presentes nos transtornos de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada e fobias específicas da DSM-IV-R (APA, 2002), e expressados pelas crianças de São Gonçalo.

Gráfico 2 - Prevalência de sintomas de ansiedade/depressão (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

Falaremos neste livro sobre a vida dessas crianças com destacados sintomas de ansiedade (4,1%). No entanto, outras 5,2% das crianças da rede pública de ensino de São Gonçalo manifestaram sinais que ainda não caracterizam ansiedade em nível clínico (são crianças limítrofes), indicando a necessidade de apoio e observação ao longo de seu crescimento e desenvolvimento. No total, temos 9,3% de crianças com sintomas de ansiedade e que merecem mais atenção por parte de seus pais, professores e profissionais de saúde. Não estamos fazendo diagnósticos definitivos de transtornos mentais e sim apontando prováveis quadros que merecem ser melhor conhecidos e acompanhados pelos profissionais que atuam com crianças.

A comorbidade[1] de problemas de comportamento na infância é muito comum. Entre as crianças de São Gonçalo, identificamos que 54% das crianças que tinham algum transtorno possuíam também outro tipo de problema associado. Especialmente sintomas de ansiedade, depressão e desatenção/hiperatividade costumam ocorrer em conjunto. Isto nos leva a ter sempre em mente que é preciso avaliar os vários comportamentos infantis, antes de pensarmos qual atendimento, encaminhamento e tratamento é o mais indicado para cada criança.

Como a escala de ansiedade da CBCL apenas capta sintomas de transtorno de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada e fobias específicas, outros tipos de transtornos de ansiedade não foram avaliados e estarão sucintamente descritos como *outros transtornos de ansiedade* (item 2.4) no próximo capítulo. Logo, é provável que mais crianças manifestem sintomas de ansiedade do que pudemos identificar neste livro. Isto mostra a dimensão do problema que precisamos aprender a lidar nos serviços de saúde.

Nos próximos capítulos falaremos com detalhes dos vários tipos de transtornos da ansiedade que acometem as crianças. Daremos destaque para os transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), fruto da convivência de crianças com acidentes, violências ou outros traumas.

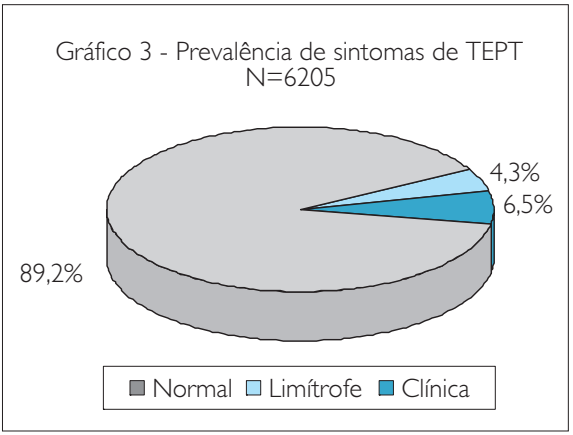
Para avaliar TEPT, utilizamos uma outra escala derivada dos estudos de Achenbach[2], que agrega sinais comumente demonstrados pelas crianças com sintomas de TEPT: muita argumentação, distração, obsessão, dependência, medo de pensamentos destrutivos contra si e os outros, pensamentos de perseguição, ser nervoso ou tenso, ter pesadelos, ser medroso ou ansioso demais, sentir-se muito culpado, apresentar problemas físicos sem causa médica (dor de cabeça, náusea/enjôo, dor de estômago ou de barriga, vômito), ser fechado e reservado, mal-humorado e irritar-se com facilidade, ter mudanças

[1] Comorbidade é uma palavra formada pelo prefixo latino "cum", que significa contigüidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de "morbus", que designa estado patológico ou doença. Descreve a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas (Petribú, 2001).

[2] A avaliação de sintomas de transtornos de estresse pós-traumático foi realizada através de 20 itens da escala CBCL de Achenbach, de acordo com Wolfe et al. (1989) e Ruggiero & Mc Leer (2000).

de humor, problemas de sono, ser infeliz ou deprimido, ser retraído e não se relacionar com os outros.

Encontramos 6,5% de crianças com sintomas em nível clínico de TEPT (gráfico 3). Claro que várias delas tinham também outros sintomas psiquiátricos, incluindo os de ansiedade.



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

Nenhuma das escalas que usamos para reconhecer sintomas de ansiedade equivale ao diagnóstico feito por um clínico. Elas servem apenas como uma triagem para que mais crianças possam ser precocemente avaliadas e cuidadas, evitando que apenas procurem os serviços de saúde na adolescência ou vida adulta.

Por outro lado, lembramos que o diagnóstico em psiquiatria, especialmente na infância, costuma ser tarefa complexa, até mesmo para clínicos muito experientes. Crianças mostram sintomas de forma peculiar. Além disso, esses sintomas algumas vezes só são reconhecidos depois que as mudanças emocionais e comportamentais se estabelecem.

De todas as dificuldades e limitações existentes ao lidar com crianças com problemas de saúde mental, reiteramos a necessidade de buscar mais informações e troca de experiências sobre questões de saúde mental em geral, e sobre transtornos de ansiedade

especificamente. Embora ainda pouco valorizada em nosso meio, a vivência contínua com sintomas de ansiedade pode deixar cicatrizes profundas na vida das crianças, muitas vezes acompanhando-as ao longo da adolescência e vida adulta (Yehuda et al., 2001).



Transtornos de ansiedade na infância

O ser humano sempre se deparou com perigos à sua sobrevivência, precisando se proteger diante de diversas situações difíceis e ameaçadoras, que fazem parte de seu cotidiano. Nessas situações estressantes, o organismo é preparado para uma reação imediata diante do perigo, através de mensagens enviadas do cérebro ao sistema autônomo, que libera substâncias químicas que produzem sensações físicas e mentais, como aceleração do batimento cardíaco, mudança no direcionamento do fluxo de sangue, aumento da transpiração, estado de alerta da atenção, desejo enorme de fuga da situação, desejo de agredir, entre outras reações.

Todas estas sensações têm o propósito de preparar o organismo para uma reação de proteção frente ao perigo. Por exemplo, o batimento cardíaco acelerado serve para tornar mais rápido o fluxo sangüíneo, direcionando o fluxo aos músculos grandes (coxas e braços) e facilitando a reação de fuga ou enfrentamento do problema. Ao mesmo tempo, este fluxo é diminuído das extremidades do corpo como a pele, de modo que, caso a pessoa seja atacada e ferida, tem menos chance de ter uma hemorragia. Isso também produz palidez e sensação de mãos e pés frios ou formigamento, experimentados pelas pessoas em situações de ansiedade. Após certo período, estas sensações diminuem devido à ação do sistema nervoso parassimpático que provoca uma percepção de relaxamento (Craske; Barlow, 1999).

Além de respostas fisiológicas, mecanismos cognitivos (antecipação de conseqüências desastrosas), motivacionais (desejo de estar longe da situação traumática), afetivos ou emocionais (sentimento de terror) e comportamentais são ativados (Beck, 1985).

Todo esse conjunto de modificações emocionais e físicas está na base dos transtornos de ansiedade. Mas, pessoas de distintas localidades e culturas manifestam ansiedade diferentemente. Em algumas culturas prevalecem os sintomas físicos; em outras os cognitivos (preocupação, medo). Dependendo do sexo, da idade e da inserção em grupos sociais, também é comum a existência de variações na expressão dos sintomas (APA, 2002).

Os transtornos de ansiedade podem afetar as pessoas em todas as fases da vida. Torna-se um problema psiquiátrico quando impede o funcionamento do indivíduo e a realização de tarefas cotidianas. Alguns estudos mostram que crianças com transtornos de ansiedade têm mais dificuldade para fazer amizades, do que aquelas que não têm este tipo de problema. A ansiedade em nível patológico tem um impacto grande na vida social e escolar das crianças, resultando em conseqüências futuras sérias (Cartwright-Hatton, 2006; Silva; Figueiredo, 2005).

Dentre todos os transtornos psiquiátricos, os de ansiedade são considerados por vários autores como os mais comuns em crianças

(Cartwright-Hatton, 2006). Há uma tendência que esses transtornos persistam até a vida adulta, caso não sejam tratados (Cartwright-Hatton, 2006; Silva; Figueiredo, 2005). Crianças costumam apresentar, ao mesmo tempo, mais de um transtorno. Estima-se que metade das crianças com transtorno de ansiedade possui outro transtorno associado (Asbahr, 2004), seja ele também da esfera da ansiedade ou outros tipos de distúrbios de comportamento, que não os ansiosos.

Fatores biológicos e familiares estão entre as origens da ansiedade. A transmissão genética de pais para filhos está estimada em cerca de 50% da predisposição à ansiedade, embora ainda haja discordância sobre essa relação (Bögels; Brechman-Toussaint, 2006).

O relacionamento inseguro da criança com seus cuidadores é um outro ponto importante para se compreender os sintomas de ansiedade. Baseado nas reações dos pais e no tipo de relacionamento estabelecido entre pais e filhos, é que a criança pequena cria seu próprio modelo de funcionamento interno frente às situações da vida. Ao crescer, outras pessoas e influências se incorporam à forma como uma criança lida com a ansiedade.

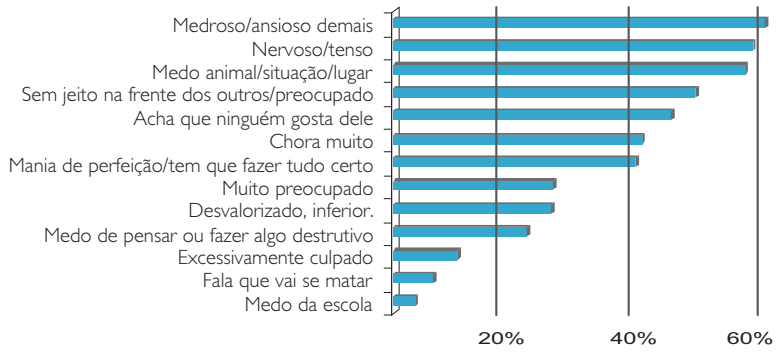
Os conflitos conjugais, a forma como o pai ou a mãe se relaciona com o cônjuge, o relacionamento entre irmãos, as estratégias educativas dos pais, as crenças dos pais sobre os filhos são outros aspectos que podem estar associados aos transtornos de ansiedade na infância.

A seguir, falamos um pouco sobre os vários tipos de transtornos de ansiedade que acometem crianças. Iniciaremos descrevendo os sintomas de ansiedade presentes nas crianças de São Gonçalo. O gráfico 4 mostra sintomas compatíveis com transtornos de ansiedade de separação, generalizada e fobia específica.

Como se pode notar no gráfico 4, isoladamente alguns sintomas se mostram muito comuns, como é o caso dos sintomas de ansiedade, nervosismo, tensão e medo, referidos pelos responsáveis de cerca de 60% das crianças. No pólo oposto, medo da escola foi referido por 3,7% dos responsáveis.

Neste gráfico percebemos a elevada freqüência com que crianças, assim como os adultos, convivem com *sintomas* de ansiedade no dia-a-dia.

Gráfico 4 - Sintomas de ansiedade/depressão (N=6205)



Transtorno de ansiedade de separação

Caracteriza-se pela ansiedade excessiva diante de situações que envolvem o afastamento da criança da casa, dos pais ou outras pessoas significativas. Deve persistir por no mínimo *quatro meses* para ser diagnosticada como transtorno de ansiedade de separação. *Pode aparecer após a ocorrência de algum estresse ou violência.*



O dia-a-dia de Nádia com sua mãe (8 anos)

Às vezes Nádia incomoda. Eu estou num lugar, ela está atrás... Esses tempos atrás, eu falei assim: Nádia, senta ali que eu estou lavando roupa. Senta ali que eu estou lavando roupa. Aí eu vim entregar um relógio para o meu primo, do jeito que eu vim saindo ela veio entrando. Ela me deu um tombo, que eu

fiquei uns vinte minutos desacordada. Do tombo que ela me deu na cozinha.

Então às vezes, até me atrapalha.

Às vezes eu estou na pia fazendo alguma coisa, quando eu vou ver ela está vindo e eu não estou vendo. Aí eu vou e pum! Deixo um copo cair no chão...

Ela está sempre perto de mim. O tempo inteiro Nadia perto de mim. Se eu for num banheiro, Nadia entra junto no banheiro comigo. Se eu for no quarto, Nadia entra no quarto comigo.

Se eu for na cozinha, ela está junto comigo. Eu...- Vai sentar! – Não! Não mãe deixa eu te ajudar? Você quer que eu lave um arroz? Você quer que eu faça isso?

Entendeu? É o tempo inteiro Nadia perto de mim. É vinte e quatro horas por dia, Nadia perto de mim. Quer dizer, ela não vive sem mim. Quando eu tenho que sair... às vezes assim, quando eu não posso levar ela, aí ela fica triste, aí chora daqui, chora dali.[...]

Mãe de Nadia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais

É um dos transtornos ansiosos mais comuns na infância. É diagnosticado na infância ou na adolescência, com início antes dos 18 anos, podendo continuar pela vida adulta. Dados internacionais informam que atinge 4% de crianças e jovens, mas costuma ser mais comum na infância (Castillo et al., 2000).

Estudos mostram que crianças com ansiedade de separação apresentam, na vida adulta, outros transtornos de ansiedade, em especial o transtorno do pânico (Manfro et al., 2002).

Crianças com ansiedade de separação, quando afastadas das pessoas com quem têm vínculo, temem nunca mais reencontrá-las. Costumam expressar o medo de que possam acontecer doenças, acidentes ou acontecimentos ruins consigo próprias ou com seus entes queridos.

É comum ocorrer o comportamento de andar "como uma sombra", seguindo um dos pais pelos cômodos da casa ou exigir a companhia deles para ir de um lugar a outro de sua residência. A criança também pode querer dormir sempre na presença de alguém, querer dormir na cama dos pais ou, durante a noite, ir para cama deles. Quando a porta estiver fechada, pode até mesmo dormir junto à porta.

Pode também ocorrer sintomas físicos diante de situações em que há possibilidade de afastamento da criança de casa ou de familiares significativos, ou onde haja o real afastamento. Entre essas queixas somáticas estão: dor de cabeça, dor abdominal, tontura, sensação de desmaio, náuseas e vômitos. Porém, entre crianças, nem sempre as preocupações são acompanhadas de sintomas físicos.

Transtorno de ansiedade generalizada

Caracterizado por ansiedade e preocupação excessiva (ansiedade antecipatória), ocorrendo quase todos os dias, por pelo menos *seis* meses. A ansiedade e a preocupação estão associadas com pelo menos alguns dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação dos "nervos à flor da pele"; fadiga; dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente; irritabilidade; tensão muscular e perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

A ansiedade é dirigida a diversos eventos ou atividades, tais como preocupação com o desempenho escolar ou no esporte.

Para se afirmar o transtorno, é necessário existir sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo importante na vida da criança. *O curso dos sintomas costuma piorar durante períodos de estresse.*

Mais da metade dos pacientes que procura tratamento relata início dos sintomas na infância ou adolescência, mas o início na vida adulta não é incomum. A prevalência em amostras comunitárias gira em torno de 3% e em amostras clínicas pode alcançar até 25% dos indivíduos (APA, 2002).

A preocupação da criança com transtorno de ansiedade generalizada difere das preocupações comumente existentes no dia-a-dia de uma criança não ansiosa por serem mais difíceis de serem controladas. Também são mais duradouras e ocorrem mesmo sem estarem acontecendo problemas reais. Pode estar associada a situações muito díspares, como pontualidade ou desastres ambientais.

São crianças que podem se mostrar perfeccionistas e insatisfeitas com seu desempenho, buscando a perfeição nas tarefas. Buscam também a aprovação dos outros e se mostram inseguras.

Fobia específica

A criança com fobia específica apresenta medo grande de algum objeto, animal ou situação que é possível de se identificar claramente, por exemplo, medo de cachorro, da escola ou de pegar ônibus. A criança fica muito ansiosa ao ser exposta à situação que tem medo e procura evitá-la. O medo causa prejuízos significativos em sua rotina e em sua vida social. Pode ter ataques de pânico diante do objeto que causa medo.

É comum que crianças tenham medos de objetos ou situações, mas o diagnóstico de fobia específica só é dado quando o medo interferir seriamente no cotidiano da criança, em sua vida social e escolar, por um período mínimo de *seis meses*. Dentre os fatores que predispõem a fobia específica temos *eventos traumáticos*, como ser atacado por animal ou ficar preso em armários, ou mesmo testemunhar outras pessoas sofrendo traumas ou demonstrando temor.

