

PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

NATUREZA, DESENVOLVIMENTO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Edição 2018

Ronald M Rapee

Tradutores: Filipa Pedro dos Reis, Teresa Cartaxo

Editor: Flávio Dias Silva



Ronald M Rapee PhD

Professor, Centre for Emotional Health, Departamento de Psicologia, Universidade de Macquarie, Sydney, Austrália

Conflitos de Interesse: a receber royalties pelo livro *Helping your Anxious Child: A Step by Step Guide for Parents*. O resultado da venda do Programa *Cool Kids* vai para o Centre for Emotional Health na Universidade de Macquarie para ajuda à investigação e tratamento de crianças ansiosas – nenhum indivíduo recebe qualquer rendimento destes materiais.

Esta publicação é dirigida aos profissionais em formação ou aos que exercem na área da saúde mental e não ao público em geral. As opiniões expressas são da responsabilidade dos autores e não representam, necessariamente, as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseados na evidência científica disponível no momento em que foi escrita e que foi avaliada pelos autores, podendo mudar como resultado da investigação mais recente. Os leitores devem aplicar estes conhecimentos em utentes de acordo com as diretrizes e leis praticadas no seu país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas sobre os medicamentos, uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e sites são citados ou associados para ilustrar conteúdos, ou como fontes de informação mais aprofundada. Isto não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossem o seu conteúdo ou recomendações, o que deve ser criticamente avaliado pelo leitor. Os Sites podem também mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta é uma publicação de livre-acesso sob a Creative Commons Attribution Non-commercial License. O uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja adequadamente citado e que o uso seja não-comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpon.net.au

Citação sugerida: Rapee RM. Perturbações de Ansiedade em Crianças e Adolescentes. Natureza, desenvolvimento, tratamento e prevenção. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

Não foi há muitos anos que as perturbações de ansiedade nas crianças eram consideradas condições relativamente raras e com baixo impacto. Como resultado, o nosso conhecimento empírico relativo à ansiedade nas crianças é menos extenso que nos adultos. Ainda assim, nos últimos 15 a 20 anos assistimos a um aumento dramático no número de estudos que examinam este tópico, e estamos agora a construir um bom entendimento da natureza, desenvolvimento e tratamento destas perturbações. Mais recentemente tem surgido interesse na possibilidade de prevenção da ansiedade. Dada a sobreposição entre ansiedade e depressão, bem como da sua continuidade da infância para a idade adulta, estes trabalhos têm implicações de longo alcance na prevenção de dificuldades internalizantes ao longo da vida.

Comparado com a investigação nos adultos, que tende a dividir as perturbações muito especificamente, no campo da infância e da adolescência há uma maior tendência em avaliar a ansiedade de uma forma mais global e, em muitos casos, em analisar as perturbações internalizantes como um todo. Deste modo, neste capítulo escreve-se sobre as perturbações de ansiedade de uma forma ampla e consideram-se os fatores relevantes para todas as perturbações de ansiedade como um grupo. Isto é claro particularmente no caso das terapias, em que os programas psicoterapêuticos de tratamento com maior suporte empírico tendem a incluir crianças com os vários tipos de perturbações de ansiedade. Dado que outros capítulos deste livro se focam na perturbação obsessivo-compulsiva, nas reações pós-traumáticas e na ansiedade de separação, este irá focar-se, quando possível, mais diretamente nas restantes perturbações – ansiedade generalizada, ansiedade social e fobias específicas. De facto, desde a publicação do DSM-5, a perturbação obsessivo-compulsiva e a perturbação de stress pós-traumático já não são incluídas nas perturbações de ansiedade, ainda que partilhem muitas características, fatores de risco e tratamentos. Para minimizar as repetições, usa-se em geral o termo ansiedade na criança ou na infância para referência à ansiedade tanto de crianças como de adolescentes, exceto quando forem necessárias distinções etárias.

DESCRIÇÃO E DIAGNÓSTICO

A característica principal das perturbações de ansiedade é o evitamento. Na maioria dos casos, isto incluiu um evitamento claro de situações específicas, locais, ou estímulos, mas também pode envolver formas mais subtis de evitamento, como hesitações, incertezas, retração, ou ações ritualizadas. Estes comportamentos são relativamente consistentes nestas perturbações e a diferença fundamental entre as várias perturbações específicas é o seu desencadeante. Geralmente o evitamento acompanha-se de componentes afetivos como medo, angústia ou vergonha. No entanto, algumas crianças, especialmente as mais novas, podem ter dificuldade em verbalizar estas emoções. A ansiedade ocorre devido à expectativa de que um evento perigoso ou negativo vá acontecer – por outras palavras, uma expectativa de ameaça. Portanto, na identificação da criança ansiosa, é crucial identificar se o evitamento ocorre devido à expectativa de alguma forma de ameaça. Por exemplo, duas crianças podem dizer que não querem ir à escola. Em um dos casos, parece ser devido ao facto de se estar a divertir mais ao ir às compras com amigos; no segundo caso, parece ser devido à crença de que outras crianças vão gozar com ela. Mesmo parecendo superficialmente que ambas estão a evitar a escola, o primeiro caso não reflete ansiedade dado que o comportamento não é motivado por uma perceção de ameaça. Todas as perturbações de ansiedade envolvem uma antecipação da ameaça, que se pode manifestar por preocupação, ruminação, antecipação ansiosa, ou pensamentos negativos. A diferença-chave entre as perturbações está no conteúdo destas crenças, como será descrito abaixo. Adicionalmente às crenças, aos comportamentos e às emoções descritos, as crianças ansiosas reportam muitas vezes a associação com uma gama de queixas físicas que refletem ativação aumentada (arousal); estas são raramente específicas de uma determinada perturbação e, como

Perturbações internalizantes

Em oposição às perturbações “externalizantes” ou “descontroladas” – como perturbações de conduta, em que as crianças tendem a externalizar ou agir (acting out) os conflitos internos ou emoções, p.e., através de agressões – as perturbações internalizantes refletem problemas do self, como medos, preocupações ou tristeza, tradicionalmente incluídos em designações como “neuroses”, problemas “supercontrolados” ou “superinibidos”. As crianças com perturbações internalizantes tendem a lidar internamente com os problemas ou com o conflito emocional, em vez de agir. As perturbações internalizantes normalmente causam maior angústia nas crianças do que nas pessoas ao seu redor, ao contrário do que acontece nas perturbações externalizantes.

Tabela F.1.1 Características principais e associadas das diferentes perturbações de ansiedade.

PERTURBAÇÃO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS
Perturbação de Ansiedade de Separação	Medo ou preocupação que algo de mau aconteça à criança ou à figura de vinculação (frequentemente o progenitor) quando estão separados. Como resultado desta crença, a criança evita a separação da figura de vinculação	<ul style="list-style-type: none"> • Sonhos ou pesadelos sobre a separação • Recusa em enfrentar situações que envolvam a separação, incluindo dormir fora de casa, ir à escola, visitar amigos ou familiares, ficar em casa sozinho ou com outros cuidadores • Preocupação com as consequências da separação, incluindo medo de ser raptado ou ferido, ou da figura de vinculação ser magoada ou morta, enquanto estão separados • Sintomas físicos quando a separação é antecipada, incluindo vômitos, diarreia e dor de barriga
Perturbação de Ansiedade Generalizada	Uma tendência para a preocupação com uma ampla variedade de possibilidades negativas, que algo de mau vá acontecer	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação repetida e pervasiva em várias áreas, como finanças familiares, amizades, trabalho escolar, desempenho desportivo, saúde pessoal e familiar e pequenas questões do quotidiano • Tendência à repetitiva procura de tranquilização nos pais ou outros sobre os seus medos • Evitamento da novidade, de notícias negativas, de situações incertas e de cometer erros • Sintomas físicos, insónias e irritabilidade, quando preocupado
Fobia social	Medo e evitamento de interações sociais ou de desempenho social devido a crenças de que os outros vão avaliar negativamente a criança	<ul style="list-style-type: none"> • Evitamento de uma variedade de atividades ou situações sociais que incluem falar ou atuar na frente de outros, conhecer novas crianças, falar com figuras de autoridade como professores, ser o centro das atenções sob qualquer forma e, nos adolescentes, o medo de namorar • Preocupações sobre avaliações negativas dos outros, incluindo que os possam considerar pouco atraentes, estúpidos, desagradáveis, demasiado confiantes ou estranhos • Número limitado de amigos ou dificuldade em fazer novos amigos • Níveis elevados de autoconsciência ou de atenção autocentrada
Fobias específicas	A característica principal das fobias específicas envolve o medo e o evitamento em resposta a uma variedade de estímulos, situações ou objetos específicos. Há uma crença comum de que o objeto ou situação resultará em dano pessoal	<p>Alguns medos comuns nas crianças incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animais, como cães e aves • Insetos ou aranhas • O escuro • Barulhos altos e especialmente tempestades • Palhaços, máscaras ou pessoas de aparência incomum • Sangue, doenças, injeções
Perturbação de Pânico e Agorafobia*		
Perturbação de Pânico	Experiência e receio de ataques de pânico inesperados, comumente envolvendo vários sintomas somáticos e medos de morrer ou ficar louco	<ul style="list-style-type: none"> • Vários sintomas somáticos que em geral agravam relativamente rápido e duram por um período específico • Os sintomas habitualmente incluem palpitações, sensação de falta de ar, tonturas, tremores e dor no peito • Pelo menos alguns ataques ocorrem inesperadamente ou sem precipitante aparente
Agorafobia	A Agorafobia envolve um medo adicional e um evitamento de várias situações "agorafóbicas", frequentemente devido ao receio de experienciar um ataque de pânico nessas situações	<ul style="list-style-type: none"> • Evitamento de situações devido ao medo de sintomas ou das suas consequências • Situações agorafóbicas comuns incluem locais de onde uma fuga rápida é difícil, como transportes públicos, espaços fechados, cinemas, cabeleireiros, ou trânsito intenso • Existe uma confiança comum em sinais específicos que transmitem segurança, muitas vezes na figura de vinculação

