

TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFÂNTIL NA TERCEIRA INFÂNCIA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bruna Dreyer

Paola Andressa Kohn

Resumo

Neste artigo propomos especificar quais os principais causadores da ansiedade infantil e como a psicologia da saúde pode auxiliar no processo terapêutico destas crianças. O método de pesquisa ocorreu através do estudo das mais variadas referências bibliográficas. Tal estudo aponta situações estressantes decorrentes da infância como fator de grande influência para o diagnóstico de Ansiedade Infantil. Nesta perspectiva, faz-se necessário estar atento aos sintomas advindos das crianças no intuito de antecipar o tratamento e assim promover o bem estar destes indivíduos enquanto crianças.

Palavras-chave: Ansiedade Infantil, Crianças, Psicologia da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo faz uma revisão bibliográfica acerca dos principais agentes causadores da ansiedade infantil, no qual se delimitou como sendo a terceira infância o foco da pesquisa.

A terceira infância é marcada pelo início das atividades escolares e outras dinâmicas que são importantes para o desenvolvimento cognitivo da criança, além de ser um período em que o olhar desta está voltado às pessoas e aspectos que lhe cercam. Por ser um período onde darão início a novas socializações e ao mesmo tempo separar-se-ão de seus cuidadores, possivelmente poderão desenvolver algum transtorno de ansiedade.

Sabe-se que a terceira infância é uma fase de grandes mudanças físicas e psicológicas. Dentro desta perspectiva, é necessário compreender

alguns fatores que possam interferir no crescimento sadio das crianças. A relevância do presente estudo parte do sofrimento vivenciado pela criança a partir dos sintomas gerados pela ansiedade.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 TERCEIRA INFÂNCIA

Papalia e Olds (2000) definem a terceira infância compreendendo o período dos 6 aos 12 anos de idade. É um período em que ocorrem transformações físicas, mentais, sociais e emocionais. Na terceira infância, ocorrem mudanças importantes no campo dos relacionamentos e no conceito de self, bem como no desenvolvimento da autoestima. A criança se sensibilizada com problemas e atitudes dos outros. Papalia ainda complementa que Piaget na teoria cognitiva, intitula esta fase de "Operatório Concreto" e para ele ocorre entre os 7 e 11/12 anos de idade. Segundo Moreira de Souza e Wechsler (2014):

"Nesta fase a criança já não é mais tão egocêntrica, ou seja, não está mais tão centrada em si mesma e já consegue se colocar abstratamente no lugar do outro, dando-se um aumento da empatia com os sentimentos e as atitudes com os outros. É a partir deste estágio que o sujeito se torna capaz de reconstruir no plano da representação o que já havia construído no plano da ação."

Papalia e Olds (2000) ressaltam que nesta fase é importante e necessário que as crianças se alimentem bem. É uma fase onde a criança começa a interagir mais e fazer novas descobertas, visto que também é a fase inicial do período escolar. É importante estar atento se o processo de interação está ocorrendo normalmente ou se a criança está muito retraída, pois pode ser necessário ou não que tenham acompanhamento psicossocial durante esta fase. Com relação a interação familiar, a criança ainda é dependente de seus pais para determinadas tarefas, contudo, é uma fase no qual desenvolve sua autonomia. Na escola, a criança passa a socializar com colegas e professores, conhecendo seus próprios limites e de seus colegas e criando assim novos círculos de interação.

Os problemas emocionais e de comportamento entre crianças em idade escolar são transtornos comuns como, por exemplo: ansiedade, comportamento de representação e depressão escolar. O auto conceito e a noção de realidade são bem desenvolvidos neste período. A criança necessita de uma família afetuosa e muito bem estruturada. A psicoterapia pode ser uma das soluções para resolver as problemáticas citadas acima, principalmente a terapia comportamental. Os estresses hormonais da infância assumem muitas formas e podem afetar o desenvolvimento emocional. O meio externo em que vive a criança como desastres naturais e guerras podem lhes afetar, causando estresse, ansiedade ou depressão (PAPALIA e OLDS, 2000).