Estatísticas internacionais indicam que 5% das crianças têm fobia específica (Muris et al., 1999).

O diagnóstico não se aplica quando a pessoa está diante de perigos que podem efetivamente acontecer. Por exemplo, o medo de ser atingida por tiros, quando se está numa área onde constantemente há tiroteios não é considerada fobia específica.

Subtipos de fobias específicas

Animal: medo de animais ou insetos.

Ambiente natural: situações do ambiente natural como enchentes, tempestades, alturas, águas.

Sangue-injeção-ferimentos: medo de receber procedimentos médicos invasivos, medo de ver sangue ou ferimentos.

Situacional: situações específicas como utilizar um certo tipo de meio de transporte (ônibus, carro, avião, trem); andar em túneis; andar de elevador; ficar em locais fechados.

Outros tipos: fobia a "espaço", que seria o medo de cair se estiver longe de paredes ou objetos que o segurem; medo de indivíduos fantasiados de personagens; medo de sons altos; medo de situações que poderiam levar a vômitos, sufocamentos ou doenças.

(APA, 2002)

Transtorno de estresse pós-traumático em crianças

O transtorno de estresse pós-traumático[1] (TEPT) é um problema de saúde mental decorrente da vivência com eventos de vida traumáticos. Apenas em 1980 foi introduzido como transtorno à saúde mental (APA, 2002). Inicialmente foi reconhecido como um

[1] Na literatura de língua inglesa, TEPT é conhecido como *Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD.

problema de saúde que acometeria apenas adultos. Posteriormente, crianças e adolescentes foram reconhecidas como possíveis vítimas. Desde então, busca-se entender as diferenças e similaridades observadas nestes ciclos de vida, especialmente porque crianças e adolescentes processam diferentemente os estímulos do meio, devido ao estágio de desenvolvimento cerebral e cognitivo em que se encontram, bem como pela relevância fundamental dos fatores familiares, genéticos e ambientais nestas fases da vida (Rojas; Lee, 2004).

Para se diagnosticar TEPT em crianças, é necessário que (APA, 2002):

- Haja exposição a um evento traumático em que:
  - a criança vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;
  - a resposta da criança envolveu intenso medo, impotência ou horror, frequentemente manifestado em crianças através de comportamento desorganizado ou agitado.
- O evento traumático é persistentemente revivido pela criança em uma (ou mais) das seguintes maneiras:
  - recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções – nas crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma;



Até hoje, ela com oito anos, ela não esqueceu. Ela ainda revive tudo aquilo. De vez enquanto que aquilo passa igual a uma novela. Ela lembra, ela começa a comentar, fazer aqueles comentários, e eu começo sempre a tentar tirar isso da cabeça dela. Foi uma situação assim, muito difícil, muito difícil para a Nádia mesmo. Eu acho que isso daí foi a pior coisa que aconteceu na vida dela. Ela sofreu muito. [...] Mas vira e mexe,

é como eu estou te falando, entendeu? É como se fosse um filme. Tudo vem na cabeça dela, entendeu? Aí ela fica... Ela fica agitada, fica com medo, entendeu? Não fala com as pessoas direito.

Mãe de Nádia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais.

- sonhos aflitivos e recorrentes com o evento, podendo ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;



Depois que ficou maiorzinha, é que tem crises de pesadelo, então ela grita de noite mesmo.

Mãe da Lara, 8 anos, sintomas de TEPT, doenças graves/morte na família, crise nervosa e agressão física da avó ao pai

Ele começou a ter pesadelos comigo, dizendo: "mãe, eu sonhei que você morreu; mãe, eu sonhei que você... aconteceu isso com você; mãe"...

Mãe de Leonardo, 8 anos, sintomas de TEPT, vivenciou incêndio, sofreu violência na comunidade e na escola, testemunhou acidente sofrido pela mãe

Diz ela, que tem uns sonhos assim, que ela corre do quarto pra vir pro meu quarto. Ela diz que sonha muito com o bicho ruim, com essas coisas, que está vindo pegar o irmão dela. Nessas semanas, quando acontece esse tipo de sonho com ela, ela fica assim... Nadia fica desnorteada. Ela fica nervosa, fica preocupada.

Mãe de Nadia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais

- agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos). Crianças pequenas podem reencenar o trauma;
- sofrimento psicológico intenso quando exposta a algo que simboliza ou lembra algum aspecto do evento traumático;



Nádia depois ficou muito traumatizada. Ela não podia ver um carro de polícia, ela não podia ver um carro estranho entrando na rua, porque ela ficava apavorada, ela começava a fechar a porta, a fechar a janela, e começava a ficar chorando o tempo inteiro, querendo o pai, por que ela já achava que iria acontecer tudo de novo, tudo novamente.

Mãe de Nádia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais.

- reatividade fisiológica quando exposta a algo que simboliza ou lembra algum aspecto do evento traumático;



E dali pra lá, ele começou assim, dor de cabeça, aí deu febre algumas vezes nele e ele começou ter visões, sonhos. Ele começou reagir dessa forma.

Mãe de Leonardo, 8 anos, com sintomas de TEPT e vivência de acidente grave, violência na comunidade e escola.

Eu perdi meu irmão tem um ano. Depois que isso aconteceu ela estava, andou mijando na cama, parou. Uma coisa assim. Não era todo dia, às vezes. Agora, essa semana que passou eu peguei ela chorando. Chorando, mas ela disfarçou, o olho dela descia lágrima... Falei assim: - Filha, você está chorando? Era por volta de oito da noite. Você está chorando? Aí, ela foi e falou: "não, eu estou chorando, porque eu estou me lembrando do meu tio". Aí eu falei: quando você sentir vontade de falar dele, você fala comigo. [...] Aí, eu perguntei:

você fica sempre triste assim? Sempre quando você está triste, é por causa disso? Ela disse que era, entendeu? E eu não sabia. Porque até antes quando vim aqui, eu estava achando, não tinha certeza. [...] Ela pegou e falou: "eu às vezes, quando fico triste é por que eu fico lembrando dele. Porque ele era uma pessoa boa para mim". Ela falou... se expressou assim, não é? Ele era bom, realmente, ele era muito carinhoso com ela, muito... Aí, sonha, sonha...

Mãe de Renata, 8 anos, sintomas de TEPT, vivenciou a morte de tio por acidente, violência severa sobre a mãe, doença grave de familiar.

- esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da capacidade de reação (não presente antes do trauma). Para diagnosticar TEPT, é necessária a presença de três (ou mais) dos seguintes quesitos:
  - esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
  - esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;



Ela fica agitada, fica com medo. Não fala com as pessoas direito. Se chegar uma pessoa na minha casa, principalmente se for uma pessoa do sexo masculino, se for uma pessoa assim, que ela não conhece, ela não chega nem perto.

Mãe de Nádia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais

Ela chorou e falou que não queria mais vir pra escola, até hoje ela estava pedindo pra tirar ela do colégio, que ela quer mudar de escola.

Mãe de Valéria, 9 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, vivenciou enchente grave, violência na localidade, doenças e mortes na família, foi hospitalizada, passou por "corredor da morte" na escola, sendo agredida fisicamente.

- incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
- redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
- sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
- faixa de afeto restrita (p.ex., incapacidade de ter carinho);
- sentimento de um futuro abreviado (p.ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

- Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma). São necessários dois (ou mais) dos seguintes quesitos para o diagnóstico: dificuldade em conciliar ou manter o sono; irritabilidade ou surtos de raiva; dificuldade em concentrar-se; hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada.

O diagnóstico de TEPT só se dá quando a duração dos sintomas é superior a *um* mês e caso provoque sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social da criança.

Nem sempre é possível diagnosticar TEPT em crianças a partir de todos estes critérios preconizados pela DSM-IV. Autores alertam que crianças informam pouco sobre oito sintomas de TEPT, dentre os dezoito normatizados na DSM-IV. Isto se daria pela exigência de descrição verbal da experiência traumática e do estado interno vivenciado pela criança (Scheeringa et al., 2006). Por essa razão, é importante avaliar crianças com sintomas de TEPT, mesmo que elas não alcancem todos os critérios exigidos na DSM-IV.

Uma enorme variedade de sintomas é concomitante ao TEPT em crianças, complexificando ainda mais o diagnóstico: prejuízo na modulação do afeto; comportamento autodestrutivo e impulsivo; sintomas dissociativos; queixas somáticas; sensações de inutilidade, vergonha, desespero ou desamparo; sensação de dano permanente; perda de crenças anteriormente mantidas; hostilidade; retraimento social; sensação de constante ameaça; prejuízo no relacionamento com os outros; ou mudança nas características anteriores da personalidade do indivíduo.

O transtorno de estresse após o trauma pode ser *agudo* e *crônico*. Ambos têm sintomas similares, porém:

- TEPT agudo: quando a duração dos sintomas é *inferior a três meses*. (e superior a um mês).
- TEPT crônico: a duração dos sintomas é *igual ou superior a três meses*.

Embora os sintomas de TEPT costumem iniciar nos três primeiros meses após o trauma, pode haver um lapso de meses ou mesmo anos antes do seu aparecimento (APA, 2002; Range; Masci, 2001). Quando isto acontece, denomina-se TEPT de *início tardio,* com tempo mínimo transcorrido entre o evento e o início dos sintomas de seis ou mais meses. É preciso ter cautela ao determinar o retardo do aparecimento dos sintomas, pois pode haver precária e retardada percepção dos pais sobre os sintomas apresentados por seus filhos, especialmente quando mais novos.

A comorbidade é altamente freqüente em crianças com TEPT. Depressão é um dos transtornos mais comumente associados, junto com outros transtornos de ansiedade (pânico, agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada) e abuso de substâncias. Os transtornos externalizantes (hiperatividade/déficit de atenção, transtornos de conduta e transtorno opositivo desafiador) são também freqüentes.



Violência urbana e ansiedade de Mariana

Mariana tem 9 anos de idade e sempre foi muito "recatada", como sua mãe costuma descrever. Tem vergonha de conversar com as pessoas mais velhas e até mesmo com os coleguinhas da escola. A professora já conversou com a mãe de Mariana sobre o isolamento da filha e como ela não participa muito das brincadeiras de turma.

A mãe, Carla, acha natural a filha ser assim, afinal de contas toda a família tem esse mesmo jeito e ela própria costuma dizer que não gosta de pessoas com jeito muito escandaloso. O pai não participa muito porque está sempre trabalhando e quando chega em casa a menina já está dormindo.

Um dia, durante uma entrada da polícia na comunidade que Mariana mora, houve muito tiroteio, quando ela estava vindo da igreja e indo para casa com seus pais. Eles tiveram que se jogar no chão, passando por momentos de muito medo. Mariana ficou muito agitada e horrorizada. Felizmente saíram ilesos fisicamente, apenas com alguns arranhões.

Mesmo meses após o evento, Mariana ainda tinha pesadelos sobre o tiroteio e às vezes pesadelos sobre monstros. Acordava com muito medo e ia para a cama dos pais. Eram pesadelos muito freqüentes que perturbavam o sono de Mariana e de seus pais. E começou a ser alvo de preocupação de sua mãe, que não sabia mais o que fazer.

Mariana passou a querer evitar as ruas centrais da comunidade, principalmente a rua que aconteceu o tiroteio. Agora queria sempre fazer o trajeto mais longo para a escola. Quando tinha que fazer algo nessa rua, ficava suada, com as mãos frias, sofrendo muito por ter que usar tal caminho. Era um grande custo para ela e sua mãe alterarem tanto o caminho de ida para a escola. No início a mãe tentou forçar Mariana a seguir o trecho que estavam habituadas, mas percebia que a filha ficava em pânico e mudou seu trajeto para entrar e sair da comunidade.

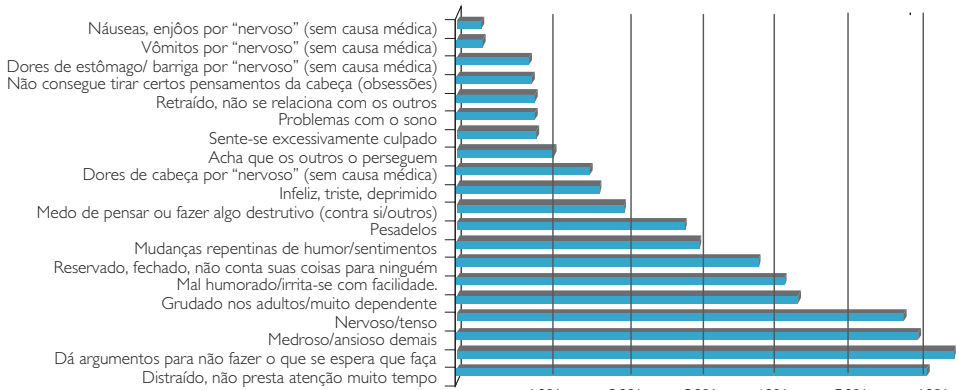
Carla percebeu que Mariana passou a não brincar mais de boneca e nem assistir televisão como fazia antes. E ela que sempre foi muito estudiosa, vinha tirando notas baixas, sem interesse nenhum nos estudos. Além disso, estava sempre muito irritada e assustada. Qualquer barulho parecido com tiros, ela tomava um susto, e procurava um local protegido chorando.

Carla estava muito preocupada e procurou insistentemente um psicólogo para a filha. Mas não encontrou vaga nos

serviços perto de sua casa. Já tinha desistido de atendimento, quando a filha adoeceu, teve uma gripe com febre muito elevada e persistente, precisando recorrer ao pediatra no posto de saúde. Durante a consulta, a mãe estava muito triste, muito reticente nas respostas e a pediatra notou seu desalento. Perguntou se havia algum outro problema. Até que Carla desabou a chorar e contou como a filha estava nos últimos meses. Após avaliar a criança e fazer algumas perguntas sobre o comportamento de Mariana, a pediatra achou por bem conversar com a psicóloga do posto para pensar numa forma de conseguir atendimento rápido para Mariana. Para ser avaliada por um psiquiatra a fila de espera seria de no mínimo seis meses.

Dentre os sintomas de TEPT manifestados pelas crianças da rede pública de São Gonçalo, constatamos no gráfico 5 os sintomas mais freqüentes: distração; muita argumentação, comportamentos agressivos; medo, ansiedade e nervosismo em excesso. Dentre os sintomas menos freqüentes estão algumas queixas somáticas e não conseguir tirar alguns pensamentos da cabeça.

Gráfico 5 - Sintomas de TEPT em crianças escolares (CBCL) (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

Na fala dos responsáveis entrevistados, a *irritabilidade* e *crises de raiva* dos filhos costumam ser relacionadas a algumas situações adversas marcantes em suas vidas:



Sempre foi um garoto agitado, debochado, é nervoso. [...] Não era quando bebê, não. Ele só ficou agitado quando via eu e o pai dele discutindo. Só ai ficou agitado com a separação aí de lá pra cá.

Mãe de Felipe, 8 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, testemunha agressão física severa do pai à mãe, sofre agressão física severa dos pais, foi hospitalizado, vivenciou desabamento grave, viu assassinatos e vivenciou violência na comunidade.

Outros problemas emocionais e comportamentais estiveram presentes em todas as crianças com sintomas de TEPT. Muitas vezes, estes comportamentos eram as principais fontes de preocupação dos responsáveis, surgindo com ênfase nas entrevistas: outros transtornos ansiosos, depressivos, comportamentos agressivos, dificuldades de aprendizagem e de contato social com outras pessoas.

Tristeza



Ele é triste [...] Você sente a tristeza nele. Até as professoras mesmo pegaram ele ontem na sala e falaram: "ele é muito triste sabe?" [...] Tem uma vizinha minha ao lado que fala: "Ah! Esse meu netinho é meu netinho, mas ele é muito triste". Às vezes abraça, dá carinho a ele. Eu acho ele muito diferente das outras crianças no quintal. [...] Porque ele é muito assim, triste. Às vezes você chega, ele está sentado assim do lado de fora, perguntei: está tudo bem? Ele: "está tudo bem". Você está sentindo alguma coisa? "Não mãe, está tudo bem". Mas você percebe a tristeza dele.

Mãe de Lauro, 11 anos, sintomas de TEPT, vivenciou acidente com feridos, testemunha de assalto na comunidade, familiar com doença grave, foi hospitalizado.