* A idade média de aparecimento tanto da Perturbação de Pânico como da Agorafobia é no jovem adulto e, como tal, são perturbações raras na infância. Ocasionalmente ocorrem casos antes dos 15 anos e apenas números reduzidos surgirão entre os 15 e os 18 anos.

tal, são raramente diagnosticadas. Os sintomas físicos comuns em crianças ansiosas incluem cefaleias (dor de cabeça), dor de barriga, náuseas, vômitos, diarreia e tensão muscular. É ainda comum que muitas crianças ansiosas, em especial as que mais se preocupam, tenham dificuldades no sono.

Como mencionado, as diferenças-chave entre as perturbações de ansiedade específicas incluem os desencadeantes para a ansiedade, as situações evitadas e o conteúdo das crenças, como demonstrado na Tabela F.1.1. A Ansiedade de Separação é descrita em detalhe no Capítulo F.2.

Perturbações relacionadas com a ansiedade

Como referido, duas perturbações anteriormente incorporadas nas perturbações de ansiedade não foram incluídas nesse capítulo na última versão do DSM. Estas são abordadas nos seus próprios capítulos deste manual e como tal serão apenas brevemente referidas aqui. Crianças com perturbação obsessivo-compulsiva (POC) reportam pensamentos, imagens ou impulsos repetitivos e intrusivos, frequentemente acompanhados por ações ou comportamentos característicos repetitivos, com o objetivo de redução da ansiedade. Os componentes mentais focam-se comumente em perigos ou ameaças antecipados (daí a sobreposição com as perturbações de ansiedade), ainda que os que sofrem de algumas formas de POC possam falhar nesse relato de expectativas de ameaça e possam focar-se mais numa sensação de nojo e na crença de que algumas ações apenas “parecem corretas”. Quando existem de facto ameaças expectadas, os rituais correspondentes são geralmente direcionados para a prevenção ou anulação do perigo antecipado. Nas crianças o quadro é complicado devido à incapacidade que muitas delas têm, especialmente as mais novas, em descrever claramente as suas crenças e motivações. Em crianças, quando certas ações não são realizadas adequadamente, os rituais mais comuns envolvem lavar (e medo de contaminação) e ordenar ou verificar (e medos de catástrofe).

A perturbação de stress pós-traumático envolve uma constelação de sintomas de ativação aumentada (p.e., sobressalto), intrusivos (p.e., angústia com lembranças do trauma), de desapego (p.e., dificuldade em recordar aspetos do trauma, entorpecimento e aplanamento) e de evitamento, que ocorrem no seguimento de um evento severo (ameaçador de vida). Apesar de muitas crianças no mundo infelizmente experienciarem eventos ameaçadores de vida, a perturbação de stress pós-traumático é relativamente infrequente na infância (Rapee et al, 2009). Alguns autores argumentam que isto se deve aos critérios não serem sensíveis à apresentação nas crianças, enquanto outros sugerem que pode refletir a perceção reduzida de passado e futuro no seu desenvolvimento cognitivo. A perturbação de stress pós-traumático é discutida em detalhe no Capítulo F.4.

Recusa escolar

Ainda que a recusa escolar não seja um diagnóstico formal no DSM ou na CID, justifica-se uma breve menção uma vez que é frequentemente debatida. Há poucas dúvidas de que muitas crianças não desejam frequentar a escola e, numa pequena percentagem de casos, podem mesmo não ir por períodos prolongados. Isto é frequentemente denominado de recusa escolar. A recusa escolar não é uma perturbação de ansiedade e pode ser motivada por muitos outros fatores, embora o elemento subjacente seja frequentemente a ansiedade. Apesar disso, a ansiedade isoladamente não é uma explicação suficiente. A recusa escolar envolve a motivação da criança em não ir à escola (por vezes devido a ansiedade) combinada com a complacência social e, usualmente, parental. Naturalmente, este último componente é variável entre sociedades, dependendo das leis relativas à frequência escolar, das normas sociais, e das necessidades parentais (como a extrema pobreza). Contudo, quando as leis e normas providenciam uma expectativa de frequência escolar (hoje em dia na maioria dos países), a recusa escolar frequentemente envolve alguma dificuldade dentro da família ou, pelo menos, de um dos progenitores.

Ansiedade social

Deve-se referir que crianças socialmente ansiosas não são necessariamente pobres em competências sociais. São comumente ignoradas ou negligenciadas, mais do que rejeitadas. No entanto, como resultado da sua ansiedade, estas podem por vezes comportar-se socialmente de uma forma estranha e ter um desempenho pobre em situações sociais. Por exemplo, podem não falar muito ou falar muito baixo, podem apresentar pouco contacto visual, ou comunicar de uma forma hesitante ou insegura.

Por exemplo, alguns casos de faltas à escola são parcialmente encorajados por um progenitor que deseja que a criança o ajude com as suas próprias necessidades (p.e., incapacidade física ou mental) ou a relação pais/criança pode ser patológica por dificuldades maritais severas, entre outros. Por outras palavras, uma recusa escolar crónica pode refletir uma variante da ansiedade ou outras dificuldades na criança (p.e., medo do trabalho escolar, da socialização, ansiedade de separação, bullying, etc.) combinadas com dificuldades parentais ou familiares e, em alguns casos, validação social pelo não comparecimento (ver Capítulo F.2 para mais informação).

Comorbilidades

Como mencionado anteriormente, é comum que as discussões sobre ansiedade na infância se foquem na ansiedade de uma forma geral (e por vezes perturbações relacionadas), em vez de apenas numa perturbação específica. Uma das razões principais para isso é a grande sobreposição entre as várias perturbações de ansiedade e entre a ansiedade e outras perturbações internalizantes, especialmente a depressão. Crianças clinicamente ansiosas raramente cumprem critérios para apenas uma perturbação. Entre os indivíduos que procuram tratamento, cerca de 80 a 90% cumprem critérios para mais de uma perturbação mental. A maioria, até 75%, cumpre critérios para mais de uma perturbação de ansiedade. Outros 10 a 30% também cumprem critérios para uma perturbação do humor adicional. Aqui são evidentes diferenças etárias: cerca de 30% dos adolescentes que procuram tratamento cumprem critérios para uma perturbação do humor adicional, enquanto que isso acontece em apenas cerca de 10 a 15% das crianças ansiosas mais novas; no entanto cerca de 25% destas cumpre também critérios para uma perturbação do comportamento adicional. Números semelhantes são encontrados em amostras da população, embora a proporção de crianças com apenas uma perturbação de ansiedade seja ligeiramente maior. Ainda assim, mesmo nestas amostras, crianças com perturbações de ansiedade têm maior probabilidade de ter perturbações de ansiedade, do humor e do comportamento adicionais. Curiosamente, crianças ansiosas não parecem ter maior risco de abuso de substâncias, refletindo provavelmente o facto de que estas geralmente obedecem às regras e não correm riscos. Existe, no entanto, uma sobreposição entre perturbações de ansiedade e abuso do álcool que se inicia na adolescência tardia ou no jovem adulto (Costello et al, 2003).

