

## Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão

### Anxiety disorders in childhood and adolescence: a review

**Renata Ribeiro Alves Barboza Vianna<sup>I</sup>; Angela Alfano Campos<sup>II</sup>; Jesus Landeira-Fernandez<sup>III</sup>**

<sup>I</sup> Mestre em Psicologia, Laboratório de Análise de Dados – LAND, Departamento de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica-RJ

<sup>II</sup> Doutora em Psicologia, Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência- Rio de Janeiro

<sup>III</sup> Doutor em Psicologia, Laboratório de Análise de Dados – LAND, departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá

[Endereço para correspondência](#)

#### RESUMO

Os transtornos de ansiedade (TAs) na infância e adolescência são reconhecidos como entidades patológicas de prevalência relevante em estudos epidemiológicos recentes. Os TAs podem causar manifestações clínicas capazes de gerar importantes prejuízos no funcionamento normal do indivíduo. Quando presentes na infância ou na adolescência, há incremento na possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida. A revisão da literatura contemplou, na infância e adolescência, o estudo do transtorno de ansiedade de separação, do transtorno de ansiedade generalizada e do transtorno de ansiedade social – em perspectiva: histórica; critérios diagnósticos; expressão clínica; desdobramentos de epidemiologia; comorbidades; e de prognóstico. A partir de pesquisa em banco de dados no MEDLINE e no SciELO, foram selecionados artigos publicados em inglês e português, entre 1973 e 2008. Para tal fim, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: "pediatric anxiety disorders", "anxiety in childhood" e "anxiety in adolescence". A compreensão contextualizada historicamente de reconhecimento destes transtornos,

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2009, Volume 5, Número 1

sustentado em critérios diagnósticos em constante revisão, aponta para a possibilidade de um contínuo de sintomatologia ansiosa da infância e adolescência para idade adulta. O reconhecimento correto e o adequado cuidado na atenção e no tratamento são, atualmente, direções fundamentais para os profissionais das áreas de saúde e educação.

**Palavras-chave:** Transtornos de ansiedade, Infância, Adolescência.

## **ABSTRACT**

Anxiety disorders in youth are recognized as pathological entities with relevant prevalence in recent epidemiological studies. Anxiety disorders can cause clinical manifestations that result in several problems to the individual's quality of life. When present since youth, they increase the possibility of progressive severity during life time. This study presents a review on separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder in childhood and adolescence – focusing on the following aspects: history, diagnostic criteria, clinical expression, epidemiology, comorbidities and prognosis. We searched MEDLINE and SciELO papers published in English and Portuguese from 1973 to 2008. The following keywords were used: pediatric anxiety disorders, anxiety in childhood, and anxiety in adolescence. An updated and historically contextualized comprehension of these disorders points out to the possibility of a continuum of anxiety symptoms in childhood and adolescence to adulthood. The correct recognition and proper care and treatment, are fundamental directions for health professionals.

**Keywords:** Anxiety disorders, Childhood, Adolescence.

## **Introdução**

Os Transtornos de Ansiedade (TAs) são reconhecidos como alguns dos transtornos mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes, encontrando-se atrás apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta (Asbahr, 2004). Estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os TAs em infanto-juvenis têm prevalência estimada de 8 a 12% (Costello, 1989; Spence, 1998). No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Na Inglaterra, Ford, Goodman e Meltzer (2003) observaram índices de morbidade similares aos encontrados na pesquisa brasileira e indicaram prevalência de 3,4% em crianças e 5,04% em adolescentes.

Os TAs podem causar manifestações clínicas capazes de gerar importantes prejuízos no funcionamento normal do indivíduo (Last, Perrin, Hersen & Kazdin, 1996). A ansiedade patológica leva o paciente ao desenvolvimento de estratégias compensatórias para evitar o contato com aquilo que lhe causa temor. Além do conseqüente prejuízo funcional imediato, implicações de médio e longo prazo possíveis são a diminuição de autoestima e o desinteresse pela vida (APA, 2000). Quando o transtorno é presente na infância ou na

adolescência e não há tratamento adequado, há incremento na possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida (Walkup & cols., 2008).

O objetivo deste estudo é apresentar, com escopo na infância e na adolescência, uma revisão da literatura sobre o transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e o transtorno de ansiedade social (TAS); contextualizando historicamente; estudando as definições diagnósticas, segundo os critérios classificatórios atuais; abordando as expressões clínicas particulares; explorando os desdobramentos de epidemiologia, das comorbidades e de prognóstico.

Foram eleitos para essa revisão os três transtornos supracitados pelo fato de apresentarem particularidades históricas evolutivas em sua compreensão e classificação; os índices mais expressivos de prevalência entre os transtornos ansiosos infanto-juvenis (Chavira & Stein, 2005; Suveg, Aschenbrand & Kendall, 2005; Prior, Sanson, Smart & Oberklaid, 1999); e implicarem, quando não reconhecidos e tratados corretamente, em prejuízos significativos para a saúde mental do paciente (Spence, Rapee, Mc Donald & Ingram, 2001; Walkup & cols., 2008).