Timidez

Ela é muito fechada, apesar de ser amorozinha assim, ela é muito fechada. Eu não tenho acesso. Às vezes eu pergunto, tento conversar com ela... Vamos conversar com mamãe. Como é que foi e tal. E ela não se abre... "Ah! Foi legal". Toda vez que ela sai de casa. Ih! Como é que foi a aula? "Foi boa". Aí eu tento indagar, então ela não conversa. De vez em quando ela está vendo televisão, ela fica triste, a gente pergunta o que é, ela diz que não é nada, mas ela não se abre.

Mãe de Valéria, 9 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, vivenciou enchente grave, violência na localidade, doenças e mortes na família, foi hospitalizada, passou por "corredor da morte" na escola, sendo agredida fisicamente.

Agressividade

O relacionamento dele é meio complicado, briga muito com os coleguinhas. É uma criança que eu tenho que estar atenta sempre. Às vezes ele quer brincar na rua, aí eu tenho que ter um tempo disponível pra eu olhar, porque ele costuma ter um pouco de atrito contra os amigos da escola... Leonardo costuma me dar mais problema. […] Então o que aconteceu, o Leonardo apanhou, apanhou a alfa inteira, quando chegou no meado da primeira série, o Leonardo começou a agredir. Aí eu comecei a ser chamada, porque de agredido ele passou a ser agressor, entendeu? Aí eu estava... a dificuldade do Leonardo começou aqui, com relacionamento na escola

Mãe de Leonardo, 8 anos, com sintomas de TEPT e vivência de acidente grave, violência na comunidade e escola

Outros transtornos de ansiedade

Falaremos brevemente sobre alguns outros transtornos, menos comuns em crianças: transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social, transtorno do pânico e agorafobia.

Transtorno obsessivo-compulsivo



Relato da psicóloga sobre a entrevista com a mãe de Alan

A mãe falou muito pouco e muito baixo durante toda a entrevista, parecendo muito deprimida.

Alan tem vários tiques nervosos e compulsões.

Segundo a mãe, ele tem mania de repetir uma palavra "tineli". Ele repete quando alguém briga com ele ou quando ele fica nervoso. Alan repete compulsivamente a palavra "doneli" e os tiques nervosos vão mudando e ficando piores, especialmente quando as crianças ficam zombando dele, principalmente o irmão.

Alan lava as mãos três vezes, bate a porta três vezes, faz tudo três vezes. Se alguém encostar em seu prato ou copo, ele não come mais. Se o irmão encostar em Alan ou em suas coisas, fica se limpando. Acha que vai virar "viado" se algum homem o abraça ou encosta nele. Nessas ocasiões, fica se limpando. A única pessoa que pode encostar em Alan é a mãe, que acha essa situação engraçada.

A avó que mora com a família diz que Alan é maluco, que a mãe tem que procurar um tratamento porque ele não é normal.

A mãe diz que Alan piorou depois que o pai morreu, quando começou a fazer tudo três vezes.

Alan, 8 anos, sintomas de ansiedade, pai assassinado.

Obsessões são idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento. Entre os exemplos de obsessões mais comuns estão:

- contaminação (medo de ser contaminado ao apertar as mãos das pessoas);
- dúvidas repetidas (imaginar que deixou uma porta destrancada, ou se questionar/ficar em dúvida se machucou alguém);
- organização/ordem (sofrimento acentuado quando as coisas estão desorganizadas ou fora de ordem);
- impulsivos agressivos ou horrorizantes (pensamento de machucar um familiar ou falar palavrões em momentos não apropriados);
- imagens sexuais (imagem de conteúdo sexual).

Compulsões são comportamentos repetitivos (por exemplo, lavar as mãos, ordenar, verificar) ou atos mentais (orar, contar, repetir palavras em silêncio) cujo objetivo é prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento, em vez de oferecer prazer ou gratificação. Costumam ser mais presentes em crianças do que as obsessões.

A criança com transtorno obsessivo-compulsivo pode tentar evitar o pensamento, imagem, obsessão com algum outro pensamento ou ação, desencadeando a compulsão, com ações excessivas e em desacordo com a realidade. Assim, ao temer se contaminar ao segurar as mãos de outra pessoa, lavará suas próprias mãos até que se sinta menos ansioso. Isso faz com que lave as mãos muitas vezes e durante muito tempo.

O início do transtorno obsessivo-compulsivo dá-se mais cedo em homens (dos seis aos quinze anos) que em mulheres (dos vinte aos vinte e nove anos). É mais comum em meninos e os sintomas na infância são os mesmos que na idade adulta.

As obsessões ou compulsões recorrentes consomem tempo e causam prejuízo ou sofrimento. Para o diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo, os comportamentos compulsivos precisam consumir mais de uma hora por dia e redundarem em sofrimento

significativo com prejuízo na vida social e escolar. Crianças com este transtorno geralmente começam a apresentar queda de rendimento gradual na escola, dificuldade de concentração, dificuldades sociais e de relacionamento com pessoas próximas (APA, 2002) Não há informação sobre a presença de traumas no surgimento do transtorno obsessivo-compulsivo, mas *exacerbações dos sintomas podem estar relacionados a vivência de estresses.*

Fobia social

Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, quando a criança se depara com pessoas estranhas, com possível avaliação de outras pessoas ou com a necessidade de desempenhar alguma tarefa. Este medo interfere na vida, no desempenho social e escolar. Por exemplo, a criança com fobia social pode até apresentar um trabalho para sua turma, mas sente-se muito ansiosa, tem preocupações se as pessoas estão percebendo que ela está embaraçada (com as mãos tremendo, tremor na voz) ou que as pessoas achem que seja maluca ou estúpida. O *início dos sintomas pode se dar após experiência estressante ou humilhante.*

O transtorno só pode ser identificado em crianças e adolescentes até 18 anos se tais sintomas permanecerem por no mínimo *seis* meses. É mais comum surgir na adolescência, emergindo a partir de uma história de inibição social ou timidez na infância.

Ao se defrontar com essas situações sociais, a criança ou adolescente sente forte ansiedade e queixas somáticas como tremores, palpitações, desconforto gastrointestinal, rubor facial, confusão, tensão muscular. Pode até ter ataques de pânico diante da situação temida. A criança pode não reconhecer que seu medo é irracional ou excessivo, diferente dos adultos e adolescentes que reconhecem a irracionalidade do medo.

A criança com esse transtorno faz de tudo para evitar estas situações. Pode até conseguir suportar a situação, mas com sensação de pavor.

Denomina-se fobia social generalizada quando os medos estão relacionados a uma ampla gama de situações sociais, como iniciar ou manter conversas, encontrar-se com pessoas do sexo oposto, comparecer a festas e escrever em público. Essas crianças tendem a ter baixa auto-estima, sentimentos de inferioridade e hipersensibilidade às críticas, o que as deixam com uma rede de apoio social diminuída. Podem apresentar notas baixas por conta do medo e ansiedade nos testes, falta de participação em sala de aula e ansiedade durante os trabalhos de grupo. Inclusive podem apresentar fobia escolar por conta do medo de se relacionar com colegas e professores e de situações em que seu desempenho é avaliado. Outras características específicas que podem acontecer às crianças são: choro, ataques de raiva, imobilidade, comportamento de estar junto permanentemente a uma pessoa na família e recusar-se a participar de brincadeiras em grupo.

Em crianças a fobia social pode ser considerada grave porque pode prejudicar o desempenho da criança nas tarefas, não permitindo que alcance um nível esperado de funcionamento. Também o isolamento é muito prejudicial, comprometendo o desenvolvimento afetivo da criança e sua capacidade de interagir com outras pessoas.

Transtorno de pânico

Presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos *um* mês de preocupação persistente acerca de ter outro ataque, das suas possíveis implicações ou conseqüências ou por alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.

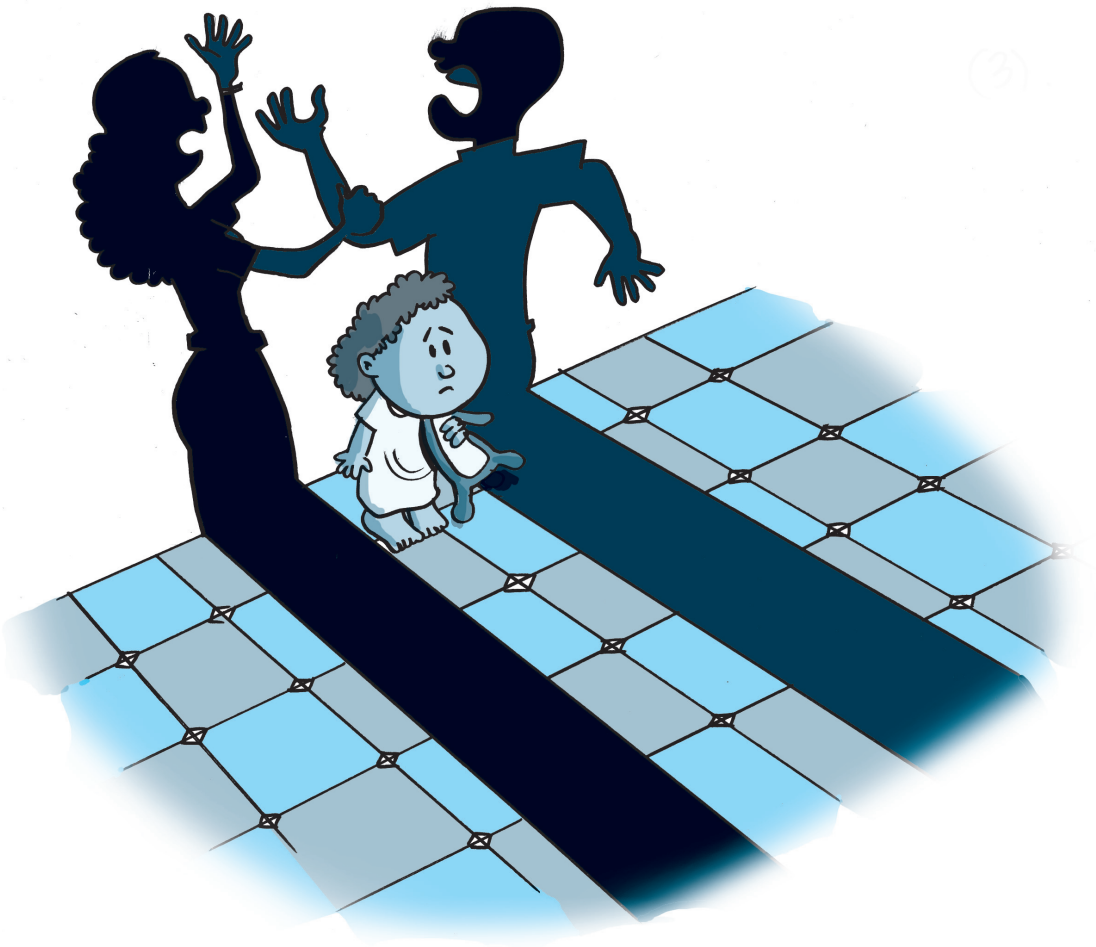
É pouco comum em crianças. É mais freqüente no final da adolescência e na idade adulta. Os sintomas podem se iniciar e se exacerbar mediante a ocorrência de perdas, tais como rompimentos de relacionamentos importantes.

O transtorno de pânico se caracteriza por período de intenso medo ou desconforto, no qual quatro (ou mais) de treze sintomas

somáticos ou cognitivos estão presentes: palpitações ou taquicardia; sudorese; tremores ou abalos; sensações de falta de ar ou sufocamento; sensações de asfixia; dor ou desconforto torácico; náusea ou desconforto abdominal; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo); medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento); calafrios ou ondas de calor.

Os sintomas desenvolvem-se abruptamente e alcançam um pico em dez minutos.

Pode vir acompanhado de **agorafobia,** que é ansiedade de estar em locais de difícil fuga ou onde considera ser difícil obter socorro, caso tenha ataques de pânico. Deste modo, a criança pode apresentar medo de estar em multidões, filas, pontes, ônibus, trem, automóvel, sair de casa desacompanhada, podendo evitar estas situações ou suportá-las com dificuldade.



Adversidades, violências e transtornos ansiosos em crianças

Neste capítulo nos deteremos em mostrar como as adversidades podem ocasionar ou facilitar o surgimento de sintomas de ansiedade em crianças.

Crianças necessitam usar algumas operações mentais para lidar com adversidades. Algumas dessas operações, muitas vezes, ainda não estão desenvolvidas. Destacamos as capacidades de: estimar a

magnitude do perigo enfrentado; reagir emocional e fisiologicamente; regular e avaliar que ações de proteção são mais eficazes.

As crianças com idade **pré-escolar** avaliam o perigo confiando no referencial das figuras parentais ou das pessoas com quem formaram vínculo.

Na idade **escolar**, as crianças melhoram a apreciação de situações de perigo, adquirem habilidades de como se manter seguro, adquirem senso de culpa e percebem ineficácia quando há falha em alguma ação protetiva.

O desenvolvimento neurobiológico da criança, sua história de vida e o fato de sentir segurança em adultos para ajudar diante de situações de perigo são aspectos fundamentais no sentimento de autoconfiança e resiliência de uma criança. Influenciam, também em sua capacidade de reconhecer e acionar mecanismos de proteção no meio em que vive, ao se deparar com situações muito adversas.

Resiliência

Capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental estabelecer-se durante a vida, mesmo após a exposição a riscos. Significa a habilidade de se acomodar e reequilibrar frente às adversidades. É especialmente desenvolvida nas crianças através dos fatores de proteção individuais, familiares e sociais.

As conseqüências decorrentes dos problemas enfrentados pelas crianças são dependentes do estágio de maturação de seu organismo. É o *timing* da experiência que prediz o seu impacto, pois as experiências são sentidas diferentemente, dependendo do momento de vida e das diferentes respostas vindas do meio em que se vive. Também importa o grau de formação e funcionamento neural, que seria afetado em situações de estresse (Rutter, 1988; Rutter, 1989; Lucarelli; Lipp, 1999).

Nos primeiros meses de vida, quando o sistema nervoso fabrica 20.000 neurônios por segundo, a plasticidade das aprendizagens é imensa e muitos problemas e traços neurológicos são mais facilmente revertidos do que o serão no futuro (Charmandari et al., 2003).

A fase de desenvolvimento em que a criança se encontra tem sido relacionada aos seus níveis individuais de tolerância ao estresse. Algumas pessoas podem ser afetadas por eventos pouco significativos; outras por eventos de maior magnitude e algumas quando a exposição ao evento é prolongada (Savoia, 1999).

Experiências precoces podem estar associadas a desordens futuras, já que podem alterar a sensibilidade ou modificar a forma de lidar com os problemas. Podem também, por outro lado, trazer algum benefício se fortalecerem o indivíduo em sua capacidade de lidar com as dificuldades.

Outros fatores que influenciam a forma como uma criança reage aos eventos adversos são: atributos genéticos, histórico familiar, experiências da infância, natureza da relação existente entre os pais, forma como os pais lidam com estresses, tipo de personalidade da criança, história prévia familiar de traumas e de transtornos comportamentais/emocionais, suporte social (pré e pós-trauma), histórico de depressão e ansiedade entre parentes em primeiro grau.

A forma como a família enfrenta os problemas também é um aspecto importante.

Diferentes formas de lidar com os problemas



Na época eu até levei ela num psicólogo. Aí o psicólogo conversou com ela, e falou assim que depois assim, com tempo ela iria esquecendo... Que toda a vez que ela comentasse a gente sempre tentar sair do assunto, mas sem ela perceber. Então hoje em dia ela está até mais assim, mais calma, sabe? Mas ela ainda lembra dos pequenos detalhes.

Mãe de Nádia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais

Então eu falei para ela: você está no direito de quando você quiser falar, você fala. Se quiser chorar perto de mim, eu vou deixar, eu não vou brigar com você. Se quiser ver foto [do tio morto], eu vou deixar. Porque tem pessoas que se sentem bem em ver, não é? Tem pessoas que pioram. Mas, aí eu não sei a reação. Só vou saber no dia que ela tomar essa iniciativa comigo de querer ver, não é?

Mãe de Renata, 8 anos, sintomas de TEPT, vivenciou a morte de tio por acidente, violência severa sobre a mãe, doença grave de familiar.

Outros eventos de vida ocorridos à época do trauma e a exposição a mais adversidades podem reativar sintomas já existentes, embora de menor intensidade (Yehuda et al., 1995; Pynoos et al., 1999).