EPIDEMIOLOGY

Prevalência

As estimativas de prevalência de ansiedade infantil têm sido algo variáveis entre países e estudos devido a muitos fatores, incluindo variações nos critérios, nos instrumentos de avaliação e na amostragem. No global, cerca de 5% das crianças e adolescentes, em populações ocidentais, cumprem critérios para uma perturbação de ansiedade durante um certo período de tempo (Rapee et al, 2009). Existe pouca informação disponível acerca de outras culturas, mas um estudo em Porto Rico mostrou taxas semelhantes (Canino et al, 2004). Na maioria dos estudos a prevalência é alta para fobias específicas e moderada para ansiedade de separação, ansiedade generalizada e fobia social.

Distribuição por género

Na população geral, as perturbações de ansiedade são mais comuns no género feminino do que no masculino. A maioria dos estudos populacionais estima que a maioria das perturbações de ansiedade surja cerca de 1.5-2 vezes mais em raparigas. Existe alguma evidência de que esta diferença entre géneros se verifica

muito cedo – desde tão novos como 5 anos de idade. Em contraste, em amostras que procuram tratamento nas sociedades ocidentais, esta distribuição é mais equilibrada, e até inclui um pouco mais de rapazes, provavelmente refletindo uma pressão social para que estes não experienciem ansiedade.

Idade de início

As perturbações de ansiedade estão entre as perturbações de aparecimento mais precoce, tendo maioritariamente início entre meio da infância e a adolescência. Como será discutido mais tarde, é comum as perturbações de ansiedade estabelecerem-se num contexto de temperamento inibido (ver abaixo) e medos. Deste modo, é muitas vezes difícil determinar exatamente quando é que a verdadeira perturbação de ansiedade se iniciou pelo que, até certo ponto, se pode dizer que crianças ansiosas o são desde o nascimento. As estimativas também diferem dependendo da determinação em populações pré-adultas ou em relatos retrospectivos de adultos. As estimativas da idade média de início (correspondem à média, embora a perturbação possa surgir antes em casos individuais) para as diferentes perturbações são as seguintes:

- Fobias de animais – infância precoce (6-7 anos)
- Perturbação de ansiedade de separação – entre a infância precoce e o meio da infância (7-8 anos)
- Perturbação de ansiedade social – adolescência precoce (11-13 anos)
- Perturbação de ansiedade generalizada – estimativas amplamente variáveis, desde meio da adolescência à idade adulta
- Perturbação de Pânico – jovem adulto (20-24 anos)

Curso

As perturbações de ansiedade estão entre as formas mais estáveis de psicopatologia e mostram relativa baixa remissão espontânea. Crianças ansiosas têm ainda risco aumentado de desenvolver outras perturbações durante a adolescência e até à idade adulta. Estudos longitudinais mostraram que as crianças ansiosas terão maior risco de perturbações de ansiedade, do humor e externalizantes na adolescência e, na vida adulta, de perturbações de ansiedade, do humor e do uso de substâncias, bem como de suicídio (Beesdo-Baum & Knappe, 2012; Bittner et al, 2007).

Outras características demográficas

Curiosamente, a ansiedade na infância é influenciada por muito poucos fatores de risco demográficos. Existe alguma evidência de que estratos socioeconómicos baixos podem determinar algum risco para ansiedade, mas os dados são mistos e o grau do risco é pequeno. De forma similar, alguns estudos sugerem que seja mais provável que crianças particularmente com ansiedade social sejam primogénitas, mas outros estudos falharam em suportar este achado. A maioria das outras características demográficas falha na predição da ansiedade (exceto o género, descrito anteriormente). Deste modo, a ansiedade na criança não é influenciada pelo tamanho familiar, estado civil dos pais, pela escolaridade ou pela capacidade intelectual (Rapee et al, 2009).

AValiação

A avaliação clínica geralmente inclui uma combinação de questionários, entrevistas diagnósticas e a observação comportamental. No entanto, o mais apropriado para a maioria dos contextos clínicos será a entrevista diagnóstica e um pequeno número de questionários.

Entrevista diagnóstica

Existem várias entrevistas diagnósticas estruturadas que ajudam na determinação dos critérios DSM ou CID para perturbações da infância, incluindo de ansiedade. A maioria das entrevistas inclui um número alargado de questões destinadas a explorar cada um dos critérios de diagnóstico relevantes e geralmente diferem nos seus graus de estrutura. Alguns instrumentos globalmente utilizados incluem:

- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)*
- *Development and Wellbeing Assessment (DAWBA)*
- *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*

Se o interesse for especificamente na ansiedade, a Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C) (Silverman & Albano, 1996) tem como foco principal estas perturbações. Para crianças muito novas, a Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) é um instrumento útil (Egger et al, 2006). A maioria das entrevistas estruturadas envolve momentos separados com os pais e com a criança (pelo menos a partir dos 8 anos de idade), tendo o clínico depois a tarefa de combinar a informação.

Frequentemente, a informação dos pais e da criança sobre as perturbações de ansiedade contém vários aspetos discordantes, como acontece na maioria das perturbações na infância. O senso e experiência clínicos devem ser aplicados para determinar que informação tem mais peso e a melhor forma de combinar a informação (ver Capítulo A.3 para informação mais detalhada sobre este tópico). Muitas vezes acredita-se que as crianças ansiosas “fingem bem” (Kendall & Chansky, 1991) – por outras palavras, negam sentir-se ansiosas ou dão respostas que julgam ser socialmente aceitáveis. Paralelamente, muitos pais são também ansiosos (abordado abaixo) e, em alguns casos, vão exagerar as dificuldades da criança pela sua própria angústia. Face a isto, o entrevistador tem de obter detalhes suficientes que lhe permitam perceber qual o relato mais preciso e quais os aspetos da informação que podem ser duvidosos.

Clinicamente, distinguir entre perturbações específicas pode ser difícil. Como descrito acima, é importante determinar a motivação base por detrás de um comportamento particular para identificar o diagnóstico relevante. Por exemplo, uma criança pequena que faz uma birra quando os pais planeiam sair pode estar a fazê-lo pela atenção e benefícios que recebe, ou pelo medo de algum evento negativo após a separação. Clinicamente, depois de todos os comportamentos, motivações e critérios diagnósticos terem sido avaliados, e no caso de se ter definido que a criança cumpre critérios para duas (ou mais) perturbações claramente distintas, é geralmente útil determinar qual das perturbações é a principal (também referida como primária). A maioria dos autores conceptualiza a perturbação principal como aquela que apresenta o maior impacto e interferência na vida da criança. Deste modo, esta é geralmente o foco inicial na terapia. A maioria das avaliações empíricas dos tratamentos para a ansiedade nas crianças são baseados em crianças que cumprem critérios para perturbações de ansiedade como perturbação principal. Em alguns casos, no entanto, pode ser mais importante determinar qual a perturbação que parece ser o problema subjacente ou causal. Por exemplo, uma criança que sofre de depressão, solidão e vitimização pela sua ansiedade social pode responder melhor se a ansiedade social for tratada primeiro, independentemente se é a condição primária. Em alguns casos, quando é expectável que um problema particular possa interferir na resposta ao tratamento, este pode requerer a atenção inicial, mesmo que não seja a perturbação principal. Por exemplo, uma criança cuja ansiedade parece ser o que mais interfere, mas cuja depressão adicional resulta em baixa motivação, pode necessitar de tratamento para a depressão e motivação antes de ser capaz de se envolver no tratamento para a ansiedade.

Questionário de avaliação da ansiedade infantil

A severidade da ansiedade ou a intensidade da sintomatologia ansiosa podem ser avaliadas utilizando vários questionários. A maioria demonstrou boas propriedades psicométricas a partir dos 8 anos de idade, e pode ser utilizada até ao meio ou final da adolescência. A partir do meio da adolescência, as escalas de ansiedade dos adultos são também geralmente adequadas. Muito poucas escalas foram desenvolvidas para crianças mais novas.