O presente estudo apresenta uma revisão livre, não sistemática, realizada a partir de uma descrição dos estudos encontrados em uma pesquisa no banco de dados do MEDLINE e do SciELO. Os estudos selecionados foram publicados em inglês ou em português, entre 1973 e 2008. Para tal, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: "*pediatric anxiety disorders*", "*anxiety in childhood*" e "*anxiety in adolescence*". Todos os artigos encontrados na busca que apresentavam dados relevantes acerca do Transtorno de Ansiedade de Separação, do Transtorno de Ansiedade Generalizada e do Transtorno de Ansiedade Social foram incluídos nesta revisão.

Em função da maioria das publicações sobre os transtornos de ansiedade pediátricos ter como referência o DSM (Suveg & cols., 2005; Alpert, Maddocks, Rosenbaum & Fava, 1994; Manfro & cols., 2002; Vasa & Pine, 2004; Bernstein & cols., 1996; Last & cols., 1996), neste trabalho optou-se por acompanhar esta tendência.

## **Breve histórico sobre ansiedade infantil**

A primeira descrição de ansiedade como uma disfunção da atividade mental data do início do século XIX. Augustin-Jacob Landré-Beuvais (1772-1840), em 1813, descreveu a ansiedade como uma síndrome composta por aspectos emocionais e por reações fisiológicas. Em 1844, Jean Baptiste Félix Descurate (1795-1872) relacionou ansiedade com as enfermidades em seu livro *A medicina das paixões*. Em 1850, foi descrito pela primeira vez, por Otto Domrich, o que se denomina hoje transtorno de pânico. Em 1871, Jacob Mendez da Costa (1833-1900) relatou novos casos de pânico, atribuindo-lhe o nome de "síndrome do coração irritável". Já em 1880, Karl Westphal (1833-1890) descreveu os sintomas presentes em fobias específicas e no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Entretanto, foi através dos trabalhos clínicos desenvolvidos por Sigmund Freud (1836-1939) que os transtornos de ansiedade começaram a ser classificados de forma mais sistemática. Freud descreveu de maneira objetiva quadros clínicos que causavam disfunções relacionadas com a ansiedade, denominando-os crise aguda de angústia, neurose de

angústia e expectativa ansiosa – atualmente, estes quadros recebem os nomes de ataque de pânico, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente. Todavia, em função do sistema de classificação psicanalítico ser baseado em pressupostos teóricos que não se sustentam por dados empíricos, tornou-se necessário o desenvolvimento de novos modelos de classificação pautados no método científico (Landeira-Fernandez & Cruz, 2007).

Emil Kraepelin (1856-1926) deu início à criação de um sistema de classificação dos transtornos mentais análogo ao já existente para “doenças físicas”, pautado na diferenciação das enfermidades a partir de suas etiologias, sintomatologias, evoluções e prognósticos. Em 1948, a Classificação Internacional de Doenças, em sua sexta edição (CID-6), publicada pela Organização Mundial de Saúde, dedicou uma seção específica aos transtornos mentais. Por julgar insatisfatória a descrição presente na CID 6, a Associação Americana de Psiquiatria publicou, em 1952, de forma independente, o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM) (Landeira-Fernandez & Cruz, 2007).

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 (Spelberger, 1973).

Por um longo período, as categorias nosológicas relacionadas à ansiedade, descritas conceitualmente na Classificação Internacional das Doenças (CID) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM), estavam circunscritas à idade adulta. A noção difundida até então era a de que os medos e as preocupações durante a infância eram de curso transitório (Last & cols., 1996). Em 1975, a CID-9 incluiu a descrição de uma categoria mais ampla, nomeada de Distúrbios das Emoções, com início específico na infância, que incluía dois distúrbios ansiosos – o distúrbio de ansiedade excessiva e o distúrbio da sensibilidade, timidez e retração social. Em 1980, o DSM-III, seguindo a mesma tendência, apresentou uma nova seção destinada aos transtornos mentais diagnosticáveis pela primeira vez na infância. Nesta seção, apresentou três psicopatologias relacionadas à ansiedade: o transtorno de ansiedade de separação, o transtorno de ansiedade excessiva e o transtorno evitativo (Bernstein, Borchardt & Perwien, 1996).

Ao longo dos anos, algumas mudanças puderam ser observadas, tanto em relação aos critérios diagnósticos quanto no que se refere às nomenclaturas na CID e no DSM. Com relação à CID-10 (OMS, 1993), observa-se atualmente a descrição de três quadros ansiosos específicos para a infância: transtorno de ansiedade de separação na infância, transtorno de ansiedade fóbica na infância e transtorno de ansiedade social na infância.

Os critérios diagnósticos do transtorno fóbico e da ansiedade social na infância são os mesmos descritos na seção destinada aos transtornos fóbico-ansiosos para adultos. A manutenção de nomenclaturas distintas se deve ao entendimento de que os quadros diagnosticados em crianças e adolescentes muitas vezes não são graves e podem não persistir na vida adulta. No entanto, não é descartada a possibilidade de evolução do quadro, que quando presente deve ser classificado como transtorno fóbico-ansioso (OMS, 1993).

Modificações relevantes, no entanto, somente tornaram-se presentes na versão mais recente do DSM. Os TAs diagnosticáveis pela primeira vez na infância foram incorporados à categoria dos transtornos ansiosos. Neste caso, os critérios diagnósticos são praticamente os mesmos encontrados em adultos.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), são classificados como transtornos de ansiedade: o ataque de pânico; o transtorno de pânico com ou sem agorafobia; as fobias específicas e fobia social; o transtorno obsessivo-compulsivo; o transtorno de ansiedade generalizada; o transtorno de estresse pós-traumático; o transtorno de estresse agudo; o TA devido a uma condição médica, induzido por alguma substância ou sem outra especificação. Tanto a criança quanto o adolescente podem receber qualquer um destes diagnósticos (Spence & cols., 2001). O Transtorno de Ansiedade de Separação é o único definido como exclusivo da infância e adolescência (APA, 2000).