Ainda pouco sabemos sobre as conseqüências de conviver com adversidades, como mortes, acidentes ou violências. Muitas crianças sobrevivem a essas situações, integrando-as em suas experiências e se desenvolvendo normalmente Outras desencadeiam sintomas de ansiedade, prejudicando a vida pessoal e o desempenho escolar.

Quando se pensa em TEPT, são considerados capazes de predizer o desenvolvimento de sintomas em crianças: experiência traumática pessoal grave e estresse relacionado a situação traumática ocorrida com os pais/parentes muito queridos (Cook-Cottone, 2004).

Relembramos que não é apenas a experiência pessoal direta da criança com um evento real ou ameaçador que pode propiciar transtornos de ansiedade. Testemunhar eventos ou tomar conhecimento de acontecimentos dolorosos, como, por exemplo, a violência entre os pais, também podem facilitar o desencadeamento da ansiedade e outros problemas de saúde mental (APA, 2002).

Pesquisadores que investigam crianças com TEPT têm alertado para o fato de que o transtorno se manifesta de forma distinta segundo o tipo de trauma vivido pela criança (Terr, 1991).

- Tipo I: a adversidade decorre de um evento estressor único, agudo e repentino. Os sintomas mais comuns são comportamentos evitativos, hipervigilância, memória detalhada do evento.
- Tipo II: a adversidade está presente de forma crônica, com experiências difíceis e ameaçadoras que se repetem na vida da criança. Os sintomas mais comuns são: recusas massivas de falar sobre si próprio e sobre os acontecimentos traumáticos (tentativa de parecer "normal" junto às outras crianças); embotamento afetivo (indiferença à dor e aos estímulos externos), dissociação, identificação com o agressor, agressividade contra si próprio, ausência de sentimentos.

Pode haver a associação entre os tipos I e II, quando um evento traumático único muda a vida da criança, trazendo repercussões negativas para ela. Por exemplo, perda de um dos pais ou de ambos; perda da casa da criança; evento que cause hospitalizações prolongadas ou deficiências físicas, sensoriais; entre outros. Neste caso os sintomas característicos de ambos os traumas estariam presentes.

Nem toda adversidade enfrentada por uma criança é vivida como estresse ou de forma traumática.

Um evento é estressor quando acarreta mudança interna no indivíduo, alterando o componente de afeto e sobrecarregando ou excedendo seus recursos adaptativos (neuroquímicos, psicológicos e sociais).

A partir do momento em que a pessoa percebe e interpreta o que sofreu, consciente ou inconscientemente avalia a situação como estressante ou não.

Essa avaliação depende não apenas da situação e de seus recursos adaptativos, mas também da história pregressa e do estágio de desenvolvimento em que a pessoa se encontra ao se defrontar com os problemas

(Tavares, 2001; Garmezy; Rutter, 1988).

Dentre algumas circunstâncias de vida lesivas para crianças está a vitimização provocada por guerras e por graves desastres e catástrofes naturais. Outros acontecimentos difíceis, mesmo quando se inserem no cotidiano infantil, são o abuso físico, psicológico e sexual, a negligência, a ocorrência de doenças e mortes na família, os conflitos e separação dos pais, a perda de cuidadores ou pessoas significativas, separações prolongadas da mãe, sua própria hospitalização, ausência do pai e convivência com a pobreza, associada à instabilidade da moradia e ao desemprego do principal provedor da casa (Trombeta; Guzzo, 2002).

Quantidade X Qualidade?

Um único evento adverso na vida de crianças e adolescentes pode desencadear problemas de saúde mental. Tudo depende se a **qualidade** deste evento atingiu profundamente a estrutura emocional da criança, a ponto de alterar sua qualidade de vida.

Clínicos e pesquisadores, todavia, consideram que a **quantidade** de eventos estressantes enfrentados por uma criança é um fator importante para se entender as conseqüências sobre a saúde mental. O acúmulo de adversidades ao longo do tempo possibilitaria a potencialização de um estressor sobre o outro, fortalecendo a manutenção dos sintomas (Garmezy, 1993; Rutter, 1989).

Adversidades cotidianas podem ser microestressores que compõem os pequenos eventos adversos do dia-a-dia, podendo agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de sofrimento (Savoia, 1999).

> *Não são os grandes acontecimentos que levam o homem ao hospício, mas as pequenas e contínuas séries de tragédias*
>
> (Lazurus et al., 1980:16)

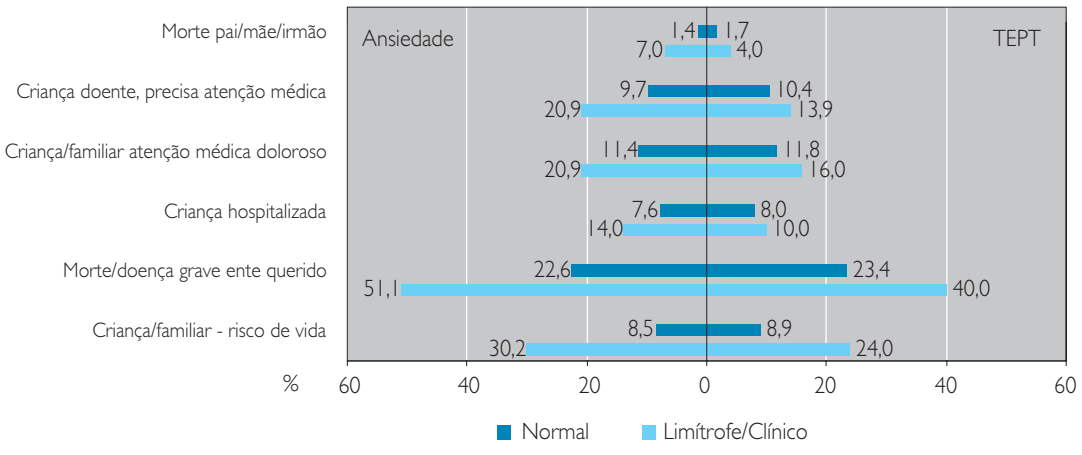
A forma como crianças e adolescentes lidam com os eventos de vida pelos quais passam e passaram é um fator crucial para a ocorrência e desenvolvimento de problemas de ansiedade, em especial ao transtorno de estresse pós-traumático.

Doenças e perdas de pessoas queridas

No gráfico 6 vemos o percentual de crianças vítimas de doenças e perdas segundo a presença de sintomas de ansiedade e TEPT. Todas as adversidades apresentadas no gráfico 6 predominam nas crianças que têm sintomas (limítrofes e clínicos) de ansiedade e de TEPT. Por exemplo, 7% das crianças com sintomas de ansiedade e 4% das que têm sintomas de TEPT vivenciaram morte de pais ou irmãos. Dentre as crianças sem sintomas ansiosos, foi bem menor o índice de morte de pais/irmãos (1,4% das crianças aferidas pela escala de ansiedade e 1,7% pela de TEPT).

A maior presença de eventos adversos nas crianças com sintomas de ansiedade e TEPT pode indicar maior dificuldade dessas crianças em lidar com a ansiedade provocada por estes eventos adversos que atingem sua saúde e vida, bem como a de seus familiares próximos.

Gráfico 6 - Sintomas de ansiedade e de TEPT em crianças/familiares vítimas de doenças/perdas ocorridas no último ano (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

Problemas de saúde na família são situações altamente estressantes e de grande magnitude na vida das crianças. Dependendo da gravidade dos agravos à saúde, do tempo que duram e das conseqüências emocionais e financeiras que deixam na família, eleva-se o grau de vulnerabilidade da criança.

Crianças costumam ficar muito sentidas quando vivenciam o sofrimento das pessoas que amam. Orientar a criança sobre o processo desencadeado pela doença pode fortalecer sua coragem para enfrentar os momentos difíceis. É preciso ter sabedoria para falar a verdade, respeitando seu nível intelectual, cognitivo e estado emocional. É bom perceber quando a criança ou familiar está profundamente abalado com a situação, e acolher suas dores, aceitar suas fraquezas, mas também apontar caminhos de superação.

A *perda por morte dos pais ou cuidadores* é uma situação especialmente traumatizante para uma criança. A despeito das diferenças de cada etapa da vida, de modo geral, parece não haver um período crítico especial do desenvolvimento que é afetado de forma especial pela experiência de perda de cuidadores. Para as crianças, é fundamental que haja um substituto atuando na função de cuidador e protetor, para que a perda possa ser superada de forma menos traumática.

Numa situação de morte, o profissional de saúde precisa estar atento sobre o contexto afetivo na família apesar da perda, a qualidade do relacionamento da criança com quem morreu, como e quando a revelação da morte é feita, como o genitor sobrevivente reage e como quer e espera que a criança reaja (Bowlby, 1998; Assis et al., 2006). Dar a criança informações exatas e sinceras, demonstrando simpatia e apoio é uma postura das mais eficazes, facilitando uma reação realista à perda e diminuindo as conseqüências oriundas dessa experiência.

Outro tipo de perda comumente difícil de ser superada pela criança é a *separação entre os pais*. Um aspecto positivo para o processo de separação dos pais acontece quando, a partir da ruptura do casal, se consegue reduzir brigas, obter estabilidade emocional e

prover afeto de forma constante à criança. Famílias conflituosas, permeadas pela rejeição e hostilidade são mais prejudiciais à criança do que uma família estável, em que os pais estão separados, mas existe estabilidade de sentimentos.

Crianças costumam sofrer muito durante as brigas e separações de seus pais. Uma boa conversa com o paciente e seu responsável pode ajudar muito, por ser o profissional uma pessoa neutra. É sempre bom atentar para a existência de sintomas de ansiedade ao lidar com crianças que estão passando por perdas afetivas.

Crianças com sintomas de TEPT e suas famílias

Dentre as crianças com sintomas de TEPT de São Gonçalo, notamos que o funcionamento da família está prejudicado, em relação às crianças sem nenhum problema de saúde mental. Há menos apoio, estímulo e confiança entre os membros da família.

Seus pais também se envolvem menos no cuidado da criança.

O relacionamento familiar da criança com pai, mãe e irmãos tende a ser referido como regular ou ruim, em comparação ao encontrado entre crianças sem problemas de saúde mental, mais definido como bom relacionamento.

Os responsáveis das crianças com sintomas de TEPT informam mais a ausência de pessoas que possam dar apoio em situações difíceis.

A ausência da figura paterna na criação dos filhos foi considerada por várias mães entrevistadas neste livro como possível explicação para os sintomas de ansiedade das crianças.



Eu acho que Laís é assim por causa da separação do pai e da mãe dela, porque ela é muito apegada com a mãe e ela é muito carinhosa com o pai dela também. Ela sente muita falta do pai.[...] A menina sente muita falta de um pai. Eu sinto que é muita falta do pai que ela sente. Tudo isso só por causa do pai.

Avó da Laís, 8 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, familiares doente/morte, viu pessoa ser gravemente ferida, problemas sérios com separação dos pais.

Eu acho que a Nadia é assim, é por ser... Eu acho que ela realmente é rejeitada pelo pai. Entendeu? Então é por isso que ela é uma criança oprimida. Ela é uma criança que fica muito no cantinho dela.

Mãe de Nadia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais

Todo mundo percebe que ele mudou depois da separação, que antes ele era uma criança mais alegre. Hoje a gente percebe, assim, minha mãe mesmo fala, minhas irmãs, pessoas da família mesmo, falam que ele mudou muito. Às vezes, ao conversar com ele você percebe uma tristeza nele.

Mãe de Lauro, 11 anos, sintomas de TEPT, vivenciou acidente com feridos, testemunha de assalto na comunidade, familiar com doença grave, foi hospitalizado.

Desastres ambientais e acidentes

Acidentes são eventos não intencionais e evitáveis, que costumam causar lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer. Desastres naturais ou provocados pelo homem ocorrem em situações que interrompem serviços essenciais como habitação, transporte, comunicações, saneamento, água e

cuidados em saúde e requer a ajuda de pessoas de fora da comunidade afetada (Veenema; Schroeder-Bruce, 2002). São experiências radicais que costumam provocar mudanças de vida, afetando a vida de todos que passaram por tais situações.

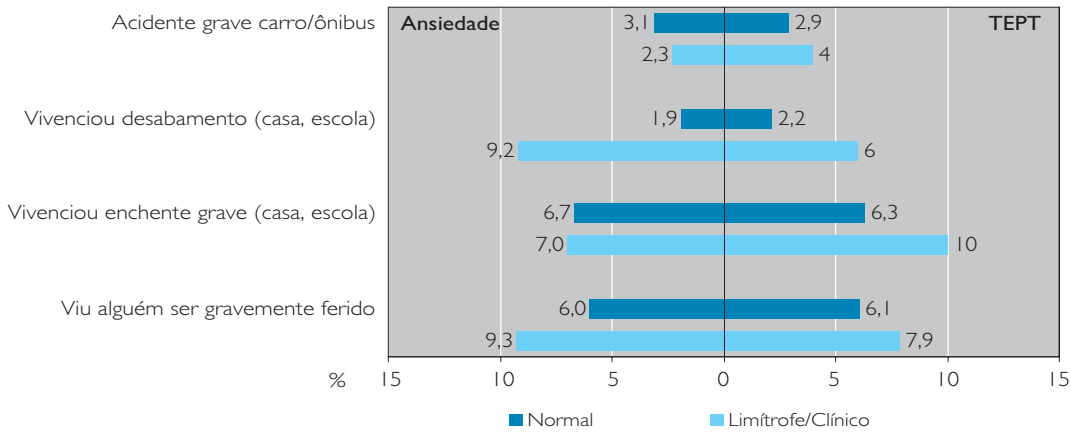
Crianças e adolescentes são particularmente vulneráveis às conseqüências psicológicas de um desastre. Atividades como ir à escola, o convívio familiar, brincar com os amigos, entre outras, fornecem estrutura para a criança, e numa situação de desastre tudo isto fica abalado (Veenema; Schroeder-Bruce, 2002).

Desastres naturais costumam propiciar índices muito elevados de transtorno do estresse pós-traumático em crianças. Um estudo realizado após terremoto que provocou ondas de tsunami que alcançaram Índia e sete países vizinhos, em 2004, encontrou 70,7% de crianças e adolescentes com TEPT agudo e 10,9% de TEPT com início tardio (John et al., 2007).

Outro estudo feito com crianças entre 4 e 17 anos de Nova York, quatro meses após o ataque terrorista de 11 de setembro, detectou 18% delas com reações severas ou muito severas de estresse pós-traumático. Os autores estimam que 260.000 mil crianças de Nova York apresentaram tal sintomatologia após o ato terrorista (Fairbrother et al., 2003).

Desastres ambientais e acidentes são bem presentes nas histórias de crianças de São Gonçalo, especialmente nas que apresentam transtornos ansiosos e de TEPT (gráfico 7). Observamos, todavia, que a freqüência com que estas adversidades ocorrem neste município é menor do que a observada em relação às perdas e doenças de familiares.

Gráfico 7 - Sintomas de ansiedade e de TEPT em crianças vítimas de desastres naturais/acidentes ocorridos no último ano (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

Mostraram-se presentes na vida das crianças enchentes, desabamentos de construções e ver alguém ser gravemente ferido, especialmente entre crianças com sintomas ansiosos. Lembramos o grande sofrimento vivido por crianças e suas famílias quando perdem suas casas e pertences em virtude de chuvas muito fortes, incêndios ou desabamentos, cenário freqüente especialmente nas comunidades construídas à beira de morros e/ou sem saneamento e infra-estrutura adequada.

Violências

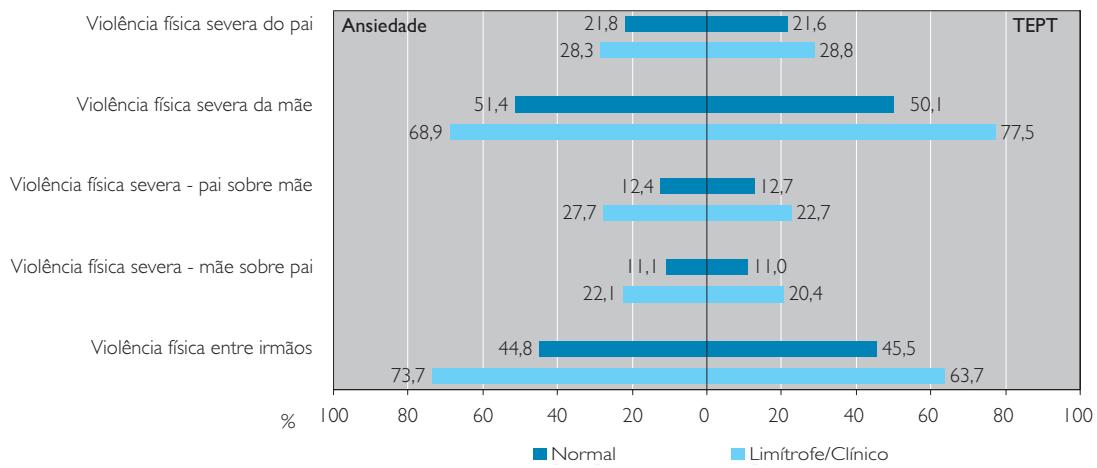
Viver em condições de violência provoca graves prejuízos ao desenvolvimento humano, a curto e longo prazo. A violência pode ser mais devastadora quando é cometida por aqueles de quem se espera afeto e proteção, em especial, os pais.