Alguns questionários contêm subescalas que abordam constructos de categorias diagnósticas específicas como ansiedade de separação, ansiedade social ou ansiedade generalizada. A maioria destes questionários tem versões complementares para os pais e para as crianças. Estes incluem:

- *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* (sem custos e disponível em várias línguas)
- *Screen for Anxiety and Related Disorders (SCARED)*
- *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*.

Desenvolveu-se recentemente uma escala semelhante para crianças em idade pré-escolar e preenchida apenas pelos pais – a *Preschool Anxiety Scale, Revised (PAS-R)* (sem custos e disponível em várias línguas).

Algumas escalas mais antigas pretendem avaliar o nível de ansiedade de uma forma mais geral. Estas incluem:

- *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*
- *State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*
- *Beck Anxiety Inventory for Youth*.

Também se desenvolveu uma escala semelhante que avalia sintomatologia internalizante em crianças de idade pré-escolar, respondida pelos pais – *Children's Moods, Fears and Worries* (Bayer et al, 2006).

Em algumas circunstâncias, é necessária uma avaliação mais específica e detalhada de uma forma particular de ansiedade. Nestes casos, algumas escalas tocam em determinados aspetos, incluindo:

- *Fear Survey Schedule for Children Revised (FSSCR)*
- *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAIC)*
- *Social Anxiety Scale for Children – Revised (SASC-R)*
- *Children's Anxiety Sensitivity Index (CASI)* (Silverman et al, 1991).

Adicionalmente, também algumas escalas do *Centre for Emotional Health* podem ser importantes visto focarem aspetos relevantes associados a perturbações de ansiedade. A *Children's Automatic Thoughts Scale (CATS)* foi desenvolvida para avaliar crenças específicas experienciadas por crianças e adolescentes com variadas perturbações. Duas das subescalas são especialmente relevantes para a ansiedade: crenças associadas à ameaça social e à ameaça física. As restantes subescalas avaliam crenças relacionadas com o fracasso pessoal e com a hostilidade. A *School Anxiety Scale – Teacher Report (SAS-TR)* é uma escala de ansiedade infantil que pode ser preenchida pelo professor, possibilitando a recolha de informações clínicas mais amplas sobre a criança ansiosa através de uma fonte adicional de informação. A *Children's Anxiety Life Interference Scale (CALIS)* tem duas medidas paralelas (uma relatada pela criança e a outra pelos pais) que avaliam a extensão do impacto da ansiedade da criança na sua vida e na da sua família.

FATORES DE RISCO E DE MANUTENÇÃO

Transmissão familiar

A ansiedade circula nas famílias. Familiares de primeiro grau de pessoas com perturbações de ansiedade têm risco aumentado de também ter ansiedade, bem como de ter perturbações do humor. Isto também se aplica quando falamos especificamente de ansiedade em crianças e adolescentes. Crianças ansiosas têm consideravelmente maior probabilidade de ter pais com perturbações de ansiedade e adultos com perturbações de ansiedade têm maior probabilidade de ter filhos ansiosos (Rapee et al, 2009). Uma relação idêntica ocorre, de uma forma geral, para características temperamentais relacionadas com a ansiedade (ver abaixo). Adultos com perturbações de ansiedade têm maior probabilidade de ter crianças muito inibidas e crianças inibidas têm maior probabilidade de ter pais com perturbações de ansiedade ou do humor (Rosenbaum et al, 1993).

Um achado importante é que a transmissão familiar da ansiedade parecer mostrar alguma especificidade, isto é, vários estudos mostraram que pessoas com uma perturbação de ansiedade específica (p.e., fobia social) têm maior probabilidade de ter familiares de primeiro grau com a mesma perturbação de ansiedade (fobia social). Isto difere das investigações acerca de fatores genéticos, que não mostraram especificidade (ver abaixo). Naturalmente, a transmissão familiar pode refletir tanto influências genéticas como ambientais, e por isso é tentador especular que a transmissão genética confira um risco genérico e global, enquanto que o ambiente familiar possa moldar esse risco para manifestações específicas.

Fatores genéticos

Há poucas dúvidas de que as perturbações de ansiedade são hereditárias. As melhores estimativas sugerem que cerca de 40% da variabilidade nos sintomas ansiosos e nos diagnósticos de perturbações de ansiedade são mediados por fatores genéticos. Esta estimativa é ainda maior se olharmos para a estabilidade da ansiedade ao longo do tempo. Os resultados são semelhantes relativamente à ansiedade da infância, embora haja menos investigação. Estudos de ansiedade em crianças, com gémeos, indicaram que cerca de 30 a 40% da variabilidade nos sintomas e nas perturbações pode ser atribuída à heritabilidade (Gregory & Eley, 2007). Existe alguma evidência (embora com limitações) de que as estimativas da heritabilidade para o risco temperamental na ansiedade (p.e., inibição) sejam ligeiramente mais altas (Rapee & Coplan, 2010). Como mencionado acima, o risco genético das perturbações de ansiedade aparenta ser amplamente genérico e parece assentar primariamente num fator muito alargado como o neuroticismo (Gregory & Eley, 2007).

Estudos sobre genes específicos subjacentes às perturbações de ansiedade são mais escassos e, até hoje, não existem evidências que liguem nenhum gene individual especificamente à ansiedade. Muitos candidatos foram explorados; o mais amplamente estudado foi a região promotora do gene transportador de serotonina (5HTTLPR). No entanto, associaram-se polimorfismos neste gene com outras perturbações, sendo pouco provável que tenha um papel específico na ansiedade. Na verdade, uma teoria afirma que ter dois alelos curtos no gene 5HTT pode aumentar a resposta global do indivíduo a eventos ambientais (tanto positivos como negativos) (Belsky et al, 2009).

Fatores temperamentais

O risco temperamental para a ansiedade é provavelmente o fator de risco mais bem estudado e mais claramente estabelecido (Fox et al, 2005; Rapee et al, 2009). Uma variedade de temperamentos semelhantes foi associada com a ansiedade infantil, que inclui: inibição comportamental, retração, timidez e



Clica [aqui](#) para ver o site do Centre for Emotional Health, de onde as CATS, SAS-TR e CALIS, bem como a PASR, podem ser descarregadas sem custos. Algumas destas escalas estão disponíveis em línguas para além do Inglês.

medos. Estes vários temperamentos serão referidos nesta secção pelo termo geral de inibição. Investigação extensa mostrou que crianças muito novas com níveis altos de inibição estão em maior risco para mais tarde apresentarem perturbações de ansiedade. Como descrito acima, a investigação também associou inibição com perturbações de ansiedade em familiares de primeiro grau. É entre os 2 e os 5 anos que mais frequentemente se avalia a inibição em crianças, podendo recorrer-se a questionários ou à observação direta. Características comuns da inibição incluem:

- Retração face à novidade
- “Difíceis de aquecer” no contacto com estranhos ou pares
- Escasso sorriso
- Procura de proximidade a uma figura de vinculação
- Escassa fala
- Contacto visual limitado ou “olhar tímido”
- Relutância em explorar novas situações.

As crianças que mostram estas características na idade pré-escolar têm duas a quatro vezes maior probabilidade de cumprir critérios para perturbações de ansiedade a meio da infância, mantendo-se este risco aumentado pelo menos até à adolescência (Fox et al, 2005). Alguns estudos também indicam que bebés (3-6 meses) que mostram altos níveis de ativação e emotividade estão em maior risco de mostrar alta inibição dos dois aos cinco anos. Portanto, parece ser possível identificar um risco aumentado de ansiedade desde os poucos meses de idade (Kagan & Snidman, 1991).

Teoricamente, a principal limitação nesta investigação é a extensa sobreposição entre os construtos da inibição e das perturbações de ansiedade. Assim, pode-se argumentar que a inibição é simplesmente uma versão menos clara de uma manifestação precoce de uma perturbação de ansiedade. Existe alguma evidência que a inibição e as perturbações de ansiedade têm algumas características únicas e, portanto, representam diferentes constructos, mas a questão está longe de resolvida (Rapee & Coplan, 2010).

Fatores parentais e familiares

Dada a evidência, descrita acima, de transmissão de ansiedade dentro das famílias, tem sido comumente assumido que os pais e o ambiente familiar podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade. No entanto, a confirmação tem sido difícil de obter e os dados não têm sido inteiramente consistentes. A investigação mais extensiva focou-se na parentalidade e nas interações pais-crianças.