Steibel et al. (2011) com relação a teoria psicanalítica ressaltam que Freud define o período no qual compreende a terceira infância como período de latência. Este representa o intervalo no desenvolvimento da sexualidade infantil e ocorre geralmente entre os 6 e 12 anos.

2.2 ANSIEDADE INFANTIL

Papalia e Feldman (2013) afirmam que eventos estressantes fazem parte da infância e a maioria das crianças aprende a lidar com eles. Quando, porém, o estresse torna-se esmagador, pode gerar problemas psicológicos. Segundo Spelberger (1973 apud VIANNA et al, 2009, p. 49):

“Os primeiros relatos de casos clínicos de crianças com sintomas de ansiedade datam do início do século XX. Em 1909, Freud publicou o caso do pequeno Hans, um menino de cinco anos que apresentava um quadro de neurose fóbica. Uma intensificação no interesse pelo tema ansiedade infantil pôde ser observada a partir da década de 40. O aumento do número de crianças órfãs, resultado da Segunda Guerra Mundial, serviu como grande motivação para os pesquisadores da época, ainda pautados no modelo psicanalítico.”

Elkind (1981, 1986, 1997, 1998 apud Papalia e Feldman, 2013) entende que atualmente as crianças estão muito apressadas e que tal fator acaba por forçar a criança a crescer prematuramente, tornando assim a infância

uma fase estressante. Acrescenta ainda que tanto a pressão quanto a rotina cotidiana são prejudiciais à saúde psicológica das crianças.

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

Segundo Rosen & Schulkin (1998 apud BORGES et al., 2008) a ansiedade é uma característica normal das crianças e facilita a adaptação frente a novas e diferentes situações. O problema aparece quando essa ansiedade se intensifica podendo tornar-se crônica e disfuncional do ponto de vista do desenvolvimento sócio emocional (FONSECA 1998 apud BORGES et al., 2008).

Tendo em vista a quantidade de estresse a que as crianças são expostas, não causa surpresa que a ansiedade infantil tenha aumentado em grandes proporções (TWENGE, 2000 apud PAPALIA E FELDMAN, 2013, p. 379).

Chorpita e Barlow (1998 apud PAPALIA E FELDMAN, 2013) ressaltam que tanto a ansiedade como a depressão podem ser de base neurológica ou ter origem em vínculos inseguros de apego, contato com pai ou mãe ansiosos ou deprimidos, ou ainda outras experiências que façam a criança se sentir sem controle em relação ao que acontece em seu redor.

Segundo Klein (1929, p. 243) de acordo com a hipótese de Freud, haveria uma situação de perigo infantil que passa por uma transformação ao longo do desenvolvimento e que é a fonte da influência exercida por uma série de situações de ansiedade.

As crianças ansiosas normalmente apresentam medos exagerados e sintomas físicos como náuseas, suor, palidez, tremores, aumento do ritmo cardíaco (FONSECA, 1998 apud BORGES et al. 2008). De acordo com Asbahr (2004, p. 29):

“Em crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de

4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual TAG (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%). A prevalência de fobia social fica em torno de 1% e a do transtorno de pânico (TP) 0,6%.”

Segundo Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004, apud VIANNA et al., 2009) um estudo populacional indica que 4,6% das crianças brasileiras apresentam algum quadro de ansiedade. Já Asbahr (2004) afirma que a nível mundial, esse número pode chegar até 10%, fazendo com que a ansiedade seja uma das doenças psiquiátricas mais comuns em crianças, ficando atrás somente dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e de conduta. Estima-se ainda que 50% destas crianças experimentarão um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa.

De acordo com Skinner e Wellborn (1997 apud BORGES et al., 2008) as crianças relacionam o estresse com situações que representam ameaça ou que interfiram nas suas necessidades básicas. Os eventos citados por elas são quase sempre relacionados à escola, família e amigos. Estressores graves, como guerra ou abuso da criança podem ter efeitos de longo prazo sobre o bem-estar físico e psicológico (Papalia 2013). Para Castillo (2000, p. 20):

“A causa dos transtornos ansiosos infantis é muitas vezes desconhecida e provavelmente multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais diversos. Entre os indivíduos com esses transtornos, o peso relativo dos fatores causais pode variar.”

Wenger, Sharrer e Wynd (2000, apud Borges et al., 2008), ressaltam que essas crianças nem sempre estão preparadas para lidarem com certos eventos estressores, pois muitas ainda não desenvolveram adequadamente ferramentas e estratégias para isso.

Melanie Klein (1929, p. 244) aponta que a ansiedade da criança faz com que as coisas e as pessoas pareçam gigantescas – muito mais do que a verdadeira diferença de tamanho.

Com o passar do tempo as crianças utilizam-se do coping nas situações estressantes. Coping é um conjunto de estratégias utilizadas para lidar com as situações em que a criança avalia que não está pronta para

enfrentar, como situações de grande exigência e de conflitos (LAZARUS e FOLKMAN, 1984 apud BORGES et al., 2008).

“As estratégias de coping focadas no problema refletem esforços cognitivos e comportamentais com o intuito de lidar e resolver uma situação geradora de estresse, enquanto que as estratégias de coping focadas na emoção incluem esforços cognitivos e comportamentais para evitar pensar sobre a situação estressante ou com o objetivo de lidar com o desconforto emocional causado pelo estresse (MOOS, 1993 apud BORGES et al. 2008, p. 552).”

De uma maneira geral, os transtornos ansiosos na infância e na adolescência apresentam um curso crônico, embora flutuante ou episódico, se não tratados (CASTILLO et al. 2000).

2.3 AGENTES CAUSADORES DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE INFANTIL

2.3.1 Transtorno De Ansiedade Por Separação

A ansiedade de separação pode ocorrer em qualquer fase da infância ou adolescência, mas a maior frequência de casos encontra-se no início da terceira infância dos sete aos nove anos de idade (LAST & COLS, 1996 apud VIANNA et al. 2009). De acordo com Borges et al. (2008) isso pode ser devido à insegurança normal diante da possibilidade de ficar longe de familiares em situações novas. Castillo et al. (2000) afirma que o transtorno de ansiedade só é caracterizado quando a ansiedade é muito elevada em situações que a criança deveria estar adequada, ou seja, para crianças na terceira infância, permanecer por no mínimo quatro semana longe dos pais sem grandes sofrimentos. Muitas crianças com ansiedade de separação também apresentam sintomas de depressão (PAPALIA E FELDMAN, 2013).

A ansiedade de separação é comum em crianças que passaram por eventos com altos níveis de estresse, como perda de algum ente querido, mudança de bairro, divórcio dos pais. Há também o fator genético, já que, estima-se que a herdabilidade seja de 73% (DSM V, 2014).

Para Castillo et al. (2000) quando essas crianças estão sozinhas, temem que aconteça algo prejudicial que os afaste definitivamente dos pais, como doenças, acidentes, sequestros, até mesmo a morte. Como consequência

deste medo, agem com um comportamento de apego excessivo, evitando ao máximo o afastamento. “Quando separadas das figuras importantes de apego, as crianças com transtorno de ansiedade de separação podem exibir retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade de concentração no trabalho ou nos brinquedos” (DSM V, 2014).

Francis e Cols (1987, apud Vianna et al., 2009) retratam diferenças nos sintomas de acordo com a idade da criança. Na faixa etária de 5 a 8 anos é comum pensamentos trágicos, já entre os 9 e 12 anos o mais frequente são a falta de concentração e protestos ou acessos de raiva. Essas crianças podem ser consideradas exigentes e intrusivas, pois necessitam de atenção constante (DSM V, 2014).

Mesmo em casa, na presença dos pais, esse medo irracional continua sendo muito forte. De acordo com Castillo et al. (2000) estas crianças necessitam de companhia na hora de dormir, mesmo assim resistem ao sono e frequentemente têm pesadelos relacionados com o medo irracional de serem abandonadas, pois vivenciam estes momentos como ameaça de separação ou perda de controle. A recusa a frequentar a escola também é comum, a criança até motiva-se a ir à escola, mas com o tempo o sofrimento pelo medo da separação vai se intensificando e a criança pode recusar-se a sair de casa, o que, por sua vez, pode ocasionar dificuldades acadêmicas e isolamento social (DSM V, 2014).

A ansiedade de separação pode ser muito comum em famílias de renda baixa. Devido ao fator econômico, alguns pais saem para trabalhar ou vão à procura de trabalho enquanto seus filhos permanecem em casa a espera dos mesmos. Como salienta Vianna et al. (2009, p. 51):

“Alguns estudos relataram uma associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e transtorno de ansiedade de separação [...] sugerindo que 50 a 70% das crianças com ansiedade de separação encontram-se em famílias de baixa renda (Last & Cols., 1996; Vélez, Johnson & Cohen, 1989).”

2.3.2 Transtorno De Ansiedade Generalizada

As crianças com transtorno de ansiedade generalizada (TAG) manifestam preocupações e medos excessivos diante vários aspectos da vida (CASTILLO et al. 2000). Além do nível elevado de preocupação e medo, há também o continuamente destes sintomas, que acontecem sem uma interrupção Flannery-Shroeder (2004 apud VIANNA et al. 2009).

Kendall, Krain e Treadwell (1999, apud Vianna et al., 2009) denomina as crianças com TAG como "mini adultas" devido a sua aderência à regras, consciência do perigo e preocupações em excesso. Também tendem a ser crianças autoritárias e ter dificuldades de relaxar (CASTILLO et al. 2000).

As características do transtorno influenciam negativamente no diagnóstico de TAG. Os pais ou cuidadores tendem a supervalorizar certas características nas crianças, como perfeccionismo, pontualidade, preocupação com a saúde, segurança, situação financeira familiar e futuro, pois as consideram como sinais de responsabilidade e muitas vezes, deixam de procurar ajuda dificultando o diagnóstico precoce (VIANNA et al. 2009).

2.3.3 Transtorno De Ansiedade Por Fobias Específicas

Castillo (2000) define que as fobias específicas são diferentes dos medos normais que ocorrem na infância por causarem uma reação excessiva que foge do controle do indivíduo, levando-o a reações de fuga, podendo comprometer o funcionamento da criança. Castillo et al. (2000, p. 22) complementam que:

"Diante do estímulo fóbico, a criança procura correr para perto de um dos pais ou de alguém que a faça se sentir protegida e pode apresentar reações de choro, desespero, imobilidade, agitação psicomotora ou até mesmo um ataque de pânico."

Entre os medos mais comuns existentes na infância, podemos citar medos de animais de pequeno porte, escuro e ruídos intensos, entre outros. (CASTILLO, 2000). Esses medos são comuns em crianças e geralmente passam ou diminuem com o passar do tempo sem grandes prejuízos às crianças, quando o nível de ansiedade e prejuízo relacionados ao medo é alto e/ou persiste por uma grande duração de tempo, é preciso avaliar a possibilidade de transtorno de fobia específica (DSM V, 2014). A grande

maioria dos casos de fobia específicas em crianças se desenvolve entre os 7 e 11 anos. O transtorno pode aparecer após eventos traumáticos vivenciados ou observados por elas, como o ataque de um animal (DSM V, 2014).