Uma das formas mais danosas para a formação da criança é a *violência psicológica*. Ocorre quando os adultos sistematicamente

rejeitam, depreciam, discriminam, desrespeitam, cobram ou punem exageradamente a criança. É também uma das formas mais freqüentes e menos detectada de violência. Estima-se que 48% dos adolescentes escolares de São Gonçalo já sofreram violência psicológica de pessoa significativa em sua vida (Assis; Avanci, 2004).

No gráfico 8 nota-se como a violência familiar se destaca dentre todas as adversidades investigadas neste livro, que foram vivenciadas por crianças. As formas de *violências físicas* existentes na família estão mais presentes nas crianças com sintomas de ansiedade e TEPT. A violência física nas famílias é muito comum, envolvendo vários integrantes do núcleo familiar. É uma forma distorcida de comunicação e de relação interpessoal. Costuma atingir todas as classes sociais.

Gráfico 8 - Sintomas de ansiedade e de TEPT em crianças vítimas de violência na família ocorridos no último ano (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

Para o profissional de saúde que lida com crianças é útil indagar sobre as práticas disciplinares utilizadas pela família: quanto mais freqüente for a utilização de práticas restritivas e punitivas, mais elevado o risco de violência física e emocional no contexto familiar (Koller, 1999; Assis et al., 2006).

Crianças com sintomas de TEPT e violência familiar

Crianças de São Gonçalo com sintomas de TEPT, quando comparadas as que não têm este transtorno:

- sofreram mais agressão verbal e violência física do pai;
- sofreram mais agressão verbal e violência física da mãe;
- vivenciam mais agressão verbal e violência física na relação com os irmãos;
- testemunharam mais agressão verbal e violência física do pai sobre a mãe;
- testemunharam mais agressão verbal e violência física da mãe sobre o pai.

É muito comum que relações autoritárias praticadas sobre as crianças também permeiem as relações dos pais entre si. O "ciclo da violência" costuma enredar todos os membros da família, que reagem de formas diferenciadas. Léo, uma criança de 8 anos com sintomas de TEPT, é um exemplo de como os sintomas de ansiedade têm solo fértil para se instalarem. Tendo vivido doenças e perdas na família, além do seqüestro de parente, está totalmente envolvido em situação de violência familiar.

O pai do Léo começou a ficar pirado.



Queria que eu saísse de casa ou então sujeitasse umas coisas que ele escolheu lá para a vida dele. É lógico que eu não aceitei. Aí começou fazer loucuras, estragar minhas coisas, rasgar minhas roupas, queimar. Destruía tudo dentro de casa, filtro, tudo que você poder imaginar. Ele chutava, jogava pela janela. Naquele dia nós chegamos, estava tudo escuro, só via aquela luzinha assim. Léo - mania de criança - sempre vai correndo na frente, empurra a porta do corredor, tinha uma vela indo para a porta do meu quarto. Aí ele deu aquele grito: "mamãe!

Macumba bem no seu quarto!" Aí ficou apavorado. Correu para casa da minha mãe dizendo que estava com muito medo. Ele chorou, acho que quase aquela noite inteira.

Depois eu voltei pra dentro. Algumas coisas eu não deixava vazar sabe, para ele não saber, eles não saberem. Só que a minha mãe, minhas irmãs não sabiam ser tão discretas. Conversavam o que não devia, perto deles também. E aquele dia quando eu fui assim, liguei o interruptor de luz, não tinha uma perna de fio puxada? O pai dele botou pra mim meter a mão lá e... e ficar agarrada lá.

[…] Porque ele me xingava, passou a me xingar muito, chegava desorientado em casa, me xingava de muitos nomes feios, é... os mais feios que puder imaginar ele me chamava. E eu comecei a ficar muito doente por causa disso. Não conseguia assimilar aquilo como uma coisa normal, pra mim não era nada normal, era coisa de outro planeta pra mim, aquele tratamento. E algumas coisas, com certeza às vezes a gente acha que a criança não está ouvindo, mas acaba ouvindo.

Mas aí eu resolvi ir embora para eles não passarem mais... não ter que ouvir aquele tipo de coisa mais. Tive que sair escondida, porque ele falava, se eu saísse, levasse as crianças, ele ia me matar, essas coisas assim que... que no casamento acaba acontecendo.

Uma vez, quando ele chegou em casa de noite, disse que tinha levado um presente pra mim. Estava bêbado. O presente dele foi um soco na boca do meu estômago. [...] Eu vi que muita gente fica passando por esse tipo de violência por causa de uma estupidez e uma casa. Uma porcaria de uma casa. Aí eu falei: - Não! Eu mereço muito mais do que isso. Os meus filhos também. A partir daí, Léo não presenciou mais nada que possa ser... graças a Deus, não é? [...] Eu passei por poucas e boas. Mas a maioria das coisas que eu passei, consegui deixar eles fora, fora mesmo.

Mãe de Léo, 8 anos, sintomas de TEPT, testemunha de violência física do pai sobre a mãe, doenças/morte na família, historia de seqüestro na família.

A *violência entre irmãos* é muito mais comum do que se pensa. Dentre as crianças de São Gonçalo, 47,4% vivenciaram este tipo de relação agressiva, avaliada através de atos como agressões a ponto de se machucarem ou humilharem um aos outros. Agressões físicas foram frequentemente relatadas e os ciúmes pela atenção dos pais ou pela divisão de bens materiais foram a tônica que define esse universo relacional, presente entre irmãos de mesmo sangue ou oriundos de diferentes casamentos.



Tem também bastante ciúme: "você gosta mais da minha irmã do que de mim"; "você gosta mais do meu irmão do que de mim, porque o meu irmão, ele aprende mais fácil e eu não aprendo, por isso você gosta mais do meu irmão do que de mim".

Mãe da Lara, 8 anos, sintomas de TEPT, doenças graves/morte na família, crise nervosa e agressão física da avó ao pai)

Aí, ele acha que tudo é a irmã. Ele acha que se eu dou mais atenção a irmã do que a ele. Mas não é não, é todos, todos. Mas ele acha que tudo é a garota e ele nada. Ele acha assim. Eu falo: Não Guido, você não é meu filho? Ela também é. Mas ele acha que eu tenho que fazer mais por ele do que por ela. Não, eu tenho que fazer pelos dois!

Mãe do Guido, 10 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, doenças/morte de familiar, criança muito doente e hospitalizada.

Na hora que eles estão brincando já estão se engalfinhando e dá chute no irmão. Esses dias eu peguei eles se atracando lá no quarto e dizendo que ia matar o irmão. Falou assim: "vou te matar!"

Mãe de Léo, 8 anos, sintomas de TEPT, testemunha de violência física do pai sobre a mãe, doenças/morte na família, historia de seqüestro na família.

A *violência sexual* é outra gravíssima situação que pode acometer algumas crianças. Envolve a participação de um agressor em estágio mais avançado de desenvolvimento psicológico e sexual que a criança vítima de violência. Pode ser praticada através de estimulação direta da criança ou a utilizando para obter gratificação sexual, seja ela imposta pela força ou pela sedução. Nem sempre é acompanhada pelo contato corporal, ocorrendo atos violentos como exibição de partes íntimas para a criança, sexualizando-a precocemente, pornografia infantil e prostituição. É tão mais grave quando envolve figuras de afeto e autoridade como pais, irmãos ou outros familiares.

Profissionais de saúde podem ajudar às crianças e familiares em situação de violência na família se os orientarem sobre outros métodos educativos, que não a agressão física, e sobre as conseqüências para as crianças de serem humilhadas, rejeitadas ou agredidas física ou sexualmente. Também têm importante função social ao acionar a rede social de apoio para esta criança e família.

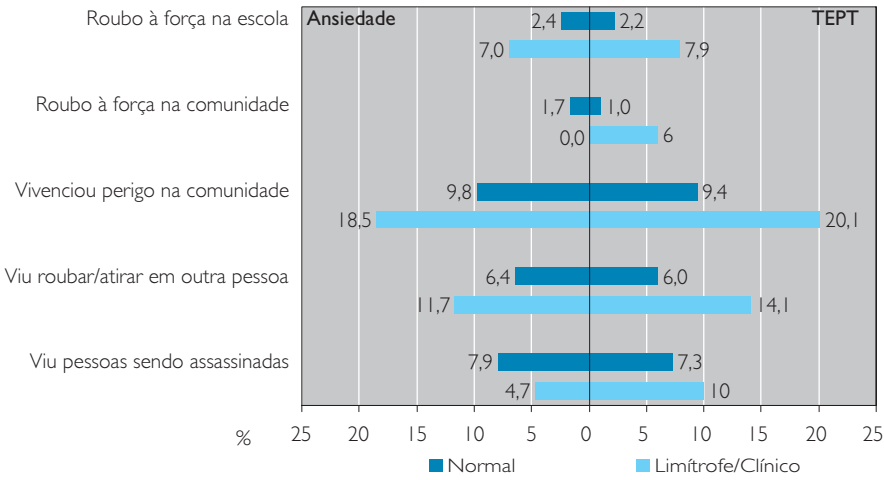
Os profissionais que trabalham em serviços de saúde além de prestarem um serviço singular no atendimento às vítimas de violência, podem compartilhar os casos com colegas e direção da Unidade, trocando idéias sobre encaminhamento e condutas necessárias. Para que a as ações sejam eficazes, investir no conhecimento sobre o tema e sobre as formas de atendimento é também passo importante para cada profissional.

Essas formas de violência podem alcançar a criança nos seus diversos âmbitos de convivência, ou seja, no seu seio familiar, escolar, na vida comunitária e na sociedade em geral. Além dessas formas de violência, crianças estão submetidas à violência estrutural em uma sociedade profundamente desigual como a brasileira.

No gráfico 9 vemos que os sintomas ansiosos e de TEPT são mais freqüentes entre as crianças que passaram por quase todas as formas de *violências ocorridas na escola* e *comunidade*. A insegurança de viver em situação de risco na vizinhança e ser testemunha de roubo ou ferimentos por armas de fogo são mais comuns nas crianças com

sintomas de ansiedade e de TEPT, se comparadas a crianças que nunca passaram por tais situações.

Gráfico 9 - Sintomas de ansiedade e de TEPT em crianças vítimas de violência na escola/comunidade no último ano último ano (N=6205)



Fonte: Claves/Fiocruz; Faperj

A *violência na comunidade* é uma situação traumatizante para a criança. Está relacionada à violência social, sendo comprovadamente mais presente nas localidades onde a população tem menor poder aquisitivo e onde faltam recursos institucionais protetores de saúde, educação, habitação e segurança pública. Manifesta-se por relações baseadas em meios agressivos de solução de conflitos nos locais em que as famílias residem, frequentemente com criminosos dominando o território e cerceando o direito de ir e vir. Além dos efeitos deletérios da convivência em áreas de elevado risco, o medo originado pelo descontrole e insegurança toma lugar de destaque nessas áreas, sendo tão limitador quanto os reais eventos que ocorrem.



Nós sempre tínhamos oficina em casa e uma vez fizeram uma denúncia. Ligaram o disk-denúncia dizendo que tinha carro roubado [na oficina], que tinham peças de carro roubado. E eu não estava em casa com a Nádia. A gente tinha saído, eu, ela e o pai dela. Então, quando nós voltamos, quando nós descemos do ônibus, nós já descemos sendo rendidos pelos policiais que estavam na minha casa. E a Nádia sofreu muito com isso, porque, começaram a botar a arma na cabeça do pai dela. Começaram a querer saber onde é que estava o dinheiro... Que eles diziam que a gente tinha uma quantia, que se eu tivesse, eu nem ali morava, né? Então, isso daí mexeu muito com a Nadia. Porque até hoje, ela com oito anos, na idade que ela está agora, ela não esqueceu disso, entendeu? Ela ainda revive tudo aquilo.

Mãe de Nádia, 8 anos, sintomas de ansiedade e de TEPT, testemunhou violência policial sobre o pai e violência entre pais

Há dois anos, três anos atrás, na escola fizeram um tal de corredor da morte e falaram que quem falasse com a Valéria não ia ser da turma deles, ia apanhar. Então, quiseram isolar ela na escola. E aí quando ela passou no corredor, no tal do corredor, eles chutaram ela, e bateram nela. Na hora do recreio colocaram o pé na frente pra ela cair, ela caiu, estava de saia; e começaram a rir, porque apareceu a calcinha dela, começaram a tirar sarro da carinha dela, aí ela ficou triste e não queria mais vir pra escola.

Mãe de Valéria, 9 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, vivenciou enchente grave, violência na localidade, doenças e mortes na família, foi hospitalizada, passou por "corredor da morte" na escola, sendo agredida fisicamente.

O Leonardo apanhou muito. O Leonardo chegava na minha casa todo arranhado, ensangüentado mesmo, de crianças com a unha enorme, sabe. Eu vim questionar a escola como é que deixa entrar com uma unha desse tamanho. Olha o meu filho como é que está... e sabe? Eu tive muito problema com essa

escola, muito problema no começo. As crianças são crianças que também têm problemas, mas que os pais acham que é normal. Não é normal uma criança espancar a outra, enfiar a unha no rosto entendeu, meu filho ia pra casa marcado.

Mãe de Leonardo, 8 anos, com sintomas de TEPT e vivência de acidente grave, violência na comunidade e escola.

Destaca-se o sentimento de perigo na vizinhança, que tem um caráter ampliado e abstrato, e depende da representação que cada pessoa faz do que entende como "perigo". A vivência em localidades violentas pode levar as pessoas que nelas vivem a perceberem a violência como parte da vida cotidiana, impactando-as emocionalmente no sentido da naturalização do fato, mesmo na presença de abalos à saúde mental. Um estudo realizado com crianças em situação de violência aguda mostrou como a representação da violência sofrida varia muito entre os indivíduos, dependendo: da proximidade em relação ao evento traumático, da história de vida de cada um e dos mecanismos subjetivos e relacionais que cada pessoa conta quando se confronta com situações adversas. Um exemplo típico é o de surgimento de TEPT após um tiroteio ocorrido em escola norte-americana (Pynoos; Nader, 1989). A violência na escola prejudica crianças, especialmente por destruir a confiança na instituição – naturalmente reconhecida como fonte de proteção. Esta forma de violência comumente desencadeia temor de ir a escola.