Existem agora poucas dúvidas de que a parentalidade de crianças ansiosas é caracterizada por superproteção, intrusão e, em menor grau, negatividade (McLeod et al, 2007). É muito mais difícil determinar se esta relação é causal e, até à data, existe muito pouca investigação desta questão. Há teorias que argumentam que as relações pais-filhos provavelmente refletem interações cíclicas. Isto é, crianças inibidas levam a superproteção nos pais e, por sua vez, uma parentalidade superprotetora é suscetível de conduzir a mais ansiedade (Hudson & Rapee, 2004; Rubin et al, 2009). Poucos estudos longitudinais abordam esta relação, mas existe alguma evidência que suporta esta teoria (Edwards et al, 2010). Existe ainda alguma evidência de que, em crianças pequenas, a interação entre o gene do transportador de serotonina e a parentalidade prediz o surgimento de ansiedade mais tarde (Fox et al, 2005).

Tem sido muitas vezes assumido que pais ansiosos aumentam o risco de ansiedade nas suas crianças por modelarem os seus próprios medos e estratégias de



Jerome Kagan, professor de psicologia na Universidade de Harvard, é um dos estudiosos que contribuiu para desenvolver o conceito de temperamento, que definiu como reações comportamentais e emocionais estáveis que aparecem precocemente na vida. Descreveu dois tipos de temperamento: inibido e desinibido. O primeiro aplica-se às crianças que são tímidas, envergonhadas, socialmente retraídas e medrosas, enquanto que o segundo se refere a crianças que são extrovertidas, sociáveis e ousadas.

coping. Esta teoria, no entanto, foi muito pouca verificada e a maioria dos estudos realizados foram laboratoriais, com crianças muito novas. A investigação mostrou que crianças entre os 6 e os 18 meses de idade podem aprender a ter medo e evitar um estímulo novo ao observarem as suas mães a atuar de uma forma medrosa. Mais importante, as mães socialmente ansiosas têm mostrado transmitir desta forma o medo de estranhos aos seus bebés e a intensidade do medo que o bebé desenvolve depende, em parte, do seu nível pré-existente de inibição (de Rosnay et al, 2006). Portanto, parece que o medo de estranhos pode ser aumentado através da interação entre o temperamento do bebé e os sinais evidentes de medo da mãe. Em crianças mais velhas, demonstrou-se que informação sobre perigo transmitida verbalmente pode aumentar o medo de situações particulares. Por exemplo, quando se apresenta a uma criança informação sobre uma situação nova, sugerindo que essa situação é perigosa, esta mostra aumento do medo, ativação fisiológica, crenças ameaçadoras e evitamento da situação, que pode durar por vários meses (Field, 2006).

Finalmente, uma questão-chave é perceber se ambientes familiares perturbados desempenham um papel no desenvolvimento de ansiedade na criança. Existem múltiplos estudos longitudinais que examinam o impacto a longo-prazo da angústia e violência familiares, da separação e divórcio parentais e do abuso sexual e físico, embora poucos se tenha focado claramente nas perturbações de ansiedade. No geral, parece que o abuso sexual – e em menor grau o abuso físico e a violência familiar – podem aumentar a ansiedade nas crianças. No entanto, este aumento é provavelmente passageiro e não é claro se estes fatores contribuem significativamente para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade de longo-prazo. Salienta-se que é evidente que estes fatores são relativamente inespecíficos e aumentam o risco de uma ampla variedade de psicopatologia nas crianças, tendo possivelmente um papel menor nas perturbações de ansiedade (Rapee, 2012).

Eventos de vida

Apesar da extensa investigação que examina o papel dos eventos de vida negativos no aparecimento das perturbações de ansiedade em adultos (principalmente agorafobia), tem havido muito poucos estudos para identificação desses eventos de vida na ansiedade infantil. Isto poderá dever-se ao facto de a ansiedade na infância frequentemente surgir em crianças com um temperamento inibido de fundo, sendo relativamente raro um início súbito e claro. A investigação sugere que crianças ansiosas relatam mais eventos de vida negativos, e com maior impacto, do que crianças sem perturbações de ansiedade. Apesar de ser possível que esta diferença reflita vieses cognitivos e de relato, pelo menos alguns estudos demonstraram esta diferença utilizando entrevistas com pais e identificando evidências que o corroboram (Allen et al, 2008). Ainda assim, demonstrar que crianças ansiosas têm mais eventos de vida negativos do que as crianças não-ansiosas não significa necessariamente que estes eventos causem ou precipitem a ansiedade. De facto, os dados sugerem que a maior diferença se encontra nos chamados eventos de vida “dependentes”. Eventos dependentes são os que podem resultar dos comportamentos da criança (p.e., um teste correr mal pode ser o resultado da criança não ter estudado). Por isso, é muito possível que a ansiedade na criança conduza a mais eventos de vida negativos, possivelmente devido à preocupação e evitamento associados à ansiedade. Claro que também é possível que o stress aumentado, por sua vez, ajude na manutenção e até incremento da ansiedade.

Uma forma específica de evento de vida que tem recebido particular atenção é o bullying e as provocações. Existem evidências consideráveis de que crianças ansiosas têm maior probabilidade de ser gozadas e de sofrer bullying do que crianças não-ansiosas, e de que são frequentemente negligenciadas ou até rejeitadas pelos seus pares (Juvonen & Graham, 2014). Mais uma vez, a direção da causalidade é desconhecida, apesar de ser muito provável que crianças ansiosas suscitem gozo pelos outros devido aos seus comportamentos; por sua vez, é provável

Parece que o medo de estranhos pode ser aumentado através de uma interação entre o temperamento dos bebés e os sinais evidentes de medo da mãe.

que as provocações aumentem mais a ansiedade.

Vieses cognitivos

Crianças ansiosas reportam crenças e expectativas de ameaça aumentadas. Estas refletem parcialmente o diagnóstico, mas também se argumenta que representam uma característica central de manutenção. Apesar de existir uma sobreposição considerável, até certo ponto as expectativas de ameaça são específicas. Isto é, crianças com fobia social têm maior probabilidade de ter expectativas aumentadas de ameaças sociais (p.e., “as outras crianças não vão gostar de mim”), crianças com ansiedade de separação vão ter expectativas aumentadas de ameaças físicas (p.e., “os meus pais vão-se magoar”), e assim por diante. A evidência sugere que estas crenças de ameaça são mais intensas entre crianças ansiosas do que entre crianças com outra psicopatologia, e que estas diminuem com o tratamento bem-sucedido (Schniering & Lyncham, 2007). Se têm relação causal com o início da ansiedade, ou se simplesmente refletem a ansiedade, não é claro.

A investigação também se focou na forma como as crianças ansiosas processam informação ameaçadora (Muris & Field, 2013). Tal como demonstrado nos adultos, as crianças ansiosas têm tanto um viés na atenção dirigida à ameaça como um viés na interpretação de informação ambígua, que interpretam consistentemente como ameaçadora. Alguns estudos mostraram que estes vieses diminuem com o tratamento bem-sucedido.

TRATAMENTO

Psicofarmacologia

A gestão farmacológica da ansiedade em crianças tem-se focado tipicamente no uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs). Vários estudos demonstraram eficácia significativa de ISRSs como a fluoxetina e a sertralina nas perturbações de ansiedade de uma forma geral, apesar de muitos estudos se terem focado primariamente no tratamento da POC (Ipser et al, 2009). Têm sido encontradas poucas diferenças entre agentes específicos, no entanto a paroxetina não é recomendada neste grupo etário e existe a ideia de que a venlafaxina tem menor eficácia e tolerância (Uthman, 2010). O tratamento dura geralmente 10-15 semanas. Os resultados no final do tratamento apontam para que cerca de 50% a 60% das crianças sejam consideradas respondedoras à terapêutica, comparando com cerca de 30% das crianças sob placebo. Infelizmente, a manutenção dos ganhos a longo-prazo raramente foi investigada, apesar de existir alguma evidência na literatura de que os efeitos da medicação podem alcançar um patamar depois de cerca de 8 semanas (Ipser et al, 2009). Eventos adversos são relativamente infrequentes, mas ocorrem, e até 7% das crianças ansiosas sob ISRSs descontinuem a medicação por esse motivo. A suicidalidade tem de ser monitorizada em todas as pessoas jovens a tomar ISRSs (para mais detalhes sobre tratamento farmacológico ver Capítulo A.8 e Tabela A.8.1).