2.3.4 Ansiedade Por Transtorno De Estresse Pós-Traumático (Tept)

O diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós Traumático é feito quando, em consequência à exposição a um acontecimento que ameace a integridade ou a vida da criança (CASTILLO et al. 2000, p. 22). De acordo com Terr (1991 apud BORGES et al., 2010, p. 87):

“Algumas características comuns à maioria dos casos de traumas infantis envolvem a presença de memórias visualizadas ou repetidamente percebidas, comportamentos repetitivos, medos específicos relacionados ao trauma e mudanças de atitudes quanto às pessoas, à vida e ao futuro.”

Por possuírem características de desenvolvimento diferente dos adultos, as crianças têm respostas tanto emocionais quanto comportamentais diferentes dos adultos, sendo assim, tal fator tem grande influência sobre a caracterização do quadro clínico do transtorno de estresse pós-traumático neste período do desenvolvimento infantil (BORGES et al., 2010).

Para tanto, são observadas algumas alterações no seu comportamento como aumento da agitação emocional, hipervigilância e pensamentos obsessivos em relação ao trauma. De acordo com Borges et al. (2010, p. 89):

“[...] Os estudos sobre a prevalência dos sintomas ou do diagnóstico de TEPT são oriundos de amostras com vítimas expostas a diferentes tipos de eventos traumáticos, incluindo guerra, acidentes de carro, desastres naturais e maus-tratos (abuso físico e abuso sexual).”

Borges et al. (2010) afirmam que a partir de esforços para antecipar o atendimento psicológico, afim de diminuir os efeitos oriundos dos traumas, é possível considerar adaptação emocional da criança.

2.4 PSICOLOGIA DA SAÚDE

De acordo com Straub (2014) a psicologia da saúde surge em 1973 com uma nova perspectiva relacionada ao tema saúde-doença. Dentro disso, buscou-se enquadrar a psicologia ao campo de medicina comportamental, criando assim uma divisão que tem por objetivo estudar de forma científica as causas e origens de determinadas doenças, promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e promoção de políticas de saúde pública e aprimoramento do sistema de saúde pública.

Acreditando que somente um fator não é responsável pela saúde e doença das pessoas, a psicologia da saúde adota a perspectiva biopsicossocial. Esta reconhece que forças biológicas, psicológicas e socioculturais agem em conjunto para determinar a saúde e a vulnerabilidade do indivíduo à doença. Desta forma, saúde e doença são resultados de múltiplos fatores. Straub (2014).

“A mensagem central da psicologia da saúde, obviamente, é que a saúde e a doença estão sujeitas a influências psicológicas. Intervenções psicológicas ajudam os pacientes a administrar a tensão, diminuindo assim, as reações negativas ao tratamento. (STRAUB, 2014, p. 15)”.

Segundo Straub (2014) as intervenções psicológicas também auxiliam os pacientes a controlar o estresse diário, que pode gerar um efeito negativo ao sistema imune, podendo agravar outros sintomas. Os psicólogos da saúde ensinam aos pacientes algumas formas efetivas de lidar com determinadas tensões, podendo auxiliar o sistema imune no combate de doenças.

Na clínica, os psicólogos da saúde utilizam inúmeras técnicas terapêuticas, de avaliação diagnóstica e educacional para a promoção da saúde da população usuária. As abordagens de avaliação envolvem terapias de relaxamento, biofeedback e terapia cognitiva. A terapia cognitiva baseia-se na premissa de que nossa maneira de pensar a respeito de algum fator, em vez de o fator em si, determina nossa forma de agir em relação a isso (STRAUB 2014). A exemplo da Ansiedade Infantil é a forma como a criança pensa sobre determinada situação que gera sua ansiedade, neste viés, se o pensamento sobre isso pode ser mudado, a ansiedade pode ser reduzida. Tal terapia tem sido muito eficaz no

tratamento da ansiedade infantil, como ressaltam Papalia e Feldman (2013, p. 378):

“A terapia cognitivo-comportamental que procura mudar pensamentos negativos por meio de exposições gradual, modelagem, recompensas ou “conversas” da pessoa consigo mesma, tem-se mostrado o tratamento mais eficaz para transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes (HARVARD MEDICAL SCHOOL, 2004).”

Para Rudnicki e Sanchez (2014, p. 30) a terapia cognitiva utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e na compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana. Para a avaliação, o planejamento e o processo terapêutico de tais transtornos, é importante obter um histórico do início dos sintomas e de como foram se desenvolvendo, bem como o desenvolvimento da criança (Castillo et al., 2000).

3 CONCLUSÃO

A ansiedade infantil é muito frequente na terceira infância, tendo causas variadas como separação dos pais, traumas múltiplos, mudança de escola, aumento do convívio social. Também apresenta vários sintomas que se diferenciam conforme o tipo de transtorno. Os transtornos variam entre ansiedade de separação, ansiedade generalizada, fobia específica entre outros.

Por apresentar estas causas e sintomas variados, é difícil ter noção do real impacto que o transtorno psicológico da ansiedade causa na vida destas crianças e de seus pais. Porém em todo referencial teórico ficou claro que, mesmo que em diferentes níveis e formas, estes pais acabam sofrendo pela convivência com a criança ansiosa, principalmente em decorrência da dependência que a ansiedade pode gerar e da imensa preocupação que a criança pode apresentar.

Portanto faz-se necessário um acompanhamento mais atento dos pais para com essas crianças. Podendo também ser necessário o

acompanhamento de um profissional de saúde, psicólogo, para que possam ser realizadas estratégias minimizando os prejuízos sofridos e evitando maiores complicações futuras em decorrência da ansiedade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-V: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 189-224.

ASBAHR, Fernando R. . Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos . *Jornal de pediatria*, São Paulo, v. 80, n. 2, p. S28-S34, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n2s0/v80n2Sa05.pdf> >. Acesso em: 31 ago. 2016

BORGES, Ana Inês et al. Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 26, n. 04, p. 551-561, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000400002>. Acesso em: 31 ago. 2016.

BORGES, Jeane Lessinger et al . TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA, DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO. *Aval. psicol.*, Porto Alegre , v. 9, n. 1, p. 87-98, abr. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 set. 2016.

CASTILLO, Ana Regina GL et al. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

KLEIN, Melanie (1929) Situações de Ansiedade Infantil Refletidas em um obra de arte e no Impulso Criativo. In: *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* p. 241-248, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

MOREIRA DE SOUZA, Natália; MUGLIA WECHSLER, Amanda . Reflexões sobre a teoria piagetiana: o estágio operatório concreto . *Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade*, Bebedouro, p. 134-150, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cadernodeeducacao/sumario/31/04042014074217.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

OLDS, Sally Wendkos. PAPALIA, Diane; Desenvolvimento Humano. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin. Desenvolvimento Humano. Tradução Daniel Bueno. 12. ed. Porto Alegre: AMGH editora. 2013. 800 p. Tradução de: Experience Human development. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=l6Y5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=desenvolvimento+infantil+papalia&ots=7AoLedPSrX&sig=V1A1yCBMXlgOi3-ojwzwT_WKV14#v=onepage&q=desenvolvimento%20infantil%20papalia&f=false>. Acesso em: 02 set. 2016.

RUDNICKI, Tânia; SANCHEZ, Marisa Marantes.; Psicologia da saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral, Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. 384 p.

STEIBEL, Denise et al . A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia. Aletheia, Canoas , n. 35-36, p. 51-68, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2016

STRAUB, Richard. O. Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 528p.

VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza et al. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão . Revista Brasileira De Terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 46-61, mar. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v5n1/v5n1a05.pdf> >. Acesso em: 31 ago. 2016.

Sobre o(s) autor(es)

Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção de nota do componente curricular Psicologia da Saúde da Universidade do Oeste de Santa Catarina

Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia, Área das Ciências da Vida, da Universidade do Oeste de Santa Catarina, bru.psicologia@hotmail.com

Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia, Área das Ciências da Vida, da Universidade do Oeste de Santa Catarina, paola.kohn@hotmail.com