Em 24 de fevereiro de 1984 um homem atirou repetidamente de uma janela em frente a uma escola de primeiro grau norte-americana, com crianças de 1ª a 4ª séries. Matou uma criança, um adulto e feriu 13 crianças. Três grupos de estudantes (113 crianças, 10% dos alunos da escola) foram entrevistados entre 6 e 16 semanas após o tiroteio, com diferentes níveis de exposição à violência. Observou-se que:

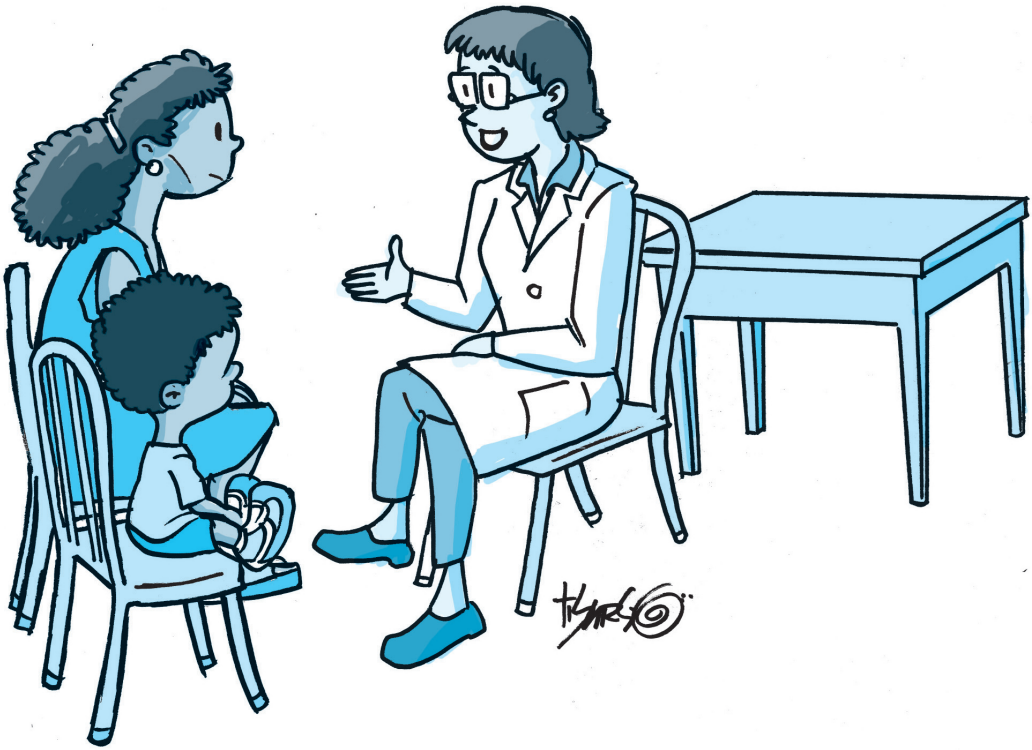
a) crianças no pátio - altamente expostas ao tiroteio, apresentaram muitos sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Minimizaram a ameaça a sua vida e ao fato de estarem em locais perigosos. Tenderam a omitir lesões físicas.

b) crianças dentro da escola: estavam relativamente protegidas do tiroteio. TEPT moderado. Falas oscilaram entre segurança do momento e medo de invasão da escola pelo atirador.

c) crianças ausentes da escola: TEPT: ausente. Lembram a si próprios como estando próximos e no exato momento do tiroteio. Tendem a ampliar a importância da sua participação no evento.

(Pynoos; Nader, 1989)

Profissionais de saúde que atendem crianças podem ajudar mais na detecção de sintomas de ansiedade frente a violências na escola e na comunidade. Seja qual for a situação adversa vivida pela criança e sua família, é importante que o profissional de saúde escute com carinho e atenção às crianças, que as atenda e as encaminhe, quando necessário à outras instituições que possam atuar como rede de proteção para as mesmas, a exemplo de outros serviços de saúde, assistência social ou de justiça. Pensar em interações com o Programa Saúde na Família ou com serviços de saúde escolar podem ser outra fonte de ajuda para apoiar as crianças e famílias com quadro de grande gravidade.



Atendendo crianças com transtornos de ansiedade

É difícil para pediatras, enfermeiros e outros profissionais de saúde - que não contam com o apoio de uma equipe integrada por especialistas em saúde mental - atender crianças com transtornos de ansiedade. Mais difícil ainda é avaliar a diferença entre a criança com alguns *sintomas* de ansiedade e uma outra com o *transtorno* já estabelecido. As condutas serão diferenciadas nestes dois casos. Enquanto todos os profissionais de saúde podem dar suporte para as crianças com sintomas de ansiedade, quando os transtornos se estabelecem, os profissionais com formação em saúde mental têm posição privilegiada para orientar a atenção.

Daremos a seguir uma visão geral sobre os *tratamentos* mais comumente realizados nacional e internacionalmente para os transtornos ansiosos.

O atendimento à criança e sua família se complica quando os sintomas ansiosos estão associados à vivência de violências, como ocorre especialmente entre crianças com TEPT. Muitos profissionais generalistas pensam que não é tarefa deles atender essas crianças com problemas "específicos dos profissionais de saúde mental", ainda mais se acompanhado de história de violência, este sim, um problema dos "cientistas sociais".

Estudo com pediatras de Unidade de Atenção Básica em São Paulo ilustra o distanciamento mostrado pelos profissionais de saúde em geral ao lidar com crianças com transtornos mentais. Pediatras fizeram hipóteses diagnósticas de saúde mental em apenas uma entre cada quatro crianças aferidas com problemas de comportamento pela escala CBCL (Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2005).

Os pediatras não fizeram hipóteses diagnósticas de problemas como ansiedade e depressão dentre os problemas de saúde mental apresentados por crianças de 5-11 anos de idade (mesmo entre as que tinham sido diagnosticadas pela CBCL com estes problemas). Por trás dessas dificuldades estão:

- desconhecimento do problema:

"*eu não sei em que medida a gente tem essa capacidade de lidar com esses problemas, eu acho que a gente tem que estudar, discutir, tem que trabalhar para lidar com isso, não é só meter as caras...*" (p.103)

- sentimentos de impotência, solidão, constrangimento, medo, intromissão e ansiedade, fazendo com que a tarefa de lidar com questões da área de saúde mental seja penosa e difícil:

"*a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante*";

"*fica um vazio, é um túnel sem fim*";

"*um certo constrangimento de dizer*";

"*às vezes a gente tem até medo de entrar nisso... você dá umas orientadas e foge, é mais fácil a gente lidar com pneumonia*";

"*eu me sinto uma intrometida na família da criança. Esse diagnóstico aí me faz intrometer mais ainda. E eu não vejo limites, só se desistir, só se desistir*"; "*acaba não conseguindo trabalhar isso, então muitas vezes o que fica é o profissional ansioso*" ... (p.103; 119)

Também manifestaram problemas para intervir nos problemas de saúde mental apresentados pelas crianças, apontando como fatores importantes:

- falta de instrumento técnico: por não saberem lidar com intervenções da área da saúde mental, mesmo as mais elementares como vínculo e acolhimento.

- Desconhecimento das possibilidades de intervenção: *"não sabe o que fazer com isso... não tem cesta básica pra dar, não tem psicólogo pra ajudar a família, fazer terapia familiar, então, não tem o que fazer... a gente fica meio de mãos atadas"...* (p.110)

Mesmo quando os pediatras realizaram ações de saúde mental, não as valorizaram: não consideram ações de marcar consultas mais freqüentes ou dar mais atenção e conversar com a criança como posturas científicas: *"quando a gente entra neste campo parece que a gente não é mais médico"*.

A precária existência de serviços especializados que os pediatras possam buscar apoio, aliada ao descrédito em relação aos serviços existentes, dificulta o atendimento para crianças com problemas de saúde mental: *"você não sabe nem o que tem do outro lado do túnel... a pessoa que vai atender... dá um certo receio. E eu tenho muito medo nessa área*".

(Lauridsen-Ribeiro; Tanaka, 2005)

A falta de profissionais e serviços de saúde mental é realmente um aspecto grave na atenção à saúde das crianças no Brasil.

Levantamento tomando por base o número de psiquiatras da infância e adolescência habilitados pela Associação Brasileira de Psiquiatria indica haver um psiquiatra especializado para cada 35 mil adolescentes brasileiros. Nos Estados Unidos, onde a relação jovem/psiquiatra é considerada pequena, existe uma relação de um psiquiatra infantil para cada 15 mil adolescentes (Pinzon, 2004).

A saga das famílias por tratamento de saúde mental



Eu já procurei, só que aqui em São Gonçalo, é muito difícil psicólogo. Tentei várias vezes, não consegui. Agora eu levei à médica. A médica encaminhou ele para o neurologista. Também está difícil de conseguir neurologista. Eu estou tendo que aguardar para setembro, que talvez vai ter neurologista no hospital geral para poder ver o Lauro.

Mãe de Lauro, 11 anos, com sintomas de TEPT, foi hospitalizado, conviveu com acidente grave, violência comunitária e doenças graves na família.

Eu quero um tratamento pra ele. Eu sei que ele precisa de pessoas que entendam, porque eu não entendo. O que eu posso dar pra ele é amor, carinho, compreensão, correção, às vezes. Mas eu tenho certeza que meu filho precisa de uma ajuda de profissional.

Mãe de Leonardo, 8 anos, com sintomas de TEPT e vivência de acidente grave, violência na comunidade e escola

Em função de tantos obstáculos, pensar o atendimento para crianças com transtornos de ansiedade requer um esforço coletivo a ser realizado durante a graduação nas universidades que formam os profissionais de saúde, nos serviços de saúde em seus mais variados níveis de atenção e nos gestores em saúde.

Um passo importante e fundamental para diminuir a exposição das crianças aos eventos traumáticos e a muitos *sintomas de ansiedade*

é direcionar a atenção para a prevenção da violência familiar, escolar e comunitária, dos acidentes de trânsito e de outros acidentes e violências que acometem crianças e suas famílias. Ações de prevenção aos transtornos mentais e à violência precisam ser implementadas em larga escala na sociedade, alcançando escolas e postos de saúde. A atuação do Programa de Saúde da Família mostra potencial de ação crescente, à medida que suas equipes possam se preparar e atuar diante destes problemas.

Tanto na prevenção quanto no atendimento de crianças com problemas de saúde mental e com histórias de violência, é essencial acolher e escutar cuidadosamente a criança e sua família durante a consulta, bem como realizar mais encontros até que os sintomas de ansiedade diminuam.

Acolhimento

Técnica de conversa, diálogo orientado pela busca de uma maior ciência das necessidades de que o usuário se faz portador e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las" (Teixeira, 2003: 106).

Ouvir, dar atenção às queixas da criança e negociar com a família formas para reduzir a ansiedade da criança e do ambiente em que vive são ações muito valiosas quando realizadas pelos profissionais de saúde. Mas, essas ações só são possíveis mediante uma atuação profissional respeitosa, ética e permeada pelo diálogo. Sentimentos de medo e ansiedade não dependem só de orientação técnica ou de medicação. A confiança da criança e de sua família no profissional de saúde e o aprendizado do relaxamento da ansiedade estão profundamente influenciados pela relação estabelecida entre o profissional de saúde e seu paciente.

Ajudar os pais a lidarem com seus filhos significa, muitas vezes, conversar sobre os sentimentos de culpa e impotência que alguns pais têm frente aos sintomas de ansiedade de seus filhos. Nas crianças

com sintomas leves de ansiedade, atitudes como estas podem aliviar o quadro clínico e propiciar a criança um desenvolvimento emocional e comportamental mais equilibrado.



Eu me sinto assim, como mãe, eu me sinto que... Sei lá, às vezes até paro para mim mesmo me perguntar, em que eu estou errando com ela?

Mãe da Lara, 8 anos, sintomas de TEPT, doenças graves/morte na família, crise nervosa e agressão física da avó ao pai.

Eu só acho que às vezes eu não sei ser mãe porque... Eu não sirvo para ser mãe, entendeu?

Mãe de Telma, 8 anos, sintomas de TEPT, doenças graves na família, familiar com doença grave, criança muito doente, viu pessoa ser gravemente ferida, graves dificuldades familiares.

Psicóloga: como que você se sente sobre esse jeito do Bruno?
Mãe: culpada. Eu sou culpada... Meu marido também se sente culpado. A gente não deu a devida atenção que era para dar a ele.

Mãe de Bruno, 9 anos, sintomas de ansiedade e TEPT, doenças graves/morte na família, doença muito doente, grave sentimento de rejeição na família.

Apreender nuances presentes nas falas das crianças e de seus pais também é relevante para se conduzir melhor o atendimento. Uma mesma adversidade ou mesmo a descrição dos sintomas pode variar radicalmente se contada por duas pessoas que vivenciaram uma mesma situação: mãe e filho, irmãos, pai ou mãe, por vezes têm diferentes descrições. Não se trata de apurar a "verdade dos fatos" e sim perceber que cada pessoa narra os fatos contando seus próprios *significados específicos* vivenciados. Mesmo uma criança tem seu sistema de significados, que está sempre se transformando, dependendo do grau de maturidade e da experiência de vida que adquire. Apenas

quando bem informado sobre como a criança e sua família *significam* os problemas vividos é que o profissional de saúde consegue dialogar sobre fatos ocorridos e negociar possibilidades de superação.

Reconhecer quando os transtornos de ansiedade estão se instalando na vida de uma criança, comprometendo suas atividades cotidianas é passo essencial no atendimento. Mesmo quando é possível encaminhar a criança para um especialista em saúde mental, o profissional de saúde generalista precisa saber reconhecer os sintomas e o prejuízo que causam ao cotidiano da criança, para melhor entenderem e acompanharem seus pacientes.

Infelizmente, muitas vezes os profissionais não contam com apoio de especialistas em saúde mental nem para discutir os casos. Nestes momentos, procurar se informar sobre o assunto lendo a respeito é um passo fundamental para melhorar a habilidade de atendimento e acompanhamento dos pacientes. Apresentaremos a seguir várias estratégias utilizadas para atendimento de crianças com transtornos de ansiedade, especialmente de TEPT. Muitas delas demandam a presença do profissional de saúde mental. Discutir o potencial de atendimento de cada serviço é importante, bem como reivindicar das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde treinamento sobre o assunto.

Como os profissionais não especialistas podem ajudar crianças com problemas de saúde mental?

- Enfermeiras podem ser treinadas para programas de terapia cognitivo-comportamental;
- Pediatras e clínicos gerais com treinamento podem estar instrumentalizados para fazer diagnóstico e tratamento medicamentoso de casos que não são atípicos;
- Professores podem ser ensinados a perceber rapidamente os sintomas e encaminhar as crianças para os serviços de saúde

(Fleitlich-Bilyk et al, 2004)

Procurar serviços na rede de atendimento que possam receber crianças com transtorno de ansiedade também é fundamental, mesmo que o atendimento demore algum tempo para acontecer. Os Centros de Atenção Psicossocial que atendem crianças – CAPSi, à medida que se estruturarem melhor e se multiplicarem, são exemplos de serviço que poderiam, futuramente, acolher crianças com estes transtornos em todo o país.

No meio tempo entre a consulta na atenção básica e o atendimento em saúde mental, o acompanhamento da criança não deve ser interrompido. São várias as possibilidades de insucesso no atendimento numa conjuntura social como a brasileira, que o cuidado do clínico se mantém importante durante todo o processo de atendimento à criança.

Tratamentos interrompidos



Minha mãe até falou... Na verdade, a Renata teria que ter ido para um psicólogo. Só que a gente, só que isso deve ser caro, minha mãe falou: "não tenho idéia de quanto seja. Mas, isso deve ser caro. Deixa para lá".

Mãe de Renata, 8 anos, sintomas de TEPT, doenças graves e morte na família, mãe vítima de violência severa de companheiro

Eu parei. E a médica nem me deu alta. Eu sei que eu parei porque eu fiquei sem tempo de levar, e eu achei que neste intervalo que eu fui ele melhorou bastante com psicólogo, fono. Eu acho que ajudou ele aqui na escola a progredir mais. Eu até estava querendo voltar. Eu acho que fez muito bem a ele. Aí eu parei porque fiquei sem tempo.

Mãe de Miguel, 11 anos, com sintomas de TEPT, viu pessoa ser assassinada, diversos problemas de saúde na família, foi hospitalizado.

A necessidade de continuidade do acompanhamento clínico paralelo ao atendimento de saúde mental é mais uma razão para que os profissionais de saúde se instrumentalizem e se mobilizem sobre como apoiar as crianças e suas famílias. Afinal, toda a bibliografia nacional e internacional mostra que alguns transtornos de ansiedade podem acompanhar a criança até o final de sua vida. Não há, portanto, trabalho mais produtivo e gratificante para a sociedade do que investir na melhoria da qualidade de vida de uma criança.

Tratamentos para transtornos de ansiedade

Dois grandes tipos de tratamento realizados com crianças são abordados a seguir. Estão referidos em estudos nacionais e internacionais: abordagens psicossociais e tratamentos farmacológicos. A junção de ambas abordagens mostra resultado promissor (Cohen et al., 2004; Brown et al., 2004; Arroyo, 2001; Nader, 2004; Caminha, 2005).

Não serão apresentados tratamentos específicos para cada tipo de transtorno de ansiedade, e sim as principais abordagens utilizadas para os transtornos ansiosos em geral. De uma forma geral, os tipos de tratamento são similares, apenas mudando objetivos e empregando técnicas específicas para cada tipo de desordem psicológica. Para saber mais detalhes, a busca a textos especializados e a troca de experiências com profissionais de saúde mental se fazem necessárias.