Programas baseados em competências

Os tratamentos psicológicos para a ansiedade infantil baseados na evidência recaem geralmente sobre a ampla categoria das terapias cognitivo-comportamentais ou das terapias baseadas em competências. A característica fundamental é ensinar à criança (e por vezes aos pais) competências específicas para ajudar na gestão da ansiedade. A maioria dos tratamentos consiste em pacotes compreensivos ou combinações de técnicas. Técnicas específicas de tratamento incluem:

- Psicoeducação
- Relaxamento

- Exposição in vivo
- Prevenção de resposta
- Treino parental
- Reestruturação cognitiva
- Competências sociais e treino de assertividade

Os programas de tratamento duram tipicamente 8-15 semanas, cerca de 1-2 horas por sessão, podendo ser individualizadas ou em grupo. Os estudos indicam que 50 a 60% das crianças são consideradas assintomáticas no final do tratamento (James et al, 2015) e este número tipicamente aumenta para 70-80% até aos 12 meses depois do final do tratamento. Alguma investigação indica manutenção dos ganhos do tratamento até 6-8 anos depois (p.e., Kendall et al, 2004).

Alguns estudos tentaram identificar fatores que pudessem influenciar a eficácia dos tratamentos. Existe alguma evidência de que o tratamento realizado individualmente possa produzir efeitos ligeiramente superiores do que o feito em grupo (Reynolds et al, 2012). Uma dúvida importante que tem recebido alguma atenção é até que ponto será necessário incluir os pais no tratamento e ensinar-lhes competências específicas. A evidência é mista, mas geralmente aponta para poucos benefícios (Reynolds et al, 2012). No entanto, os estudos que abordaram esta questão raramente tiveram a idade da criança em consideração e diferiram amplamente no formato de inclusão dos pais nos programas de tratamento, o que também raramente se considera nas revisões da literatura. Numa extensa reanálise dos dados, ensinar aos pais competências específicas de parentalidade ou métodos para ajudar as suas crianças fora da terapia, levou a resultados significativamente melhores três meses depois do final do tratamento, comparativamente com outras abordagens parentais (Manassis et al, 2014).

Outra questão relevante é a da influência de diagnósticos comórbidos nos efeitos do tratamento. Surpreendentemente, a maioria da investigação até à data falhou em demonstrar que a resposta ao tratamento é pior para crianças ansiosas com perturbações comórbidas. Por outras palavras, crianças ansiosas parecem responder igualmente bem aos programas de tratamento baseados nas competências, mesmo quando têm dificuldades adicionais de ansiedade, depressão ou externalizantes (Ollendick et al, 2008). Ainda assim existem evidências mistas relativamente à depressão, em que alguns estudos sugeriram que esta comorbilidade pode reduzir a resposta ao tratamento (Rapee et al, 2009). Um estudo recente no Centre for Emotional Health clarificou melhor esta questão. Com base nos dados desse estudo, parece que ter uma perturbação comórbida não influencia o grau de mudança ao longo do tratamento, mas influencia o término. Assim, dado que as crianças com perturbações comórbidas (especialmente perturbações externalizantes e depressão) tipicamente têm uma ansiedade mais severa de início, o momento em que alcançam o final do tratamento não é, geralmente, tão satisfatório como nas sem perturbações comórbidas, embora a taxa de mudança ao longo do tratamento seja muito similar. Outros estudos começaram ainda a demonstrar que crianças com autismo de alto funcionamento e ansiedade comórbida também respondem muito bem ao tratamento da ansiedade (Moree & Davis, 2010).

Não se encontraram muitos outros preditores da resposta ao tratamento. Tem sido sugerido que a psicopatologia parental – tanto ansiedade como depressão parental – prediz piores resultados, mas alguns estudos têm falhado nessa demonstração. Outros fatores como estado civil, nível académico parental e tamanho da família parecem ter poucos efeitos. Alguma investigação interessante mostrou que a genética pode prever a resposta ao tratamento. Crianças com



Clica [aqui](#) para ouvir Eli R Lebowitz PhD falar sobre TCC nas perturbações de ansiedade infantil (13:14 minutos)

Os resultados indicam que 50% a 60% das crianças são consideradas assintomáticas no final do tratamento (programas baseados em competências ou TCC), aumentando para 70-80% até 12 meses depois do final do tratamento

alelos curtos no gene 5HTTLPR mostraram uma melhor resposta ao tratamento no follow-up do que as crianças com dois alelos longos (Eley et al, 2012). No entanto, um estudo posterior falhou em replicar esses resultados (Lester et al, 2016). Surgiram ainda evidências consistentes de que crianças com perturbação de ansiedade social mostravam uma resposta ao tratamento pior do que crianças com outras perturbações de ansiedade (Hudson et al, 2015). As razões para esta diferença não são claras, mas é possível que a ansiedade social requeira estratégias de tratamento adicionais.

Intervenções de baixa intensidade

São cada vez mais os grupos de trabalho dedicados a demonstrar a eficácia do tratamento de crianças ansiosas utilizando métodos que requerem consideravelmente menos recursos terapêuticos, comparativamente com os tradicionais cara-a-cara (Rooksby et al, 2015), sendo frequentemente referidos como de baixa intensidade e usualmente implementados por material escrito ou através da internet. Programas deste tipo usualmente seguem princípios baseados em competências, mas a informação impressa ou eletrónica é dada tanto ao progenitor (para a criança) como diretamente ao jovem (nos adolescentes). A maioria dos programas inclui algum suporte por um terapeuta, muitas vezes através do telefone, algo que tem demonstrado produzir mais efeitos do que apenas a auto-ajuda.

Exemplo de um programa: Cool Kids

Existem vários programas de tratamento baseados em competências para a gestão de perturbações de ansiedade em pessoas jovens e muitos contêm componentes similares. Como exemplo, será descrito o programa do Centre for Emotional Health, Cool Kids. O Cool Kids é um programa de tratamento para jovens ansiosos, entre os 7 e os 17 anos. Tem um conjunto de orientações detalhado para terapeutas que é suportado por manuais de trabalho para os pais e para os jovens. São usados diferentes manuais de trabalho e uma estrutura ligeiramente diferente com crianças (7-12) e adolescentes (13-17). Também existem versões modificadas para crianças com autismo, crianças cronicamente vitimizadas, adolescentes com ansiedade e depressão comórbidas, crianças e adolescentes com sintomas médicos inexplicados e famílias que não podem comparecer nas clínicas para tratamentos cara-a-cara (baixa intensidade).

O tratamento com o programa Cool Kids tipicamente compreende 10 sessões ao longo de 12 semanas. Os pais são integrados e estão presentes em todas as sessões quando o tratamento é para crianças, mas têm um envolvimento reduzido quando este é dirigido a adolescentes. O programa pode ser dado quer num formato de grupo, quer individual. As sessões geralmente duram 60 minutos, quando dadas individualmente, e 120 minutos quando em grupo. Há componentes abordados separadamente com pais e com crianças. As sessões e componentes do Cool Kids estão apresentados na Tabela F.1.2.

A eficácia geral do Cool Kids é boa (Mychailyszyn, 2017). São geralmente incluídas quaisquer crianças com perturbação de ansiedade como diagnóstico principal (maior impacto), bem como crianças com POC; raramente se excluem crianças devido a comorbidades. Os dados indicam poucas diferenças entre resultados, para além dos usuais resultados mais pobres em jovens com perturbação de ansiedade social e nos com depressão comórbida (Hudson et al, 2015; Rapee et al, 2013). O programa pode ser executado por terapeutas com treino em psicologia clínica, com experiência a trabalhar com pessoas jovens, e com formação em terapias cognitivo-comportamentais; são realizados regularmente workshops de treino no centro e na internet, com sistema de creditação. O programa está disponível em várias línguas e é usado em todo o mundo.

Tabela F.1.2 Sessões e componentes do programa Cool Kids.

Sessão	Cobertura - Crianças	Cobertura - Pais
1	Psicoeducação	Psicoeducação e racional do tratamento
2	Reestruturação cognitiva	Reestruturação cognitiva para pais e crianças
3	Prática de reestruturação cognitiva	Prática de reestruturação cognitiva Gestão das competências da criança
4	Exposição in vivo e desenvolvimento de hierarquias	Exposição in vivo e desenvolvimento de hierarquias
5	Lidar com dificuldades na exposição	Lidar com dificuldades na exposição
6	Prática de exposição e de reestruturação cognitiva	Prática de exposição, reestruturação cognitiva e gestão da criança
7	Introdução de assertividade e de competências sociais	Estratégias para aumentar a assertividade e as competências sociais
8	Provocação e bullying	Provocação e bullying
9	Prática e revisão	Prática e revisão
10	Prática, revisão e prevenção da recaída	Prática, revisão e prevenção da recaída

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Dado o conhecimento crescente dos fatores de risco para o desenvolvimento da ansiedade infantil, existe um interesse aumentado na prevenção ou na intervenção muito precoce. O reconhecimento crescente das implicações da psicopatologia na saúde pública aumentou a percepção de que uma grande proporção de crianças com altos níveis de ansiedade, mas que não cumpre critérios para uma perturbação, podem mesmo assim estar a sofrer e apresentar limitações nas suas vidas. Como resultado, programas de prevenção e intervenção precoce estão agora a ser avaliados (Lyneham et al, 2014). Estes programas abrangem todos os níveis de prevenção: universal, seletiva e indicada.

Ensaio de grandes dimensões têm demonstrado a eficácia dos programas de gestão da ansiedade aplicados universalmente em subpopulações, frequentemente disponibilizados na escola. Estes programas tipicamente incluem competências similares às encontradas em programas clínicos, incluindo psicoeducação, relaxamento, reestruturação cognitiva e exposição in vivo; e muitas vezes incluem ainda competências adicionais como comunicação e resolução de problemas. São, portanto, programas abrangentes de saúde emocional com o objetivo de ensinar aos jovens formas de gerir emoções que provocam angústia. Os resultados têm indicado maioritariamente reduções da ansiedade, geralmente com tamanho de efeito pequeno (Werner-Seidler et al, 2017). Dado que são programas universais que não estão direcionados para grupos de alto risco, não são esperados efeitos grandes, apesar de que efeitos pequenos numa população inteira são significativos.

Os programas de ansiedade seletiva referem-se aos que se dirigem a crianças que reportam sintomas moderados a altos de ansiedade, mas que não cumprem necessariamente critérios para uma perturbação. Estes presumem que

Tabela F.1.3 Tratamento na prática de perturbações de ansiedade infantis

- *Tratamento de primeira linha*: tratamento de baixa intensidade – incluindo utilização de livros (biblioterapia), CDs ou programas na internet (e-therapy). Pode não ser recomendado em casos de necessidade urgente (p.e., recusa escolar crónica) ou de alto risco (p.e., ideação suicida), ou em casos de relações pais-criança especialmente pobres
- *Se relutância em tentar a baixa intensidade* – então a baixa intensidade não é recomendada – ou o paciente não melhora com o tratamento de baixa intensidade, sugerir TCC tradicional ou tratamento com base em competências, em qualquer um dos casos com um terapeuta qualificado; com a exceção dos pacientes que recusam tratamento com base em competências ou quando a TCC não está disponível
- *Se um paciente não melhorar* depois de um programa de tratamento realizado por um clínico competente e por tempo suficiente (12-20 semanas), se recusa de tratamento com base em competências ou TCC não disponível, considerar medicação
- Quando os pacientes são tratados com medicação – isolada ou em combinação com TCC (tratamento multimodal) – ter em conta que:
 - Nenhuma medicação está aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) americana para perturbações de ansiedade em pacientes abaixo dos 6 anos de idade (ver Tabela A.8.1). Em geral, evitar medicação em crianças mais novas (i.e., menos de 10 anos de idade).
 - Apesar de existir alguma evidência da efetividade de alguns ISRSs para várias perturbações de ansiedade (p.e., POC, fobia social, ansiedade generalizada) (ver Tabela A.8.1), estes apenas estão aprovados pela FDA nos EUA para o tratamento de POC (isto é, eles são utilizados “off label” para perturbações de ansiedade que não a POC). Isto pode não ser o caso em outros países.
 - Evitar uso de benzodiazepinas. Enquanto que as benzodiazepinas reduzem a ansiedade a curto-prazo, não existe evidência de que sejam eficazes no tratamento da perturbação. Estas têm mais efeitos secundários em pessoas jovens e potencial para dependência..
 - Monitorizar efeitos secundários, em particular a suicidabilidade.
 - Rever regularmente, no início semanalmente e mais tarde mensalmente.
 - Monitorizar a resposta utilizando uma escala de avaliação apropriada e mudar para outro ISRS se não existir melhoria ou, se ainda não foi tentada, adicionar TCC.



Clica [aqui](#) para ouvir o Professor Rapee falar sobre perturbações de ansiedade (06:08)

estas crianças estão em risco aumentado de desenvolver perturbações no futuro e que, como tal, ensinar-lhes competências de gestão da ansiedade será um método claro de prevenção. Ainda assim, mesmo que estas não venham a desenvolver uma perturbação de ansiedade, a angústia leve a moderada e a interferência na vida experienciadas por estas crianças fazem delas um alvo válido para treino de competências, sobretudo porque muito poucas irão procurar ajuda profissional. Tal como com programas universais, a maioria destas intervenções utiliza populações escolares. Existem variados métodos de seleção das crianças com elevados níveis de ansiedade, mas a maioria dos ensaios até agora utilizou uma combinação de questionários de autorresposta para alunos e professores. Mais uma vez, o conteúdo destes programas é muito similar (ou idêntico) ao dos programas clínicos. Os resultados indicaram maioritariamente reduções significativas na ansiedade depois da intervenção, geralmente com tamanhos de efeito pequenos a moderados (Werner-Seidler et al, 2017).

Por fim, alguns estudos começaram a investigar programas direcionados para a prevenção da ansiedade – i.e., programas dirigidos a crianças que cotam alto nos fatores de risco para ansiedade. As crianças visadas foram maioritariamente selecionadas com base em níveis altos de temperamento inibido, mas a ansiedade elevada nos pais também tem sido utilizada para identificar crianças pertinentes. No único estudo de longo prazo até à data, desenvolveu-se uma versão modificada do Cool Kids intitulada Cool Little Kids. O programa é dirigido a pais de crianças inibidas do pré-escolar e compreende 6 sessões de grupo. Os componentes são maioritariamente dirigidos à redução da superproteção parental e ao encorajamento da exposição in vivo das crianças. Aos 15 anos, as crianças cujos pais participaram no programa foram significativamente menos diagnosticadas com perturbações de ansiedade e do humor, quando comparadas com crianças cujos pais não receberam treino (Rapee, 2013). Aplicar o Cool Little Kids através da internet também mostrou efeitos promissores (Morgan et al, 2017).

CONCLUSÃO

Nas últimas duas décadas tem-se assistido a uma expansão tremenda no conhecimento sobre o desenvolvimento e a gestão de perturbações de ansiedade na infância. Muitas questões-chave continuam por avaliar e ainda há um longo caminho a percorrer, mas estamos neste momento num ponto em que se reconhece a ansiedade nas crianças e em que estas podem ser avaliadas minuciosamente. Existem agora tratamentos que resultam na maioria dos pacientes e começam a ser pensados programas para a prevenção do desenvolvimento de ansiedade. Estão agora a começar a crescer várias áreas promissoras de investigação que irão, esperamos, providenciar mais avanços nos próximos anos. Estes incluem:

- Melhor compreensão dos fatores de risco para a ansiedade através de investigação longitudinal
- Avaliação mais focada de interações gene-ambiente no desenvolvimento de ansiedade
- Maior conhecimento das interações com pares na ansiedade e a sua influência no seu desenvolvimento
- Melhores métodos de expansão de tratamentos, através da internet e de programas à distância (tele-saúde)
- Avaliação de avanços no tratamento, como o uso de agentes de consolidação

REFERÊNCIAS

- Allen JL, Rapee RM, Sandberg S (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36:1047-1056.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:333-342.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14:41-49.
- Beesdo-Baum K, Knappe S (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21:457-478.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14:746-754.
- Bittner A, Egger HL, Erkanli A et al (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48:1174-1183.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 61:85-93.
- Costello E, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60:837-844.

- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR et al (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67:145-150.
- de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N et al (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy* 44:1165-1175.
- Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 51:313-321.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45:538-549.
- Eley TC, Hudson JL, Creswell C et al (2012). Therapygenetics: The 5HTTLPR and response to psychological therapy. *Molecular Psychiatry* 17:236-237.
- Field AP (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review* 26:857-875.
- Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ et al (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology* 56:235-262.
- Fox NA, Nichols KE, Henderson HA et al (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science* 16:921-926.
- Gregory AM, Eley TC (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review* 10:199-212.
- Hudson JL, Rapee RM (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In RG Heimberg, CL Turk & DS Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and practice*. New York: Guilford Publications Inc; pp51-76.
- Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ et al (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy* 72: 30-37.
- Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S et al (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3): CD005170.
- James AC, James G, Cowdrey FA et al (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2), Art.No.: CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub4
- Juvonen J, Graham S (2014). Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. *Annual Review of Psychology* 65:159-185.
- Kagan J, Snidman N (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science* 2:40-44.
- Kendall PC, Chansky TE (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders* 5:167-185.
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72:276-287.
- Lester KJ, Roberts S, Keers R et al (2016). Non-replication of the association between 5HTTLPR and response to psychological therapy for child anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry* 208:182-188. doi:10.1192/bjp.bp.114.154997
- Lyneham HJ, Hudson JL, Rapee RM (2014). Prevention of anxiety disorders. In T. Ehring & P. M. Emmelkamp (Eds.), *International Handbook of Anxiety Disorders* Chichester, UK: John Wiley & Sons; pp 625-642.
- Manassis K, Lee TC, Bennett K et al (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82:1163-1172.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz, JR (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 27:155-172.
- Moree BN, Davis TE III (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders* 4:346-354.
- Morgan AJ, Rapee RM, Salim A et al (2017). Internet-delivered parenting program for early intervention of anxiety problems in young children: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 56:417-425.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.02.010>
- Muris P, Field A (2013). Information processing biases. In Essau, CA, Ollendick TH (Eds) *The Wiley-Blackwell Handbook of The Treatment of Childhood and Adolescent anxiety* Wiley-Blackwell; pp 141-156.
- Mychailyszyn MP (2017). "Cool" Youth: A systematic review and comprehensive meta-analytic synthesis of data from the Cool Kids family of intervention programs. *Canadian Psychology* 58:105-115.
- Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Tauchel AE et al (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity

- disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review* 28:1447-1471.
- Rapee RM (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review* 15:69-80.
- Rapee RM (2013). The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: Follow-up into middle adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54:780-788.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin (Eds), *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Vol 127:17-31.
- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 5:311-341.
- Rapee RM, Lyneham HJ, Hudson JL et al (2013). The effect of comorbidity on treatment of anxious children and adolescents: Results from a large, combined sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52:47-56.
- Reynolds S, Wilson C, Austin J et al (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 32:251-262.
- Rooksby M, Elouafkaoui P, Humphris G et al (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 29:83-92.
- Rosenbaum JE, Biederman J, Bolduc-Murphy BA et al (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry* 1:2-16.
- Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology* 60:141-171.
- Schniering CA, Lyneham HJ (2007). The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: Psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy* 45:1931-1940.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV* (child and parent versions). San Antonio: Texas: Psychological Corporation.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology* 20:162-168.
- Uthman OA, Abdulmalik J (2010). Comparative efficacy and acceptability of pharmacotherapeutic agents for anxiety disorders in children and adolescents: A mixed treatment comparison meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion* 26:53-59.
- Werner-Seidler A, Perry Y, Calear A L et al (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 51:30-47.

Apêndice F.1.1

(J M Rey)

APRENDIZAGEM AUTO-DIRIGIDA E EXERCÍCIOS DE AUTO-AVALIAÇÃO

F.1.1 Por favor, liste cinco (5) características do temperamento inibido.

F.1.2 Escreva um ensaio de uma página sobre o tópico “a ansiedade circula nas famílias”.

F.1.3 Discuta os prós e contras do envolvimento dos pais nos programas baseados em competências.

F.1.4 “Existia um sentimento de medo que durava semanas; sentia-me enjoada e doente com o aproximar da data; com tonturas e tremores quando pensava no que tinha de fazer, e com o aproximar do dia ficava suada, corada, extremamente desconcentrada e com a boca seca e a salivar demasiado e precisava de ir à casa-de-banho com demasiada frequência, o que era muito desagradável! Durante uma atuação eu perdia o controlo dos meus dedos e da minha boca, e isto afetava o som que eu tanto tinha trabalhado para conseguir, as notas saíam uma grande confusão e parecia que eu tinha perdido completamente o controlo das ações do meu corpo” (<https://www.adavic.org.au/PG-personal-stories-performance-anxiety-by-shelley.aspx>).

Estes sintomas são sugestivos de um destes diagnósticos?

- A. Perturbação de ansiedade generalizada
- B. Fobia social
- C. Perturbação de pânico

D. Perturbação obsessivo-compulsiva

E. Perturbação de ansiedade de separação

F.1.5 Sintomas físicos que tendem a ocorrer quando a separação é antecipada (p.e., vômitos, diarreia, dor de barriga) são mais comumente vistos em:

A. Perturbação de ansiedade generalizada

B. Fobia social

C. Perturbação de pânico

D. Perturbação obsessivo-compulsiva

E. Perturbação de ansiedade de separação

F.1.6 Comparando com outras crianças ansiosas, nas que têm especificamente fobia social é mais provável:

A. Procurar repetidamente tranquilização sobre os medos, junto dos pais

B. Preocupar-se demasiado com as finanças familiares

C. Preocupar-se que os outros pensem que eles são pouco atraentes, estúpidos, desagradáveis ou estranhos

D. Evitar transportes públicos, espaços fechados, cinemas, cabeleireiros ou trânsito intenso

E. Repetir comportamentos várias vezes

F.1.7 Apesar de ser difícil determinar quando é que uma perturbação de ansiedade se iniciou primariamente, estima-se que as fobias animais, um tipo

de fobia específica, comece em média por volta de que idade:

- A. 6-7 anos
- B. 8-9 anos
- C. 10-11 anos
- D. 12-13 anos
- E. 14-15 anos

F.1.8 O tratamento farmacológico (ISRSs) para as perturbações de ansiedade é tipicamente indicado:

- A. Como tratamento de primeira linha
- B. Quando um paciente não melhora com TCC
- C. Em crianças mais velhas
- D. Quando existe comorbilidade
- E. Nunca para perturbações de ansiedade

F.1.9 “Um dia um amigo na escola disse-me que um Buraco Negro estava a vir para a terra. Inicialmente, eu só encolhi os ombros, no entanto mais tarde, quando estava sozinho, pensamentos sobre isso começaram a assumir o controlo da minha mente. Apesar de a minha mãe ter debatido comigo todos os meus medos comigo, assegurando-me que era tudo mentira, não me impediu de temer o pior, até ao ponto em que o comecei a vê-lo no céu. Bom, pelo menos eu pensava que sim. Era uma nuvem com forma de Buraco Negro. Foi quando estava a fazer um simples corte de cabelo que me comecei a aperceber que alguma coisa não estava mesmo bem. A minha mãe estava a cortar a minha franja quando a minha visão ficou enevoada, comecei a sentir o coração a bater no meu peito e não conseguia

respirar. A minha audição estava a desvanecer e não conseguia pensar apropriadamente. A minha mãe levou-me para a cama e deu-me uma barra de muesli saudável. Ela pensava que os meus níveis de açúcar estavam baixos. Eles estavam perfeitamente bem, mas eu não estava.”
(<https://www.adavic.org.au/PG-personal-stories-the-tale-of-an-eleven-year-old-when-my-panic-attacks-became-reality.aspx>)

Estes sintomas são sugestivos de qual destes diagnósticos?

- A. Perturbação de ansiedade generalizada
- B. Fobia social
- C. Perturbação de pânico
- D. Perturbação obsessivo-compulsiva
- E. Perturbação de ansiedade de separação

RESPOSTAS

F.1.1 Resposta: ver página 10.

F.1.2 Resposta: ver página 9.

F.1.3 Resposta: ver página 14.

F.1.4 Resposta A. Ver Tabela F.1.1

F.1.5 Resposta E. Ver Tabela F.1.1

F.1.6 Resposta C. Ver Tabela F.1.1

F.1.7 Resposta A. Ver página 6

F.1.8 Resposta B. Ver Tabela F.1.3

F.1.9 Resposta C. Ver Tabela F.1.1