## **Transtorno de Ansiedade de Separação**

O transtorno de ansiedade de separação caracteriza-se pela experimentação de ansiedade excessiva em função do afastamento de casa ou de figuras de vinculação. A reação emocional exagerada diante do afastamento dos pais também pode fazer parte do funcionamento normal de crianças muito pequenas. Este comportamento pode ser frequentemente observado em crianças até a idade pré-escolar, devido à insegurança gerada pela ausência dos cuidadores. A ansiedade de separação se configura como um transtorno quando se torna inadequada para o grau de desenvolvimento ou quando interfere no funcionamento da vida diária do indivíduo (Suveg & cols., 2005).

De acordo com a DSM-IV-TR (APA, 2000) cinco critérios diagnósticos devem ser preenchidos para que o transtorno seja caracterizado. O primeiro critério diagnóstico é a presença de, pelo menos, três sintomas relacionados com reações emocionais inadequadas ao grau de desenvolvimento da criança ou do adolescente, com relação ao afastamento de casa ou dos pais. Dentre os sintomas possíveis, estão: sofrimento excessivo e recorrente frente à ocorrência ou previsão de afastamento; preocupação persistente e excessiva acerca de perigos envolvendo os pais ou a si próprio; recusa ou relutância a ir para a escola, ou para outros lugares, desacompanhado; temor excessivo de ficar sozinho em casa; dificuldades para adormecer sem uma figura de vinculação ou para dormir fora de casa; pesadelos frequentes envolvendo o tema separação e queixas somáticas persistentes.

Além destes sintomas, os prejuízos funcionais nas áreas social, acadêmica, entre outras, devem ser clinicamente significativos (Suveg & cols., 2005) e os sintomas devem estar presentes por pelo menos quatro semanas (APA, 2000). Além disso, o início do quadro clínico deve se dar antes dos 18 anos e não deve ocorrer durante o curso de outros transtornos, tais como o transtorno global do desenvolvimento ou a esquizofrenia (APA, 2000).

Crianças e adolescentes que apresentam este quadro têm um medo irreal de que algo prejudicial aconteça com eles ou com seus pais, quando se afastam, de modo que não seja possível o reencontro (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004). As preocupações mais frequentes com relação aos pais são ferimentos graves ou morte. A própria criança ou

adolescente pode temer ser sequestrado ou se perder de seus pais. Estas preocupações podem ocorrer tanto em estado de vigília como durante o sono (Suveg & cols., 2005).

Frequentemente, observa-se a intensificação destes sintomas sob a forma de perseguição aos pais dentro de casa, dificuldades para dormir ou ficar em casa sozinho e recusa para ir à escola ou para sair desacompanhado, nos momentos que antecedem a saída dos pais para o trabalho ou o horário da escola (Francis, Last & Strauss, 1987). Quando os pais saem de casa, frequentemente essas crianças ou adolescentes sentem a necessidade de saber onde eles estão ou de permanecer em contato, sendo muito comum o uso do telefone para este fim.

Algumas crianças ou adolescentes se queixam de saudade extrema quando estão longe de casa, podendo experimentar sintomas somáticos em função do desconforto (APA, 2000). Dentre os sintomas somáticos mais usuais estão: dor de cabeça, de estômago e náuseas. Estes sintomas são comuns tanto no momento da separação quanto na antecipação do afastamento (Francis & cols., 1987).

Embora o transtorno de ansiedade de separação possa ocorrer em qualquer idade antes dos 18 anos, existe uma maior frequência deste transtorno na faixa etária que vai dos sete aos nove anos de idade (Last & cols., 1996). Francis e cols. (1987) encontraram diferenças na expressão dos sintomas de acordo a faixa etária. Preocupação e pensamentos trágicos sobre os pais parecem estar associados a crianças com idades entre 5 e 8 anos. Protestos ou acessos de raiva, falta de concentração e apatia são mais frequentes em crianças maiores (entre 9 e 12 anos). Queixas somáticas e recusa escolar são comuns em adolescentes. Parece não existir distinção na expressão destes sintomas entre meninos e meninas.

O curso do transtorno costuma oscilar entre momentos de ansiedade em menor grau e crônicos, com períodos de exacerbação em grau agudo. Comumente, estes momentos de pico são acompanhados por alterações importantes na vida da criança ou do adolescente, tais como mudança de escola ou doença na família (Suveg & cols., 2005).

Dados coletados em amostras comunitárias mostram que o transtorno de ansiedade de separação é um dos quadros clínicos mais frequentes dentre os transtornos de ansiedade (Costello, 1989; Prior & cols, 1999; Beidel & cols., 1999), com a prevalência variando entre 3 a 5 % em crianças (Beidel & cols., 1999) e 2 a 4% em adolescentes (Prior & cols., 1999). Não há um consenso a respeito da prevalência entre gêneros. Muito embora um número significativo de estudos tenha encontrado uma maior frequência no sexo feminino (Costello, 1989; Last & cols., 1996), outras pesquisas não apontaram para esta diferença (Bernstein & cols., 1996; Francis & cols., 1987).

Alguns estudos relataram uma associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e transtorno de ansiedade de separação (Francis & cols., 1987; Last & cols., 1996), 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).

A frequência encontrada em dois estudos envolvendo amostras clínicas foi significativamente maior do que em amostras comunitárias. No primeiro estudo, 33% das crianças atendidas em uma clínica especializada em ansiedade infantil preenchem critérios diagnósticos para ansiedade de separação (Last & cols., 1996). Na segunda pesquisa, 50% da amostra clínica apresentavam sintomas de ansiedade de separação sem que estes

causassem grande comprometimento no funcionamento das crianças (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004).

As comorbidades mais frequentemente associadas ao transtorno de ansiedade de separação são outros transtornos de ansiedade, em especial o TAG e a fobia específica. Uma série de estudos com amostras clínicas estimam que 50% dos casos de ansiedade de separação venham acompanhados de outros distúrbios de ansiedade, e outros 33% tenham comorbidade com depressão (Last & cols., 1996; Suveg & cols., 2005). Outros quadros clínicos comórbidos citados, porém menos comuns, são: o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e transtorno de identidade sexual (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004).

Um número reduzido de estudos prospectivos foi conduzido com amostras clínicas de crianças, portanto pouco pode-se afirmar sobre o prognóstico do transtorno de ansiedade de separação (Silverman & Dick-Niederhauser, 2004). Dentre os estudos, destaca-se o de Cantwell e Baker (1989) que acompanharam 151 crianças, em atendimento ambulatorial, numa clínica de linguagem e fala, por um período de quatro anos. Ao final de quatro anos, eles observaram em maior grau a remissão dos sintomas e menor estabilidade nos casos de ansiedade de separação em comparação com o transtorno evitativo e transtorno de ansiedade excessiva. Apenas 11% das crianças ainda preenchem critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade de separação, enquanto 44% tinham outros diagnósticos.

Last e cols. (1996), em estudo similar, acompanharam 102 crianças atendidas em uma clínica especializada em transtornos de ansiedade por um período de quatro anos e encontraram resultados semelhantes quanto à alta taxa de remissão de sintomas e a baixa estabilidade do diagnóstico. Ao final de quatro anos, 96% das crianças que foram inicialmente diagnosticadas com transtorno de ansiedade de separação não apresentavam mais sintomas do transtorno. No entanto, 25% desta amostra tinham desenvolvido um novo distúrbio mental.

## **Transtorno de Ansiedade Generalizada**

O TAG caracteriza-se pela presença de preocupações excessivas e incontroláveis sobre diferentes aspectos da vida. Apesar de preocupações serem uma manifestação de ansiedade bastante comum e fazerem parte da experiência humana, pacientes diagnosticados com TAG referem haver uma intensificação e prolongamento deste estado ansioso, sem que haja a interrupção deste processo (Flannery-Shroeder, 2004).

Os critérios diagnósticos apontados na DSM-IV-TR (APA, 2000) incluem: ansiedade e preocupação excessiva e de difícil controle com diversos eventos, na maioria dos dias e com duração mínima de seis meses, causando prejuízos no funcionamento da vida diária. O quadro deve ser acompanhado ainda de pelo menos três de seis sintomas físicos tais como: inquietação; fadigabilidade; dificuldade de concentração; irritabilidade; tensão muscular ou perturbações do sono. Finalmente, o distúrbio não deve ser oriundo de ingestão de drogas ou de abuso, de uma condição médica geral ou ocorrer exclusivamente durante o curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento.

O diagnóstico em crianças e adolescentes difere dos adultos no que diz respeito aos sintomas físicos. Há a necessidade da presença de apenas um sintoma somático para que o

diagnóstico seja confirmado em infante-juvenis (APA, 2000). Embora dores de cabeça ou de estômago, assim como tensão muscular sejam queixas comuns em crianças e adolescentes com TAG (Flannery-Schroeder, 2004), Tracey, Chorpita, Douban e Barlow (1997) e Kendall e Warman (1996) encontraram que fadigabilidade é a queixa mais frequente.

Kendall, Krain e Treadwell (1999) definem crianças e adolescentes com TAG como "mini adultos" em função da preocupação em excesso com compromissos, da rígida aderência a regras, ou por suas perguntas referentes aos perigos inerentes às situações. Afirmam ainda que estas preocupações dificultam o diagnóstico precoce do transtorno, porque adultos tendem a valorizar este tipo de preocupação, confundindo assim a presença dos sintomas com senso de responsabilidade. Crianças e adolescentes com TAG podem ter preocupações consigo ou com os outros sobre diferentes domínios, como por exemplo: perfeccionismo; pontualidade; saúde e segurança; eventos catastróficos mundiais (tais como: guerras ou desastres naturais); situação financeira familiar e futuro (Layne, Bernart, Victos & Bernstein, 2008). Weems, Silverman e La Greca (2000) encontraram entre os principais domínios de preocupação temas como: testes, furacões, agressão física, futuro, escola e problemas com crianças da mesma idade. Pina, Silverman, Alfano e Saavedra (2002), avaliando uma amostra clínica de 111 crianças e adolescentes com idades entre seis e 17 anos, identificaram a preocupação com a própria saúde como o fator preditivo mais confiável para o TAG.

Bögels e Zigterman (2000) encontraram que crianças e adolescentes com TAG frequentemente subestimam a própria capacidade de lidar com as situações cotidianas, em especial as que envolvem a avaliação de terceiros. Por apresentar uma autocrítica exagerada, são perfeccionistas, capazes de cometerem distorções cognitivas que tornam um pequeno erro um fracasso enorme. Como consequência das ideias perfeccionistas, estas crianças tendem a faltar seus compromissos com maior frequência ou mesmo a abandonar suas atividades diárias (Flannery-Schroeder, 2004).

Outras características apontadas foram: necessidade constante de reasseguramento e excesso de autoconsciência e preocupação com comportamento no passado (Bell-Dolan, Last & Strauss, 1990; Kendall & cols., 1999; Flannery-Schroeder, 2004). Rigidez com relação ao cumprimento de regras ou evitação de situações nas quais poderia haver a exposição ao julgamento dos outros são as principais consequências destes comportamentos (Bögels & Zigterman, 2000; Kendall & cols., 1999; Layne & cols., 2008). Finalmente, crianças e adolescentes com TAG têm uma tendência a superestimar o perigo, prevendo situações catastróficas (Kendall & cols., 1999).

A incidência de TAG em crianças de até 12 anos é significativamente menor do que em crianças a partir desta idade. Além disso, o número de sintomas apresentados aumenta com a idade (Tracey & cols., 1997). Vale ressaltar que estes estudos foram realizados em amostras clínicas e podem não reproduzir fielmente a realidade com relação à idade de início do TAG na população geral (Layne & cols., 2008).

Não é possível fazer uma diferenciação na apresentação do quadro entre meninos e meninas até o início da adolescência (Kendall & Warman, 1996; Last & cols., 1996). No entanto, a prevalência de TAG em meninas passa a ser maior do que em meninos a partir dos primeiros anos da adolescência, e essa diferença se mantém em adultos (Rapee, 1991). Vélez e cols. (1989) atribuem a maior incidência de TAG no sexo feminino à subdiagnóstico de pacientes do sexo masculino e não a uma ocorrência real de mais casos em meninas.



O início do transtorno costuma ser precoce, lento e insidioso, o que é apontado como a principal dificuldade para precisar a idade de início mais frequente (Flannery-Schroeder, 2004). Comumente, pacientes adultos com TAG referem a presença de sintomas ao longo de toda a vida, tendo dificuldade de identificar o momento em que os sintomas começaram (Layne & cols., 2008).

A prevalência do TAG em crianças e adolescentes norte-americanos em amostras comunitárias varia entre 2 e 4 % (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Não foram encontrados artigos que identifiquem a prevalência de TAG na população infanto-juvenil brasileira. Até o momento, o único estudo epidemiológico brasileiro, com crianças e adolescentes, apresenta apenas as categorias mais amplas, como transtorno de ansiedade, de humor ou TDAH (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Na Inglaterra, Ford e cols. (2003) identificaram uma porcentagem menor de casos com TAG, atingindo cerca de 0,65% da amostra de crianças e adolescentes.

Last e cols. (1996) avaliaram as características sócio-demográficas de uma amostra clínica composta por 118 crianças e encontraram uma associação entre condições socioeconômicas favoráveis, estrutura familiar e TAG: as crianças que receberam o diagnóstico eram em sua maioria oriundas de famílias estruturadas, de classe média ou classe média alta.

Em amostras clínicas, a taxa de prevalência aumenta para 10 a 14 %, quando a amostra estudada considera crianças e adolescentes em atendimento para qualquer transtorno psiquiátrico (Kendall & Warman, 1996; Layne & cols., 2008). Já quando a amostra é extraída de clínicas especializadas em transtornos de ansiedade, esta taxa varia entre 15% (Last & cols., 1996) e 58 % (Kendall & Warman, 1996).

A presença de comorbidades é extremamente comum em casos de crianças e adolescentes com TAG (Layne & cols., 2008). Em um estudo conduzido por Masi e cols. (2004) 93% dos participantes com TAG tinham alguma comorbidade; 75% tinham como comorbidade um outro transtorno de ansiedade, 56% um transtorno depressivo e 21% TDAH ou TC (Layne & cols., 2008). Estas coocorrências são mais frequentes em preadolescentes e adolescentes e provocam um grande impacto na adaptação psicossocial destes jovens (Flannery-Schroeder, 2004).

Alguns autores acreditam que o TAG na infância ou adolescência pode ser um precursor de outros transtornos psiquiátricos na vida adulta (Pina & cols., 2002; Beidel & cols., 1999; Last & cols., 1996). Pina e cols. (2002) realizaram um estudo prospectivo com 111 crianças e adolescentes com TAG. Após nove anos de acompanhamento, os pesquisadores concluíram que o TAG na infância e juventude pode ser considerado um fator de vulnerabilidade para quadros como: Fobia Social, Transtorno de Pânico e Transtorno Depressivo Maior. Outros estudiosos defendem que o surgimento precoce do quadro é um fator de vulnerabilidade para o aparecimento de qualquer transtorno de ansiedade na fase adulta, inclusive o próprio TAG (Last & cols., 1996; Flannery-Schroeder, 2004) e a falta de tratamento adequado pode levar a sérios prejuízos no funcionamento do indivíduo (Tracey & cols., 1997).

## **Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social**

O TAS pode ser entendido como uma vivência exagerada e persistente de ansiedade a estranhos. Crianças com até 2,5 anos tendem a não se sentir confortáveis perto de pessoas não familiares, evitando estabelecer uma comunicação assertiva. Este comportamento é esperado para a idade e deve ser entendido como parte do desenvolvimento infantil normal. Entretanto, após este período, se o estranhamento persistir e interferir na construção de uma vida social, é possível que este desconforto tenha se tornado patológico (Chavira & Stein, 2005).

O DSM-IV-TR (APA, 2000) apresenta os seguintes critérios diagnósticos para o TAS: medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, em uma ou mais situações sociais ou de desempenho que envolvam a exposição a pessoas estranhas ou a possível gozação de terceiros; presença de resposta imediata de ansiedade, caracterizada muitas vezes como um ataque de pânico, resultante da antecipação ou do contato com a situação social temida; reconhecimento de que o medo é irracional ou desproporcional.

As situações sociais e de desempenho temidas são constantemente evitadas, ou suportadas com intenso sofrimento, resultando em prejuízo funcional significativo. O quadro não se deve à ingestão de alguma substância (drogas de abuso ou medicamentos), condição médica geral, e não é melhor explicado por outro transtorno mental.

Apesar de não configurar um critério diagnóstico, a presença de sintomas somáticos é comumente descrita nos momentos de antecipação e exposição à situação social temida. Palpitações, tremores, sudorese, desconforto gastrointestinal, diarreia, tensão muscular, rubor facial e confusão mental são os sintomas mais frequentes.

Em crianças e adolescentes, algumas considerações acerca dos critérios descritos acima devem ser feitas para que o diagnóstico se confirme. O TAS só pode ser diagnosticado em crianças que apresentem habilidades sociais adequadas a sua idade, com pessoas que lhe são familiares. Outra consideração importante é a necessária presença de ansiedade em situações sociais que envolvam outras crianças e não apenas na interação com adultos. Crianças e adolescentes com TAS não precisam reconhecer o medo que sentem como irracional ou desproporcional, mas os sintomas devem ter duração mínima de seis meses. Este critério é exclusivo para infanto-juvenis, ou seja, para menores de 18 anos (APA, 2000).

A resposta ansiosa da criança tende a ser diferente da apresentada pelo adulto. Diante da situação temida, a criança procura se afastar do ambiente com pessoas estranhas e buscar a proteção e segurança junto a pessoas familiares, em especial junto aos pais. Além dos ataques de pânico, o choro e a imobilidade também são reações apresentadas como resposta ansiosa pela criança (Asbahr, 2004).

Crianças com TAS referem passar por situações sociais ansiogênicas quase todos os dias. A escola é o ambiente onde 60% dos eventos estressores listados pelas crianças ocorrem. A lista das situações mais temidas inclui: conversar com outras crianças, fazer provas, apresentações artísticas e leitura em voz alta (Beidel & cols., 1999).

Esse mesmo estudo identificou as situações mais ansiogênicas para pré-adolescentes. A leitura em sala de aula; escrever no quadro negro; apresentações artísticas ou esportivas; e conversar com pessoas da mesma idade e com adultos foram apontados como situações difíceis a serem enfrentadas pelo grupo amostrado. Hofmann e cols. (1999) identificaram interações informais com pessoas da mesma idade como a pior situação social a ser

enfrentada entre adolescentes. A fim de se esquivarem do desconforto causado por interações sociais temidas, crianças e adolescentes com TAS evitam ir ao quadro negro na sala de aula, brincar em grupo ou usar o banheiro da escola (Chavira & Stein, 2005). A principal consequência deste comportamento evitativo é a dificuldade ou mesmo a incapacidade de fazer amizade com pessoas da mesma idade (Beidel & cols., 1999). Alguns autores encontraram que, além do comprometimento das habilidades sociais, crianças e adolescentes acometidos por TAS apresentam pior desempenho em tarefas que envolvam leitura em voz alta e fluência, se comparadas com infantojuvenis normais da mesma idade (Spence & cols., 2001; Beidel & cols., 1999; Essau, Conradt & Peterman, 2000).

O comportamento de esquiva parece se tornar mais frequente com a idade (Beidel & cols., 1999). Essau e cols. (2000) encontraram que 65,4% da amostra de adolescentes com sintomas marcantes de ansiedade social relataram ter evitado, pelo menos algumas vezes, situações sociais desconfortáveis. A maior autonomia dos adolescentes é apontada como principal causa para que o comportamento evitativo cresça em função do tempo (Beidel & cols., 1999).

Crianças e adolescentes com TAS tendem a interpretar as situações cotidianas como mais ameaçadoras do que crianças que não apresentam este diagnóstico (Chavira & Stein, 2005). Aquelas com idades entre 10 e 12 anos, e adolescentes com TAS além de interpretarem o ambiente como ameaçador, tendem a desenvolver pensamentos negativos sobre si mesmos e sobre suas capacidades para lidarem com situações sociais (Spence & cols., 2001).

O curso do TAS é variável e o prejuízo social tanto pode ser mantido pela adolescência e vida adulta, como pode melhorar espontaneamente. Há um alto índice de comorbidades entre TAS e outros transtornos, inclusive com Abuso de Substâncias quando o TAS se torna crônico (Essau & cols., 2000).

A taxa de prevalência de TAS na população infanto-juvenil norte-americana se apresenta em torno de 2,5%, sendo mais prevalente em meninas (Chavira & Stein, 2005). Dois grandes estudos epidemiológicos da Alemanha encontraram que 0,5% das crianças e entre 2 e 4 % dos adolescentes tinham TAS (Essau & cols., 2000; Wittchen, Stein & Keessler, 1999). Pesquisas epidemiológicas sugerem que o TAS pode ser mais frequentemente encontrado em adolescentes do que em crianças (Chavira & Stein, 2005), com prevalência de 5% em adolescentes com idades entre 12 e 18 anos (Costello & cols., 1999; Ferdinand & Verhulst, 1995).

Apesar da maior incidência acontecer por volta de 14 ou 15 anos de idade, o diagnóstico pode se dar em qualquer idade, sendo relativamente comum em crianças com sete e 12 anos de idade (Chavira & Stein, 2005; Spence, 1998). Há evidências de que o início precoce aumenta a probabilidade do quadro se tornar grave e crônico, havendo uma abrangência maior de situações sociais temidas e um prognóstico menos promissor (Chavira & Stein, 2005; Beidel & cols., 1999). Chavira & Stein (2005) identificaram a depressão maior, o TAG, as fobias específicas e o TDAH como principais comorbidades em uma amostra clínica.

A presença do TAS na infância e adolescência é um fator de risco para prejuízos funcionais importantes no adulto (Chavira & Stein, 2005). Estudos prospectivos mostraram que o adulto com histórico de TAS muitas vezes apresenta uma história de fracasso escolar, acompanhada de baixa autoestima e solidão (Francis & cols., 1987). O quadro na infância

possui forte associação com outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substância e tentativa de suicídio na fase adulta (Chavira & Stein, 2005).

## **Considerações Finais**

Ao longo da história, as definições atribuídas aos transtornos ansiosos foram sofrendo alterações. Como todo perfil psicopatológico, os transtornos ansiosos são conceitos que tentam descrever através de linguagem objetiva uma determinada experiência subjetiva. As modificações e revisões conceituais ocorrem na medida em que a compreensão sobre o fenômeno a ser descrito é alterada (Bernstein & cols., 1996).

A perspectiva mais aceita atualmente é a de que os transtornos de ansiedade observados na idade adulta podem ter seu início durante a infância e adolescência. (Alpert & cols., 1994; Manfro & cols., 2002; Vasa & Pine, 2004). Esta modificação traz como principal vantagem o estudo da evolução do quadro clínico da primeira infância à idade adulta, através de pesquisas longitudinais (Bernstein & cols., 1996).

A ideia de que existe uma continuidade na presença dos transtornos de ansiedade da infância e adolescência para a idade adulta só não se observa no transtorno de ansiedade de separação. Nestes casos podem ocorrer dois processos distintos: a) remissão dos sintomas; b) evolução para outros quadros psicopatológicos, em particular para TAG, Transtorno de Pânico ou Depressão (Suveg & cols., 2005).

Estudos prospectivos envolvendo crianças e retrospectivos em população adulta sugerem a possibilidade do quadro clínico dos TAs, uma vez presentes na infância, persistirem por muitos anos e associarem-se a psicopatologias comórbidas (Fancis & cols., 1987; Flannery-Schoeder, 2004; Kendall & cols., 1999; Walkup & cols., 2008). Quando os TAs não são devida e precocemente tratados, comorbidades como Abuso de Substâncias, Depressão e Suicídio são apontados como os principais desfechos na vida adulta (Ferdinand & Verhulst, 1995; Pina & cols., 2002). Uma pesquisa retrospectiva brasileira revelou que 59,5% dos sujeitos em tratamento para Transtorno de Pânico apresentavam história de ansiedade na infância, com considerável prevalência de TAG (Manfro & cols., 2002).

Apesar da alta prevalência e da substantiva morbidade associada, os transtornos de ansiedade infanto-juvenis ainda encontram-se subdiagnosticados e subtratados (Walkup & cols., 2008). Entretanto não se sabe ao certo a prevalência destes transtornos na população infanto-juvenil brasileira. No Brasil, ainda existem poucos estudos sobre o tema ansiedade em crianças e adolescentes. A partir da pesquisa em banco de dados, neste estudo foram encontrados somente um número reduzido tanto de artigos de revisão sobre o tema quanto de estudos correlacionais sobre técnicas de avaliação ou estudos experimentais sobre tratamento. Desta forma, sugere-se: a busca por dados epidemiológicos específicos para cada transtorno de ansiedade na população brasileira, um número significativamente maior de pesquisas retrospectivas e prospectivas a fim de auxiliar no entendimento da evolução do quadro na vida adulta.

Em função da restrição de espaço, este estudo apresenta como principais limitações o número reduzido de transtornos de ansiedade mencionados e um número circunscrito de

palavras-chave. Novos estudos são necessários para que o contínuo avanço na compreensão do fenômeno ansiedade infanto-juvenil possa ser alcançado.

## Referências Bibliográficas

Alpert, J. E.; Maddocks, A.; Rosenbaum, J. F. & Fava, M. (1994). Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 31, 165-171.

American Psychiatric Association (2000). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV-TR)* (4a ed). Porto Alegre/RS: Artes Médicas.

Asbahr, F. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), S28-S34.

Beidel, D. C.; Turner, S. M. & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 643-650.

Bell-Dollan, D. J.; Last, C. G. & Strauss, C. C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 759-765.

Bernstein, G. A.; Borchardt, C. M. & Pewien, A. R. (1996). Anxiety Disorders in children and adolescents: A Review of the Past 10 Years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (9) 1110-1119.

Bögels, S. M. & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (2), 205-211.

Cantwell, D. P. & Baker, L. (1989). Stability and natural history of DSM-III Childhood diagnoses. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 691-700.

Chavira, D. A. & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14 (4), 797-818.

Costello, E. (1989) Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 836-841.

Costello, E. J.; Angold, A. & Keeler, G. P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: the consequences of severity and impairment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (2), 121-128.

Essau, C. A.; Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 263-279.

Ferdinand, R. F. & Verhulst, F. (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: An eight-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 586-594.

Flannery-Schoeder, E. (2004) Generalized Anxiety Disorder. Em: T. L. Morris & J. S. March (Orgs.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescent* 2ed (pp.125-140). New York: Gilford Press.

Fleitlich-Bil, Y. K. B. & Goodman, R. (2004) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (6), 727-734.

Ford, T.; Goodman, R. & Meltzer, H. (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (10), 1203-1211.

Francis, G.; Last, C. G. & Strauss, C. C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry and Human Development*, 18, 82-89.

Hofmann, S. G.; Albano, A. M.; Heimberg, R. G.; Tracey, S.; Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.

Kendall, P. C. & Warman, M. J. (1996). Anxiety disorders in youth: Diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 453-463.

Kendall, P. C.; Krain, A. & Treadwell, K. (1999). Generalized anxiety disorders. Em: R. T. Ammerman; M. Hersen & C. G. Last. (Orgs.), *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents*, 2ed. (pp.155-171). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Landeira-Fernandez, J. & Cruz, A. P. M. (2007). Medo e dor e a origem da ansiedade e do pânico. Em: J. Landeira-Fernandez & M. T. A. Silva (Orgs.). *Intersecções entre Neurociência e Psicologia* (pp:217-239). Rio de Janeiro: Editora MedBook.

Last, C. G.; Perrin, S.; Hersen, M. & Kazdin, A. E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1502-1510.

Layne, A. E.; Bernart, D. H.; Victor, A. M. & Bernstein, G. A. (2008). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (2), 283-289.

Manfro, G.; Isolan, L.; Blaya, C.; Santos, L. & Silva, M. (2002). Estudo retrospectivo da associação entre transtorno de pânico em adultos e transtorno de ansiedade na infância. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (2), 26-29.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Porto Alegre (RS): Editora Artmed.

Pina, A. A.; Silverman, W. K.; Alfano, C. A. & Saavedra, L. M. (2002). Diagnostic efficiency of symptoms in the diagnosis of DSM-IV: generalized anxiety disorder in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (7), 959-967.

- Prior, M.; Sanson, A.; Smart, D. & Oberklaid, F. (1999). Psychological disorders and their correlates in an Australian community sample of preadolescent children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (4), 563-580.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Silverman, W. K. & Dick-Niederhauser, A. (2004) Separation Anxiety Disorder. Em: T. L. Morris & J. S. March (Orgs.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp.164-188). New York: Guilford Press.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 36 (5), 545-566.
- Spence, S. H.; Rapee, R.; Mc Donald, C. & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1293-1316.
- Spelberger, C. D. (1973). *Manual for the State- Trait anxiety Inventory for Children*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Suveg, C.; Aschenbrand, M. A. & Kendall, P. C. (2005). Separation Anxiety Disorder, Panic Disorder and School Refusal. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 773-795.
- Tracey, S. A.; Chorpita, B. F.; Douban, J. & Barlow, D. H. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV Generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 404-414.
- Vasa, R. A. & Pine, D. S. (2004). Neurobiology. Em: T. L. Morris & J. S March (Orgs.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* 2 ed. (pp.3-26). New York: Guilford Press.
- Vélez, C. N.; Johnson, J. & Cohen, P. A. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 28, 861-864.
- Walkup, J. T.; Albano, A. M.; Piacentini, J.; Birmaher, B.; Compton, S. N.; Sherrill, J. T.; Ginsburg, G. S.; Rynn, M. A.; McCracken, J.; Waslick, B.; Iyengar, S.; March, J. S. & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359 (26), 2753-2766.
- Weems, C. F.; Silverman, W. K. & La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28 (1), 63-72.
- Wittchen, H. U.; Stein, M. B. & Keessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29 (2), 309-323.

[Endereço para correspondência](#)

Endereço para contato: J. Landeira-Fernandez, Laboratório de Análise de Dados – LAND.  
Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, PUC-Rio.  
Rua Marquês de São Vicente, 225 Rio de Janeiro, RJ, Brazil.  
CEP:22453-900 Tel:+55-21-3227-1186 Fax: +55-21-3227-1187.  
Email: [landeira@puc-rio.br](mailto:landeira@puc-rio.br).

Recebido em: 16/03/2009

Aceito em: 24/06/2009

Agradecimentos: Os autores desejam agradecer aos CNPq e à FAPERJ pelos recursos que apoiaram o desenvolvimento deste trabalho. RRABV foi bolsista de mestrado pelo CNPq. JLF é bolsista de produtividade do CNP