Abordagens psicossociais

As abordagens psicossociais costumam ser utilizadas em todos os tipos de transtornos ansiosos. A linha mais recomendada é a terapia cognitivo-comportamental. A teoria por trás desta estratégia de atendimento entende que a *aprendizagem social* é o aspecto fundamental a ser levado em conta. Os sinais cognitivos, afetivos, fisiológicos e ambientais que acompanham os transtornos de ansiedade, especialmente quando decorrentes de eventos

traumáticos, passam a ser estímulos condicionados que desencadeiam respostas condicionadas sob a forma de sintomas.

A seguir serão descritas resumidamente algumas características das principais abordagens psicossociais.

Técnicas cognitivo-comportamentais

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterápica, estruturada, direcionada a resolver problemas atuais, modificando pensamentos e comportamentos disfuncionais. Propõe que a avaliação realista, com modificação de crenças disfuncionais, produz melhoras emocionais e comportamentais. Alguns mecanismos utilizados são:

- imaginação repetida revivendo o trauma promove a habituação e reduz a ansiedade associada com a memória traumática. Também corrige a idéia errônea que a ansiedade permanece para sempre, se a pessoa não conseguir escapar da situação;
- confrontar deliberadamente memórias de medo bloqueia o reforço negativo que acontece quando a pessoa sente alívio ao fugir de pensamentos e sentimentos relacionados ao trauma;
- reviver o trauma em um ambiente terapêutico e de apoio incorpora informações de segurança à memória do trauma;
- focar na memória traumática sobre o evento por um período prolongado ajuda o paciente a diferenciar o evento traumático de outros, não traumáticos. Busca situar o trauma como um evento específico, minimizando a idéia de que o mundo é perigoso;
- revivência imaginária ajuda a mudar o significado dos sintomas e a sensação de incompetência pessoal para um signo de poder e coragem;
- revivência prolongada e repetida do trauma permite a oportunidade de focar os detalhes centrais de avaliações negativas e modifica-las.

Dentre as técnicas mais utilizadas na TCC em faixas etárias mais velhas têm-se: (Rothbaum et al., 2004)

- Terapia de exposição: a exposição continuada a um estímulo ameaçador diminui a ansiedade, levando a uma redução da fuga e do comportamento evitativo que se mantêm via reforço negativo. Pode ser imaginária, in vivo (quando possível), gradual, direta. Alguns sobreviventes de trauma são relutantes a confrontar lembranças do trauma e tolerar alta ansiedade. Assim, nem todos são candidatos a terapia de exposição. Há evidências que não é indicada para pacientes em que a emoção primária é a raiva ou a culpa.
- Dessensibilização sistemática: forma de terapia de exposição pareada com relaxamento. A resposta de relaxamento é incompatível com a resposta de ansiedade eliciada pela exposição; então, exposições curtas são interrompidas com relaxamento quando a ansiedade aumenta.
- Treino de inoculação do estresse: inclui educação, treino de relaxamento muscular, treino respiratório, auto-diálogo guiado e parada de pensamento. Os pacientes aprendem a manejar sua ansiedade usando novas habilidades, reduzindo a evitação e a ansiedade.
- Terapia do processamento cognitivo: o componente cognitivo inclui treinar pacientes em desafiar cognições problemáticas, particularmente culpar a si próprio. Já o componente comportamental, a exposição, consiste em escrever sobre o trauma e ler para o terapeuta e em casa.
- Terapia cognitiva: a interpretação do evento, mais que o evento em si mesmo, determina o estado de humor. Assim interpretações negativas levam a estados de humor negativos. As interpretações errôneas tomam a forma de pensamentos automáticos. A terapia cognitiva foca na mudança dos pensamentos automáticos.

- Treino assertivo: tem sido sugerido que a resposta assertiva, tão bem como o relaxamento, pode inibir o medo.

Assertividade

Comportamento que torna a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, a se afirmar sem ansiedade indevida, a expressar sentimentos sinceros sem constrangimento, ou a exercitar seus próprios direitos sem negar os alheios

(Alberti; Emmons 1978:18)

Em crianças, mesclam-se técnicas cognitivas e comportamentais, incluindo exposição, relaxamento/manejo de ansiedade e correção de atribuições imprecisas em relação ao trauma:

- Exposição controlada a pistas traumáticas: alguns autores recomendam exposição gradual sistemática, pois muitas crianças hesitam falar sobre o trauma e isto pode torná-las mais sintomáticas durante intervenções de exposição.
- Estratégias de manejo da ansiedade: recomendado que o relaxamento muscular progressivo, a parada de pensamento, as imagens positivas e o controle da respiração sejam ensinados previamente às crianças, antes das discussões detalhadas sobre o trauma.
- Técnicas de terapia cognitiva: além da reestruturação cognitiva em relação à avaliação exagerada do risco e super-responsabilização frente ao trauma, foca-se na avaliação e reconsideração de suposições negativas que crianças podem fazer em relação ao evento traumático, tais como: "foi minha culpa" e "nada nunca mais será seguro".

Ludoterapia

Tradicionalmente se refere ao uso de brinquedos como uma técnica projetiva. Contudo, a maioria das descrições do tratamento

focado no trauma advoga o uso da brincadeira e outras técnicas não verbais (desenhos e bonecas, por exemplo), como meio de aumentar o conforto da criança e a habilidade de comunicar na terapia, facilitando que ela acompanhe metas específicas. O uso de brinquedos é incorporado em várias intervenções terapêuticas psicossociais.

Psicoeducação

Muitas abordagens de tratamento incluem algum grau de psicoeducação para pais, crianças, e às vezes, professores. Abordagens individuais e em grupo são utilizadas. Em particular, educação sobre a experiência traumática é considerada benéfica para crianças e pais. São abordados temas como reações emocionais comuns em relação ao evento, como responder a ele e como se proteger se o evento voltar a ocorrer.

Incluir pais no tratamento ajuda a monitorar a sintomatologia da criança e a aprender técnicas de manejo comportamentais apropriadas, tanto nos intervalos das sessões quanto no término do tratamento. Estratégias de relaxamento frente à ansiedade têm se mostrado benéficas.

Para atender de forma mais adequada à família e a criança com sintomas de ansiedade pode-se lançar mão da terapia de família. Esta terapia vai além dos limites da psicoeducação. Amplia o foco dos sintomas ansiosos da criança e de seus pais ao valorizar toda a família como um sistema social flexível em que se pode propiciar a recriação e a mudança das versões e visões sobre as adversidades e sintomas vivenciados.

Os pais, ou os adultos que estejam nesse papel social são a fonte primordial de socialização primária para seus filhos. A criança, mais do que o adolescente, tem na família sua fonte de mediação com o que acontece fora de casa, já que são os familiares que decodificam para ela o funcionamento do mundo externo, então interiorizado como sendo *o* único mundo existente. É na convivência familiar que a criança aprende como deve se comportar e agir frente às situações

que vivencia. A maneira como os pais reagem emocionalmente aos problemas e o tipo de suporte que dão à criança são fatores que influenciam nos sintomas ansiosos infantis.

A terapia de família irá abordar os temas que provocam tais sintomas na criança ampliando-os para o contexto familiar relacional fértil para o seu aparecimento. Trabalhando com a complexidade das relações interpessoais que dão sustentação ao sintoma, a terapia de família visa a novos modos de coerência familiar que possibilitem formas transformadoras de convivência.

No mínimo, incluir pais no tratamento ajuda a monitorar a sintomatologia da criança e a aprender técnicas de manejo comportamentais apropriadas, tanto nos intervalos das sessões quanto no término do tratamento. Estratégias de relaxamento frente à ansiedade têm se mostrado benéficas. Além disso, ajudar os pais a resolverem o próprio estresse emocional relacionado aos sintomas da criança e ao trauma (ao qual tiveram exposição direta ou indireta), pode levá-los a serem mais perceptivos e compreensíveis às necessidades emocionais da criança.

As intervenções com pais são consideradas imperativas na literatura sobre abuso infantil, onde é indicado um ou mais responsáveis participando do tratamento. E a maioria dos especialistas assegura que a *inclusão dos pais ou de outras pessoas significativas* no tratamento é resolução importante.

Abordagens psicanalíticas/psicodinâmicas

A abordagem *psicanalítica* nos transtornos ansiosos está indicada pelo fato de que a experiência originada pelo trauma psíquico rompe os mecanismos de defesa do ego e mobiliza uma série de defesas psicológicas como repetição compulsiva, negação, dissociação, projeção e identificação com o agressor. É pouco utilizada em crianças com TEPT.

Há pouca evidência que a psicoterapia psicodinâmica é efetiva em crianças com TEPT ou com outras seqüelas do trauma grave.

Porém, uma variedade de autores defende intervenções psicanalíticas para crianças traumatizadas como intervenção primária. Estudos de caso reportam o impacto do trauma e a resposta ao tratamento com referência a relações objetais, o uso de mecanismos de defesa e resistência. A terapia individual é usada como veículo para processar o impacto e significado do evento traumático.

Dessensibilização/reprocessamento dos movimentos oculares (EMDR)

Muitos consideram uma variante da terapia cognitivo-comportamental. É uma intervenção que combina componentes da exposição e da terapia cognitiva com movimentos dirigidos dos olhos. Pacientes são instruídos a evocarem aspectos do evento traumático enquanto seguem os movimentos para frente e para trás das mãos do terapeuta. Estudos com adultos têm demonstrado alguma evidência do tratamento para o TEPT, embora o valor dos movimentos dos olhos especificamente não tenha sido avaliado. Alguns estudos relatam benefícios do tratamento para juventude traumatizada (Cohen et al., 2004).

***Debriefing* Psicológico** (DP)

É uma intervenção providenciada rapidamente após o evento traumático. Visa prevenir seqüelas psicológicas posteriores através da 'normalização' das reações e da preparação para enfrentar experiências traumáticas futuras. São empregadas várias estratégias terapêuticas como narrativa do evento, psicoterapia de grupo, aconselhamento de luto, catarse, terapia cognitivo comportamental e psicoeducação, entre outras (Bisson et al., 2000).

Alguns estudos internacionais descrevem abordagens de primeiros socorros psicológicos para crianças expostas à violência comunitária, a qual pode ser oferecida nas escolas como tratamento tradicional curto seguido ao evento traumático. Porém o *debriefing*

psicológico é alvo de muitas críticas quando dirigido a crianças. Esta técnica é questionada pelos próprios terapeutas e autores dos estudos, que lembram a necessidade de evitar discutir diretamente certos eventos traumáticos e problemas com as crianças por temor de influenciar a memória da criança em relação aos detalhes do evento ou seu testemunho em procedimentos legais.

De acordo com o estado atual de conhecimento, nem DP em grupo (de um só encontro) nem DP individual mais prolongado mostra-se capaz de prevenir o desenvolvimento sintomas ansiosos ou TEPT, após um evento traumático. Alguns estudos de DP individual com adultos levantaram a possibilidade que re-exposição envolvida no DP pode re-traumatizar alguns indivíduos, sem permitir tempo adequado para habituação. Por isso é importante que o DP em adultos seja providenciado por pessoas com experiência, bem treinados. Não devem ser obrigatórios, e os participantes devem ser devidamente assessorados clinicamente (Bisson et al., 2000).

Tratamentos farmacológicos

São utilizados com menor freqüência que as abordagens psicossociais.

Embora sejam vários os avanços obtidos na área na neurobiologia relacionada aos transtornos ansiosos, poucos ainda são os estudos realizados com crianças e adolescentes. Os tratamentos para os transtornos ansiosos em crianças são indicados por psiquiatras infantis, que sabem qual medicamento e dosagem é mais adequado para cada tipo de transtorno de ansiedade.

Nos últimos anos vem crescendo o uso de medicação para atenuar problemas de comportamento em crianças, acompanhando o maior investimento da indústria farmacêutica. Hoje vivemos quadros antagônicos: corremos o risco da supermedicação para controlar comportamentos – banalizando a importância de se lançar mão deste recurso terapêutico para crianças que não têm transtornos sérios, ao mesmo tempo que vivenciamos a falta de medicação para crianças

que efetivamente padecem de transtornos mentais mais graves, pela ausência de serviços e profissionais especializados.

Ainda não são muito sólidos os estudos clínicos sobre boa parte dos medicamentos usados em crianças. Funções do organismo infantil reagem diferentemente aos medicamentos, especialmente o metabolismo e a excreção. Por outro lado, o cérebro em desenvolvimento pode responder diferentemente às drogas psicotrópicas. Por essas razões, não é correto realizar extrapolações das dosagens utilizadas em adultos (Mercadante; Scahill, 2005). A presença do psiquiatra é fundamental nessas situações.

Para informação geral, algumas classes de medicamentos usados nos transtornos ansiosos de crianças estão listados a seguir (Eth, 2001; Silva, 2004; Mercadante; Scahill, 2005).

- Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ou antidepressivos SSRI: inibem o retorno da serotonina liberada na fenda sináptica para o interior do neurônio que havia liberado a serotonina.
- Antidepressivos tricíclicos: atuam essencialmente pelo bloqueio de recaptação de neurotransmissores como norepinefrina e serotonina. Têm como efeitos colaterais fadiga, tontura, boca seca, sudorese, ganho de peso, retenção urinária, tremor, agitação. Alguns estudos sugerem a capacidade de alterar a condução elétrica do coração, razão pela qual, um acompanhamento cardiológico é fundamental durante o tratamento.
- Beta bloqueadores e alfa agonistas adrenérgicos: os primeiros mostraram reduzir sintomas de hipervigilância em crianças com TEPT (Famularo *apud* Eth, 2001); os alfa-agonistas já foram utilizados em transtornos da atenção/hiperatividade em crianças abusadas sexualmente, com redução de impulsividade, agressão e sobressaltos exagerados. Riscos ao sistema cardiovascular indicam controle estrito quando do uso dessa substância.

- Anticonvulsivantes vêm sendo sugeridos para o tratamento de TEPT, baseado na hipótese que a repetida exposição ao trauma pode eventualmente levar a sensibilização do circuito límbico e facilitação de crises.
- Agentes serotonérgicos, antagonistas opióides, benzodiazepínicos e bloqueadores da dopamina e carbonato de lítium também têm sido utilizados para a redução de sintomas específicos.

Para o tratamento farmacológico ser considerado efetivo ele precisa: reduzir os sintomas de ansiedade, tratar outras comorbidades de saúde mental associadas e facilitar intervenções psicossociais. O diálogo e a negociação do tratamento com os pais da criança é um passo fundamental para garantir a adesão da criança ao tratamento e o seu sucesso (Mercadante; Scahill, 2005).

Aspectos gerais dos tratamentos para crianças ansiosas

Alguns outros aspectos são importantes ao se projetar o atendimento dado a uma criança com transtornos de ansiedade (Cohen et al., 2004; Foa et al., 2004).

- *Avaliação da criança:* deve ser conduzida de maneira sensível e adequada ao nível de desenvolvimento da criança. Isto significa que modalidades e mecanismos de comunicação devem ser ajustados; por exemplo, crianças muito pequenas utilizam meios de comunicação não verbal e participam mais quando brincam e desenham, enquanto crianças mais velhas e adolescentes podem ficar ofendidos quando terapeutas assumem que eles preferem brincar a falar, ou quando infantilizam o processo de tratamento. Os pais devem ser rotineiramente incluídos no processo de avaliação e tratamento, mas o nível e a natureza do envolvimento devem estar baseados no estágio de desenvolvimento da criança, nível de funcionamento da família, extensão na qual os sintomas ansiosos atrapalham o funcionamento familiar e tipo de problema comportamental e emocional alvos no tratamento.

- *Duração do tratamento:* varia muito dentre os transtornos ansiosos. Um pequeno número de crianças precisa de tratamentos de longa duração. Crianças expostas à violência massiva, homicídio familiar ou suicídio, abuso prolongado, ou exposição repetitiva a eventos perigosos podem requerer tratamentos mais duradouros. Casos mais severos requerem dedicação árdua ao tratamento por parte da criança, família e terapeuta. Terapias de longo prazo também podem ser necessárias quando assuntos relacionados à capacidade de confiar e formar relações significativas estão presentes. De maneira geral, a duração do tratamento deve ser determinada com base individual, levando em consideração a criança, sua idade e seus sintomas.
- *Tipo de trauma:* especialmente nos casos de TEPT, em que o evento traumático é reconhecido, é importante avaliar o tipo de trauma, se crônico ou agudo, ao se planejar o tratamento.
- *Comorbidades:* pacientes com transtornos ansiosos usualmente têm pelo menos um outro transtorno psiquiátrico. Por isso, há que se avaliar entre tratamentos diretivos para a redução de sintomas ansiosos e outros que podem melhorar os sintomas comórbidos.
- *Suicibilidade:* é comum que alguns transtornos ansiosos venham acompanhado de comportamentos auto-destrutivos. É importante avaliar cuidadosamente a presença de ideação suicida e história de tentativas de suicídio anteriores, demandando tratamento antes que qualquer outro sintoma seja abordado.
- *Dependência de substâncias*: também se associam aos transtornos ansiosos, especialmente na adolescência.
- *Indicação de hospitalização:* a hospitalização é indicada quando a criança está em risco iminente de ferir a si próprio e aos outros, ou está desestabilizada na habilidade de suas funções, ou necessita de avaliação/ observação especializada em um ambiente seguro. Costuma ser usada em casos de violência familiar ou comunitária, deixando a criança em local seguro durante a avaliação do quadro.

Um cuidado especial para as crianças que vivenciaram violências

A violência tem impacto significativo sobre a saúde mental das crianças, especialmente quando abala suas fontes de segurança – familiar, escolar ou social.

Atender a crianças que sofrem maus-tratos é uma tarefa desafiadora para profissionais de saúde. Faz parte de uma nova consciência social de proteção à infância e adolescência que busca se consolidar no país, especialmente a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), vigente no Brasil desde 1990.

Apesar de não ser um problema novo para profissionais de saúde, existe uma demanda crescente de atendimentos a casos de violência contra a criança e o adolescente nos serviços públicos de saúde.

Grande parte dos casos de maus-tratos que chegam aos serviços de saúde não é identificada pelos profissionais, assim como acontece com os transtornos de ansiedade. Essas crianças, além de sofrerem com o impacto que essas situações lhes provoca, ainda se defrontam com a precariedade de recursos dos serviços de saúde. Uma questão ética também permeia esse problema, já que é forte o medo e a recusa de se envolver com o que é considerado um "problema alheio".

No entanto, cabe reforçar que a identificação dos casos de maus-tratos que chegam aos serviços de saúde, é necessária e possível. O primeiro passo é conhecer com mais profundidade o problema da violência, e para isso é importante o diálogo sobre o assunto com colegas de trabalho, buscando informações em diversas publicações disponíveis. A experiência clínica junto com a leitura de textos sobre o tema, oferecem diversas pistas para identificação de maus-tratos. Após suspeita ou confirmação de casos, existem algumas sugestões de atendimento (Deslandes, 1994):

- Encorajar os pais a fornecerem as informações do fato, procurando mostrar que o interesse é de ajudar a criança e família.
- Tomar a família como alvo da atenção, considerando que tanto a criança quanto seu agressor devem ser beneficiados nas condutas terapêuticas e assistenciais.
- Considerar que a criança só deva ser afastada de seu lar em quadros graves ou com risco de vida, pois a institucionalização pode gerar mais agravos.
- Fazer o registro no prontuário e notificar os casos identificados ou mesmo suspeitos de maus-tratos, ao diretor da unidade de saúde ou, na sua ausência, aos responsáveis pelos turnos ou equipes. Estes devem notificar ao Conselho Tutelar ou, caso inexista na localidade, à Vara da Infância e Juventude, aos Conselhos Municipais de defesa ou ao Ministério Público. Lembrar que a notificação não pode ser encarada como um ponto final na atuação do profissional de saúde, ao contrário, é uma forma de garantir que essa família continuará recebendo atenção.
- Contactar imediatamente os serviços especializados de assistência existentes na localidade.
- Envolver, na medida do possível, os diversos profissionais da unidade de saúde no atendimento à família.
- Mobilizar recursos existentes na vizinhança da família (creches, escolas, postos de saúde) a fim de se promover uma rede de apoio e prevenção de reincidências.

Lembramos também que a prevenção primária dos maus-tratos é tarefa fundamental dos profissionais de saúde. É possível atuar preventivamente durante o atendimento pré-natal com orientações pertinentes sobre os danos causados por práticas abusivas contra os filhos. No pós-natal, um aspecto importante é identificar bebês de alto risco a fim de realizar avaliação e acompanhamento mais criteriosos, sempre sob a orientação de equipe multiprofissional de saúde.

Lidar com crianças com transtornos de saúde mental é um grande desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde que atuam na rede básica. Não existe ainda, nem no Brasil e nem em muitos países mais desenvolvidos ou em desenvolvimento, larga experiência na incorporação do atendimento da saúde mental infantil no cotidiano dos serviços básicos de saúde, como mostram diagnósticos internacionais (WHO, 2005; BMA, 2006).

De uma forma geral, acreditamos que profissionais de saúde deveriam receber treinamento nas aptidões essenciais da atenção à saúde mental. Esse treinamento garante o melhor uso de conhecimentos disponíveis para o maior número de crianças e possibilita a imediata aplicação de intervenções. A saúde mental infantil deve ser incluída nos programas de formação de médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, com cursos de atualização destinados a melhorar a efetividade do manejo de transtornos mentais nos serviços gerais de saúde.

Todavia, profissionais generalistas não devem substituir o papel dos especialistas em saúde mental e sim ocupar o seu próprio papel de acolher, diagnosticar, acompanhar e, quando necessário encaminhar as crianças, especialmente as ansiosas e suas famílias, igualmente necessitadas de apoio. Em situações excepcionais, a capacitação em saúde mental de profissionais de saúde como pediatras e enfermeiros pode ajudar a apoiar crianças que precisam de ajuda e moram em localidades onde não é possível encontrar profissionais especializados. Mas, medidas emergenciais como estas apenas reforçam a necessidade das Secretarias de Saúde e do Ministério da Saúde investirem na formação de uma rede de assistência com serviços de referência para crianças com problemas de saúde mental, bem como fomentar a formação de profissionais especializados nos municípios brasileiros.

Referências

ACHENBACH, T.M. *Manual for the child behavior check-list/4-18*. Burlington: University of Vermont/Department of Psychiatry, 1991.

ACHENBACH, T.M.; RESCORLA, L.A. *Manual for the ASEBA School-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont/ Research Center for Children, Youth & Families, 2001.

ALBERTI, R.E.; EMMONS¸ M.L. *Comportamento assertivo:* um guia de auto-expressão. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002.

ARROYO, W. PTSD in children and adolescents in the juvenile justice system. In: ETH, S. *TEPT in Children and adolescents*. Washington, Dc: American Psychiatric Publishing, 2001. p.59-86. (Review of psychiatry Series, volume 20, Number 1; Oldham JM and Riba MB, series editors).

ASBAHR, F.R. Transtornos ansiosos na infância e na adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J. Pediatria (Rio de Janeiro),* 80(2-suppl): 28-34, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300005&lng=en&nrm=iso>.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. *Labirinto de espelhos*: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSIS, S.G.; PESCE, R.P.; AVANCI, J. *Resiliência:* enfatizando a proteção na adolescência. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BECK, A. *Anxiety disorders and phobias*: a cognitive perspective. [S.l.]: Basic Books, 1985.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BIRD, H.R. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 37(1): 35-49, 1996.

BISSON, J.I.; McFARLANE, A.C.; ROSE, S. Psychological Debriefing. In: FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. *Effective Treatments for TEPT:* Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York; London: The Guilford Press, 2000.

BMA (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION). Child and adolescent mental health: a guide for healthcare professionals. [S.l.]: BMA, 2006.

BÖGELS, A.; SUSAN, M; BRECHMAN-TOUSSAINT, M.L. **The structure of specific** phobia **symptoms among** children **and adolescents**. *Clinical Psychology Rev,* 26: 834-856, 2006.

BORDIN, I.A.; PAULA, C.S.; DUARTE, C.S. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Brasileira de Psiquiatria*, 28: 290-296, 2006.

BORDIN, I.A.S.; MARI, J.J.; CAEIRO, M.F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL): Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência- dados preliminares. *Revista ABP-APAL* , 17(2): 55-66, 1995.

BOWLBY, J. *Apego e perda*: perda, tristeza e depressão. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BROWN, E.J. et al. In: SILVA, R.R. (ed.). *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents:* handbook. New York: Norton & Company, 2004. p.257-286.

CAMINHA, R.M. Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT): da neurobiologia à terapia cognitiva.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

CARTWRIGHT-HATTON, S. Anxiety of childhood and adolescence: challenges and opportunities. *Clinical Psychology Rev,* 26: 813–816, 2006.

CASTILLO, A.RG.L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F.R.; MANFRO, G.G. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr,* 22 (suppl.2): 20-23, 2000.

CHARMANDARI, E.; KINO, T.; SOUVATZOGLOU, E.; CHROUSOS, GP. Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Horm Res,* 59(4):161-79, 2003.

COHEN, J.A; BERLINER, L.; MARCH,J.S. Treatment of children and adolescents. In: FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. *Effective Treatments for TEPT*: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York; London: The Guilford Press, 2004. p.106-138.

COOK-COTTONE, C. Childhood posttraumatic stress disorder: diagnosis, treatment, and school reintegration. School Psychology Rev, 33(1): 127-139, 2004.

CRASKE, M.G.; BARLOW, D.H.. Transtorno do pânico e agorafobia. In: BARLOW, D.H. (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos.* Porto Alegre: Artmed, 1999. p.13-62.

DESLANDES, S.F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. Cad. Saúde Pública, 10 (supl 1):S177-S187, 1994.

EMERSON, E. Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescentsn with and without intellectual disability. *J Intellectual Disability Research*, 46(1): 51-58, 2003.

ETH, S. *PTSD in Children and adolescents.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001. (Review of psychiatry Series, volume 20, Number 1; Oldham JM and Riba MB, series editors).

FAIRBROTHER,G. et al. Posttraumatic stress reactions in New York city children after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *Ambulatory Pediatrics,* 3: 304-311, 2003.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. J *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6): 727-734, 2004.

FLEITLICH-BILYK, B; ANDRADE, E.R; SCIVOLETTO,V.; PINZON, D. A saúde mental do jovem brasileiro. São Paulo: Edições Inteligentes, 2004.

FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. *Effective Treatments for TEPT*: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York; London: The Guilford Press, 2004.

GARMEZY, N. Children in Poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, 56: 127-136, 1993.

GARMEZY, N.; RUTTER, M. *Stress, Coping and Development in Children*. New York: Johns Hopkins University Press, 1988.

JOHN, P.B.; RUSSELL, S.; RUSSELL, P.S.S. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Among Children and Adolescents Affected by Tsunami Disaster in Tamil Nadu. *Disaster Management & Response*, 5(1): 3-7, 2007.

KOLLER, S.H. Violência doméstica: uma visão ecológica. In: AMENCAR (org.). *Violência doméstica.* Brasília: Unicef, 1999.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O.Y. *Problemas de saúde mental das crianças:* abordagem na atenção básica. São Paulo: Annablume, 2005.

LAZARUS, R.S. et al. Psychological stress and adaptation: some unresolved issues. In: SEYLE, H. (ed.). *Guide to stress research*. New York: Van Nostrand Reinchold co., 1980.

LUCARELLI, M.D.M.; LIPP, M.E.N. Validação do inventário de sintomas de stress infantil – ISS. *Psicologia: Reflexão* e *Crítica*, 12(1): 71-88, 1999.

MANFRO, G.G. et al. Retrospective study of the association between adulthood panic disorder and childhood anxiety disorders. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(1): 26-29, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1516-44462002000100008&lng=en&nrm=iso>

MERCADANTE, M.T.; SCAHILL, L. *Psicofarmacologia da Criança*: *um guia para crianças, pais* e *profissionais*. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2005.

MURIS, P.; SCHMIDT, H.; MERCKELBACH, H. The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9): 863-868, 1999.

MURRAY, C.J.L.; LOPEZ, A.D. (eds.). *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization, 1996.

NADER, KO. Assessing traumatic experiences in children and adolescents: self-reports of DSM PTSD criteria B-D symptoms. In: WILSON, J.P.; KEANE, T.M. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press, 2004. p.513-537.

PAULA, C.S.; DUARTE, C.S; BORDIN, I.A.S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Brasileira de Psiquiatria*, 29(1): 7-11, 2007.

PETRIBÚ, K.C.L. Transtorno do pânico com agorafobia em paciente portador de retardo mental grave. In: *Congresso Brasileiro de Psiquiatria, XIX*. Recife-Pe, 2001.

PINZON, V.D. Cenário atual do atendimento psiquiátrico. In: FLEITLICH-BILY, B. et al. *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: EI - Edições Inteligentes, 2004.

PYNOOS, R.S.; NADER, K. Children's memory and proximity to violence. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry,* 28 (2): :236-241, 1989.

PYNOOS, R.S.; STEINBERG, A.; PIACENTINI, A.M. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11): 1542-1554, 1999.

RANGE, B.; MASCI, C. Transtorno do **estresse** pós-traumático. In: RANGÉ, B. (org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais:* um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 257-274.

ROJAS, V.M.; LEE, TN. Childhood vs. adult PTSD. In: SILVA, R. (ed.). *Posttraumatic stress disorders in children & adolescents*. New York: Norton, 2004. p. 237-256.

ROTHBAUM, B.O; MEADOWS,P.R.; RESICK, P; FOY, D.W. Cognitive-behavioral therapy. In: FOA, E.B.; KEANE, T.M.; FRIEDMAN, M.J. *Effective Treatments for TEPT:* Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York; London: The Guilford Press, 2004. p.320-325.

RUGGIERO, K.J.; McLEER S.V. TEPT Scale of the Child Behavior Checklist: Concurrent and Discriminant Validity with Non-clinic-Referred Sexually Abused Children - Internation Society for Traumatic Stress Studies. *J Traumatic Stress*, 13(2): 287-299, 2000.

RUTTER, M. Pathways from childhood to adult life. *J Child Psychology and Psychiatry,* 30 (1): 23-51, 1989.

RUTTER, M. Psychosocial Resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association,* 57(3): 316-331, 1988.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2): 57-67, 1999.

SCHEERINGA, M.; WRIGHT, M.J.; HUNT, J.P.; ZEANAH, C. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 163: 4, 2006.

SHATKIN, J.P.; BELFER, M.L. The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health* , 9(3): 104-108, 2004.

SILVA, A.T.B. *Problemas de comportamento e comportamentos socialmente adequados:* sua relação com as habilidades sociais educativas de pais. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2000.

SILVA, R.R. (ed.). *Posttraumatic stress disorders in children and adolescents*: handbook. New York: Norton & Company, 2004.

SILVA, W.V.; FIGUEIREDO, V.L.M. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Psiquiatr*., 27(4): 329-335, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000400014&lng=pt&nrm=iso>

SILVARES, E.F.M. Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico numa clínica-escola brasileira. *Estudos de Psicologia*, 5(1):149-180, 2000.

TAVARES, J. (org.). A resiliência na sociedade emergente . In: TAVARES, J. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

TERR, L.C. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148(1): 10-20, 1991.

TROMBETA, L.H.; GUZZO, R.S.L. *Enfrentando o cotidiano adverso:* estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas, SP: Alínea, 2002.

VEENEMA, T.G.; SCHROEDER-BRUCE, K. The aftermath of violence: children, disaster, and Posttraumatic Stress Disorder. *J Pediatr Health Care*, 16: 235-244, 2002.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p.89-112.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *Atlas child and adolescent mental health resources:* global concerns, implications for the future. Genebra: WHO, 2005.

WOLFE, V.V.; GENTILE, C.; WOLFE, D.A. The Impact of Sexual Abuse on Children: A PSTD formulation. *Behavior Therapy,* 20: 215-228, 1989.

YEHUDA, R.; MACFARLANE, A.C.; PSYCHOTER, D.F. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152(12): 1705-1713, 1995.

YEHUDA, R.; SPERTUS, I.L.; GOLIER, J.A. Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. IN: ETH, S. *PTSD in Children and adolescents.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001. p.117-146. (Review of psychiatry Series, volume 20, Number 1; Oldham JM and Riba MB, series editors).

YOUNGSTROM, E.A.; FINDLING, R.L.; CALABRESE, J.R. Who are the comorbid adolescents? Agreement between psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3): 231-245, 2003.

Centro Latino Americano de Estudos de
Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Instituto Fernandes Figueira – IFF
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Av. Brasil, 4036, sala 700
Manguinhos – RJ. CEP: 21040-361
Tel/fax: 21-22904893
www.claves.fiocruz.br
claves@claves.fiocruz.br

ISBN 978-85-88026-35-3





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FAPERJ
Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

CLAVES
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli