

# Capítulo 5

## CRENÇAS DISFUNCIONAIS E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE



# CRENÇAS DISFUNCIONAIS E SUA RELAÇÃO COM A ANSIEDADE

## DYSFUNCTIONAL BELIEFS AND THEIR RELATIONSHIP WITH ANXIETY

Sirlei Maria dos Santos Pereira<sup>1</sup>

**Resumo:** O estudo tem como objetivo verificar a ligação das crenças centrais em relação à ansiedade e aos ambientes propensos a esse transtorno para compreender como a psicologia pode se posicionar diante desse fato. O método adotado foi uma revisão de literatura, utilizando como fonte de pesquisa os sites: Scielo, Pepsic, banco de teses e dissertações da Capes, relatórios da Organização das Nações Unidas, da Organização Mundial de Saúde e livros que tratam da temática. O período delimitado foi de dezembro de 2021 a janeiro de 2022. Os descritores utilizados foram: “saúde mental”, “ansiedade”, “tipos de ansiedade”, fases do desenvolvimento” e “terapia cognitiva comportamental”. Os resultados apontam que, havendo um impedimento ou uma dificuldade na forma como o indivíduo interpreta o ambiente, isso pode constituir-se em um fator positivo, mas pode variar de acordo como ele percebe esse evento. Conclui-se que o transtorno de ansiedade se manifesta conforme o indivíduo avalia a si mesmo em relação às capacidades de realização de suas atividades. O trabalho do psicólogo junto à prevenção da ansiedade pode ser apontado como relevante e deve ser realizado de forma universal com implantação de programas em escolas, ONGS, centro comunitários e centros de referência social.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Crenças Centrais. Desenvolvimento. Terapia-cognitivo- comportamental. Psicologia.

---

1 Psicóloga e Especialista em Terapia Cognitiva Comportamental

**Abstract:** The study aims to verify the connection between core beliefs in relation to anxiety and environments prone to this disorder to understand how psychology can position itself in the face of this fact. The method adopted was a literature review, using the following sites: Scielo, Pepsic, Capes theses and dissertations bank, United Nations and World Health Organization reports and books dealing with the subject as a source of research. The delimited period was from December 2021 to January 2022. The descriptors used were: “mental health”, “anxiety”, “types of anxiety”, stages of development” and “cognitive behavioral therapy”. The results indicate that, if there is an impediment or difficulty in the way the individual interprets the environment, this can be a positive factor, but it can vary according to how he perceives this event. It is concluded that the anxiety disorder manifests itself as the individual evaluates himself in relation to his abilities to carry out his activities. The psychologist’s work with the prevention of anxiety can be pointed out as relevant and should be carried out universally with the implementation of programs in schools, NGOs, community centers and social reference centers.

**Keywords:** Anxiety. Core Beliefs. Development. Cognitive behavioral therapy. Psychology.

## **Introdução**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem da psicoterapia baseada em princípios fundamentais. O primeiro deles diz respeito às cognições, que têm influência e controlam nossas emoções e comportamentos e, por conseguinte, a forma como agimos pode afetar nossos padrões de pensamento e também nossas emoções (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A TCC acredita que o desenvolvimento de um estilo saudável de pensamento pode proporcionar a diminuição da angústia ou até mesmo uma maior sensação de bem-estar. Aaron Beck, seu criador, centrou-se no papel das informações que o indivíduo processa desadaptadamente em

transtornos de ansiedade e depressão, desenvolvendo uma conceitualização cognitiva sobre um estilo negativo de pensamento que envolve a percepção sobre si mesmo, o mundo e o futuro. Essa percepção foi intitulada de Tríade Cognitiva (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

O processamento cognitivo tem papel central nesse modelo, já que o indivíduo avalia a relevância dos eventos de forma interna no ambiente que o circula, ou seja, as cognições estão associadas às reações emocionais (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Nesse modelo da TCC, os termos mais empregados como qualificadores das cognições são: desadaptativos, negativos, disfuncionais, mal adaptativos ou irracionais, além de outras formas de definições. Tais cognições são nomeadas de crenças, as quais são os conteúdos responsáveis pelo processamento da informação (DUARTE; NUNES; KRISTENSEN, 2008).

Na TCC, o foco está no aumento de consciência do indivíduo e seus pensamentos automáticos, tendo como ponto principal as crenças nucleares e subjacentes. No caso da ansiedade, ela é um sentimento que vem acompanhando o ser humano em sua existência. A ansiedade normal reativa é considerada um sinal de alerta, que permite ao indivíduo estar atento a uma ameaça ou a um perigo existente dentro de uma realidade (REYES; FERMAN, 2017).

Já na ansiedade patológica, a diferença está na intensidade, pelo caráter anacrônico, repetitivo e desproporcional, não real ao ambiente, sendo, dessa forma reconhecida como um sentimento desagradável, de apreensão negativa em relação ao futuro (REYES; FERMAN, 2017).

Dessa forma, o objetivo geral deste estudo visa verificar a relação entre crenças disfuncionais e a ansiedade através da teoria de Beck, Bandura e Piaget. Os objetivos específicos são: pesquisar qual seria a ligação das crenças com o transtorno de ansiedade, conhecer as personalidades mais vulneráveis a desenvolver ansiedade e compreender o papel da psicologia diante do fato.

Apoiando-se na teoria de Beck, observa-se que certo grau de ansiedade se faz necessária em nossa vida, podendo auxiliar a melhora do nosso desempenho, porém, quando essas emoções são intensas e têm uma duração prolongada ou crônica, pode-se observar os efeitos negativos no nosso

desempenho em tarefas e em relação ao organismo como um todo, levando-nos à diminuição da qualidade de vida, bem como ao adoecimento (CAETANO, 2017).

A ansiedade faz parte dos sentimentos normais de um indivíduo, mas torna-se patológica quando fica desproporcional diante das situações que a provocam ou quando não existe um objeto específico a que se direcione (CAETANO, 2017).

Sendo assim, a ansiedade é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo caracterizada pelas sensações subjetivas de antecipação, apreensão, medo associado a grandes graus de hesitação e reatividade autônoma. Na psicologia cognitiva, o processo de informações e a atribuição dos significados são os percursos para o entendimento do comportamento mal adaptativo (MONTREAL, 2014).

Assim, o estudo se justifica pela necessidade de conhecer as questões subjetivas dos indivíduos da atualidade em relação à saúde mental, uma vez que conhecer essa ligação é trabalhar com foco, é fornecer equilíbrio para o estado em que eles se encontram, visando, assim, preparar equipes de saúde, professores e familiares para lidar com o problema de forma benéfica, sem preconceitos, a fim de dar a esses indivíduos suporte para reagir contra pensamentos negativos.

Com base nesse entendimento, a pergunta que norteia a investigação é: Qual seria a ligação entre as crenças disfuncionais e a ansiedade e quais comportamentos e pensamentos estariam relacionadas à ansiedade?

O estudo encontra-se estruturado em três seções. Na primeira, serão abordados a fase do desenvolvimento e a ansiedade. Na segunda, será tratada a questão da ligação entre crenças e ansiedade e, por fim, na última seção, será discutido como a Psicologia pode se posicionar diante da questão do transtorno de ansiedade.

### **Fases do Desenvolvimento e Ansiedade**

O aprendizado possui grande ligação entre adaptação, acomodação e assimilação, através de informações e experiências vivenciadas pelo indivíduo no meio em que ele está inserido. Esses são processos de internalização de conteúdos externos que passam por etapas. De acordo com Gomes, Bellini (2009), para Piaget, há quatro fatores principais que estão ligados ao desenvolvimento de um conjunto de estruturas e, entre eles, estão: o biológico, o papel da experiência, a transmissão social e a equilíbrio ou autorregulação.

As crianças se espelham nos seus cuidadores e nos adultos em sua volta e essa experiência faz com que elas assimilem o que vivenciam como parte de sua própria experiência, imitando os comportamentos, atitudes e hábitos que veem em seu ambiente através dos adultos (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013). Na infância, a assimilação consiste na incorporação da realidade e a acomodação junto com a assimilação são os polos de interação entre o meio e o organismo, sendo condição para o funcionamento intelectual e biológico (MOURA; VIANA; LOYOLA, 2013).

De acordo com a teoria piagetiana, as crianças estruturam sua vida mental passando por fases. A primeira delas, que ocorre entre 0 a 2 anos, é a sensório- motora, a qual se refere ao conhecimento representativo, em que o conhecimento é desenvolvido ulteriormente (GOMES; BELLINI, 2009).

A segunda diz respeito à fase pré-conceitual, que ocorre entre 2 a 6 anos. Nela, a criança desenvolve a capacidade de conseguir substituir o objeto pela sua representação simbólica, mas suas ações sensório-motoras não se transformam imediatamente em operações. Na terceira, entre as idades de 8 a 12 anos aproximadamente, há o período lógico-concreto, no qual ocorrem operações sobre objetos concretos, porém não ainda sobre hipóteses expressas verbalmente (GOMES; BELLINI, 2009).

Já o período das operações formais, ocorre na adolescência e vai até a vida adulta. Nessa fase, o indivíduo passa para o pensamento formal, abstrato, podendo realizar as operações no plano das ideias, sem precisar da manipulação ou de uma influência concreta (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTE, 2007). No estágio das operações formais ou hipoteticodedutivas, o indivíduo já cria

possibilidades de raciocinar com hipóteses e não só com objetos e, nessa fase, ele já consegue ter capacidade de construir operações de lógica proporcional.

De acordo com Papalia (2013), para Piaget a estimulação do ambiente tem um papel muito importante para se atingir esse estágio, mas nem todos os indivíduos têm capacidade de operações formais e os que têm nem sempre as utilizam.

Nas relações sociais, os adolescentes passam por um processo de interiorização, em que pode ocorrer o afastamento da família e a não aceitação de conselhos. Isso ocorre até o indivíduo atingir o equilíbrio entre o pensamento e a realidade, momento em que ele passa a compreender a importância de refletir antes de suas ações (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTE, 2007).

Durante todo esse percurso do desenvolvimento humano, o indivíduo vai passando por experiências pessoais, embora cada um tenha sua maneira de lidar com as demandas do cotidiano. Algumas pessoas, durante esse percurso, podem vir a desenvolver o transtorno de ansiedade, que é um dos mais comuns na infância e na adolescência.

A ansiedade refere-se a uma sensação de apreensão e medo, causando tensão ou desconforto, em que é antecipada uma situação não conhecida de perigo (LOWENTHAL, 2013). Observa-se que é comum todas as crianças apresentarem esses sentimentos no decorrer de seu desenvolvimento, mas a ansiedade e o medo são considerados patológicos quando se excedem e são desproporcionais em relação ao estímulo do meio/ambiente. Esses sentimentos podem ser considerados como patológicos também quando interferem na qualidade de vida da criança ou adolescente, prejudicando seu desempenho diário e seu conforto emocional (LOWENTHAL, 2013).

Já na fase adulta, existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento da ansiedade, dentre os quais podem ser citados: o fator econômico, as questões relacionadas ao trabalho, a situação conjugal, o sexo, a idade, já que, no contexto social, educativo e no trabalho, esses fatores podem ser considerados como estressores psicossociais e ambientais (COSTA; et al, 2019).

A competitividade por trabalho em conjunto com o medo do desemprego fazem com que o

indivíduo acabe se submetendo a condições de trabalho desumanas, passando a conviver com baixos salários, ambientes insalubres, exposição a calor excessivo e ruídos, ou então sendo obrigado a desenvolver funções que o levam a ultrapassar a carga horária estipulada (FERNANDES, et al; 2018).

Costa et al (2019) menciona que as mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam mais casos de ansiedade devido à pressão social, à jornada de trabalho duplicada e até mesmo à renda inferior e, muitas vezes, em virtude das obrigações relacionadas à manutenção familiar. Em relação à cor e à raça, a cor da pele pode acabar interferindo nas oportunidades educacionais, financeiras e sociais; já em relação à idade, o transtorno de ansiedade é impactante em todas.

Segundo uma avaliação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no caso do Brasil, os principais fatores que podem ocasionar a ansiedade são: a situação econômica, a pobreza, o desemprego, a desigualdade, além de fatores ambientais. No país, em 2015, já eram 18,6 milhões de indivíduos com transtorno de ansiedade (ONU, 2017). Ou seja, vários fatores têm um grande peso no que diz respeito ao desenvolvimento do transtorno de ansiedade.

### **Qual a ligação entre as crenças disfuncionais e a ansiedade?**

Conforme Oliveira, Pires e Vieira (2009), conforme a teoria de Beck, as crenças se relacionam com a autoidentidade do indivíduo e representam ideias muito mais centrais a respeito de si e dos outros, ou seja, é ele que interpreta o que está em sua volta. Tais crenças são rígidas, generalizadas, impondo uma imagem determinista na pessoa.

Crenças Centrais é considerado o nível mais elevado de crenças, sendo caracterizadas como globais. Como citado acima, essas crenças nascem da necessidade de o indivíduo dar sentido ao seu ambiente desde a infância e precisam ser organizadas de maneira coerente em relação à sua experiência para funcionar de forma mais adaptativa (DUARTI; NUNES; KRISTENSEN, 2008).

É na interação com o ambiente que o sujeito vai internizando determinados entendimen-

tos e apreendizações, desenvolvendo, assim, suas crenças, as quais variam devido à precisão e ao funcionamento (DUARTI; NUNES; KRISTENSEN, 2008). Já as crenças intermediárias referem-se a regras, atitudes ou suposições e são movidas por afirmações, tais como “Se...então” ou “deveria”, apresentando-se de forma inflexível e imperativa. Tais crenças são chamadas de pressupostos, subjacentes/condicionais ou crenças associadas e oferecem apoio às crenças centrais, ou seja, as fortalecem. (NEUFELD; CAVENAGE, 2010).

Beck afirma em sua teoria que as crenças pressupõem ambos os polos de uma interpretação sobre si mesmo, o mundo, os outros e o futuro (NEUFELD; CAVENAGE, 2010).

Bandura traz a compreensão de que os indivíduos são seres pró-ativos, auto-organizados, autorreguladores e autorreflexivos, que surgem do resultado da ligação dos aspectos pessoais, comportamentais e ambientais. Defende também que as relações humanas e as crenças de autoeficácia surgem como parte da interpretação de quatro princípios: experiência de domínio, experiência vicária, persuasões sociais e estados somáticos e emocionais, influenciadores do funcionamento humano (DIAS, 2009).

As experiências de domínio referem-se à interpretação de comportamentos anteriores à experiência de domínio pessoal, quando as pessoas realizam suas tarefas no dia a dia e acabam por interpretar os resultados de seus próprios atos diante disso. Elas as utilizam para desenvolver as crenças sobre suas capacidades de executar tarefas, passando a agir conforme suas crenças criadas e, se forem bem sucedidas, aumentam a autoeficácia; já as experiências interpretadas como mal sucedidas reduzem a sua autoeficácia (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

A experiência de domínio tem relação com dados brutos, em que, dependendo da forma com que são processadas cognitivamente, acabam sendo influenciadas por diferentes fatores e, mesmo que o indivíduo alcance algo com seu esforço, ele ainda duvida de sua eficácia para realizar coisas ou atividades semelhantes. As experiências vicárias são apreendidas por meio de observação de modelos sociais (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Bandura, em sua teoria a autoeficácia, defende que ela se constitui em uma fonte de menos influência quando comparada com as evidências diretas de realizações pessoais. No entanto, indivíduos que não estão certos de suas capacidades ou apresentam-se com uma deficiência na experiência anterior, acabam sendo mais sensíveis/vulneráveis a essa fonte de informação (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Na persuasões, conforme a teoria do mesmo autor, o indivíduo cria crenças de autoeficácia como resultado de persuasões sociais e, diante disso, a persuasão social acontece na medida em que se busca persuadir o outro, no geral cocorre de maneira verbal, quando uma pessoa verbaliza algo como positivo ou negativo sobre o indivíduo, havendo um esforço colocado para uma continuidade de crenças sobre si mesmo. (SILVA; OLIVEIRA, 2014). E, por último, o controle de estados somáticos emocionais diz respeito aos aspectos fisiológicos e emocionais, tais como fadiga, ansiedade, estresse, tensão e dor, que afetam diretamente o juízo que as pessoas fazem sobre si mesmas e sua própria capacidade/eficácia, podendo, dessa forma, modificar as percepções de autoeficácia (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Levando-se em conta a ansiedade, onde essas crenças entrariam? De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o transtorno de ansiedade inclui características como medo e ansiedade exagerados, além de perturbação de comportamentos relacionados. O medo seria uma resposta a uma ameaça real ou antecipada, mas na ansiedade ocorre a antecipação de ameaça futura, em que o indivíduo entra em estado de vigilância em preparação para perigo futuro do qual se esquia para evitá-lo.

Na ansiedade, a preocupação está ligada a três ou mais sintomas, os quais estarão presentes na maioria dos dias no período de, no mínimo, seis meses. Esses sintomas se manifestam por intermédio de inquietação ou sensação de que o indivíduo chegou ao seu limite, cansaço frequente, dificuldade de concentração, tensão muscular, irritabilidade, além de distúrbios relacionados ao sono. Diante disso, o distúrbio não pode ser visto apenas como uma condição médica geral, mas como um

transtorno mental (D'AVILA, et al, 2020).

No transtorno obsessivo-compulsivo, o indivíduo passa a ter ideias obsessivas e/ou comportamentos compulsivos, que são reconhecidos pelo curso crônico incapacitante. Essas ideias e comportamentos acabam por perturbar a vida da pessoa e acabam consumindo muito tempo dela, interferindo no seu dia a dia, tanto ocupacional quanto socialmente (SCHOLL; QUEVEDO, 2017).

O transtorno obsessivo-compulsivo é caracterizado pela presença de obsessões e compulsões, imagens ou cenas violentas e horrorizantes ou impulsos. Os indivíduos apresentam pensamentos repetitivos e persistentes, ligados ao medo de contaminação ou a algum outro tipo de medo. As obsessões causam sofrimento e são experimentadas como voluntárias intrusivas e indesejadas, desencadeando sofrimento ou ansiedade na maioria dos casos. Um dos critérios para apoiar o diagnóstico de TOC especifica que as obsessões e compulsões devem tomar tempo do indivíduo de aproximadamente uma hora por dia, ou causar-lhe prejuízos ou sofrimentos clinicamente significativos. (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V, 2014).

Características que apoiam o diagnóstico são as obsessões e as compulsões, mas variam de acordo com os indivíduos. Porém, certos temas ou dimensões são bem comuns como os relacionados à limpeza, à simetria, aos pensamentos proibidos ou mesmos aos tabus e danos. Algumas pessoas podem ter dificuldades para se desfazer de objetos e podem acabar acumulando-os com medo de causar danos para outras pessoas. É comum que evitem pessoas, lugares e coisas que venham a causar obsessões e compulsões (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V).

Os critérios diagnósticos descritos no DSM-V identificam que o desenvolvimento da ansiedade ocorre nos inúmeros eventos das atividades do cotidiano (D'AVILA, et al, 2020). Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), existem tipos de ansiedade e uma delas está relacionada à separação. Nesse caso, existe a manifestação de um sofrimento excessivo e bem recorrente diante da previsão ou ocorrência de ficar longe de casa ou de figuras de apego,

tais como mãe/pai, esposa, entre outras com as quais o indivíduo tenha ligação afetiva. As características do transtorno de ansiedade de separação se manifesta por intermédio do medo ou ansiedade excessivos de separação da própria casa ou de figuras de apego, havendo na ansiedade o excedimento do esperado em relação ao estágio de desenvolvimento da pessoa (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM- V).

Ainda de acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o transtorno de ansiedade de separação tem sintomas que satisfazem no mínimo três dos seguintes critérios: 1 - os indivíduos se preocupam com o bem-estar ou morte de figuras de apego e, se estão separadas, precisam saber o paradeiro delas e insistem em manter contato com elas para saber onde estão, se já estão chegando, entre outras; 2 - se preocupam com eventos que possam vir a acontecer, tais como se perder, acontecer acidentes, ser sequestrado, tudo o que possa impedir que estejam com a figura de apego; 3 - tendem a evitar e insistir para as figuras de apego não saírem sozinhas por medo da separação; 4 - têm resistência excessiva em ficar sozinhos em casa em outros ambientes ou sem a figura de apego; 5 - evitam e se recusam a dormir sozinhos ou fora de casa, longe da figura importante; 6 - se a figura de apego for criança, os indivíduos podem insistir para que alguém durma com elas ou fique com elas até que adormeçam.

Crianças com transtorno de separação, quando são separadas de suas figuras de apego, podem mostrar retraimento social, apatia, tristeza ou dificuldade de concentração nos brinquedos e no trabalho. Se adulto, conforme a idade, a pessoa pode ter medo de animais, monstros, escuro, assaltantes, ladrões, sequestradores, acidentes de carro, viagens de avião ou situações que percebam ser perigosas para família ou a si próprios. Em situações de viagem, indivíduos ficam desconfortáveis por estarem longe de casa e ficam perturbadas pelas perspectivas de separação da pessoa de apego (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V, 2014). O transtorno de ansiedade de separação tem uma prevalência aproximada 12 meses em adultos e de seis a doze meses em crianças e adolescentes (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE

TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V, 2014).

Entre outros tipos de ansiedade estão a fobia, ataque de pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade generalizada. As fobias estão relacionadas ao medo irracional de algo que é não real e que possa causar dano (VARGAS; OLIVEIRA; RIBEIRO, 2008).

Entre elas estão as fobias específicas, que são agrupadas em subtipos, incluindo fobias de animais, ambientes naturais, sangue e ferimentos, além das fobias situacionais, que envolvem aviões, elevadores, locais fechados, entre outros. Nas fobias, alguns medos podem ter sido adquiridos por condicionamento ou até mesmo por outras formas de aprendizado (RAMOS, 2007).

Pessoas com fobia específica mostram padrões semelhantes de prejuízos e no funcionamento psicossocial e ainda apresentam uma redução na qualidade de vida. Em adultos mais velhos, pode-se perceber o prejuízo nas funções de cuidadores e nas atividades voluntárias, pois o medo de cair pode impedir que os indivíduos evitem sair. Essas fobias aumentam diante de algo ou situações temidas (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM- V, 2014).

No diagnóstico diferencial se encontra a agorafobia, uma vez que a fobia específica situacional pode se parecer com a agorafobia dentro de sua apresentação clínica, dada a sobreposição das temidas situações tais como, voar, ficar em locais fechados e elevadores. Se o indivíduo teme apenas uma das situações da agorafobia, se encaixa no diagnóstico de fobia específica, situacional; se ele apresenta duas ou mais situações dentre as descritas, o diagnóstico de agorafobia é justificado (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM- V, 2014).

Ainda conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), no transtorno de ansiedade social, se os eventos forem temidos devido a uma possível avaliação negativa, o diagnóstico deve ser de transtorno de ansiedade social, medo ou ansiedade acentuada a uma ou mais situações sociais. Pessoas com esse transtorno têm preocupações com o desempenho e acabam sendo prejudicadas em sua vida profissional. Essas pessoas se preocupam também com o desempenho

de papéis que requerem falar em público e os medos relacionados ao desempenho afetam os contextos de trabalho, da escola ou acadêmicos, por serem lugares em que são necessárias apresentações públicas regulares. A característica essencial no transtorno de ansiedade social é o medo intenso em situações em que o sujeito pode ser avaliado por outras pessoas.

Já o transtorno de pânico (TP) ocorre em eventos relacionados a preocupações persistentes ou até mesmo a mudanças importantes de comportamento com relação à possibilidade de ocorrência de outros novos ataques de ansiedade (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009). As pessoas acometidas por ele procuram vários atendimentos clínicos antes do diagnóstico em função da sua cronicidade. O TP tem custos econômicos elevados, tem baixa taxa de remissão de sintomas em logo prazo ansiedade (SALUM;BLAYA;MANFRO, 2009). O TP está associado a muitos outros desfechos que justificam seu tratamento como um problema de saúde pública, pois os indivíduos acometido por ele apresentam menor produtividade no trabalho, com maiores taxas de absentismo, usam serviços de saúde com frequência, envolvendo procedimentos e testes laboratoriais, o que pode ser um risco de proporção maior das comorbidades, devido às ocorrências de ideação e tentativas de suicídio e ansiedade (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso no qual se alcança um pico em minutos. Nele ocorrem quatro ou mais sintomas cognitivos e físicos, porém os sintomas físicos são mais perceptíveis e se manifestam por meio de palpitações, sudorese, medo de enlouquecer. Além disso, outro tipo de ataque de pânico é o ataque de pânico noturno, que se manifesta não quando o indivíduo está dormindo, mas quando está totalmente acordado.

O transtorno de estresse pós-traumático trata-se de um transtorno de ansiedade caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas físicos, além de psíquicos e emocionais, após o indivíduo ter sido vítima ou testemunha de algum tipo de ato violento ou até mesmo por ter vivenciado situações de ameaça a sua vida ou à vida de outro (ALBUQUERQUE, et al, 2020).

De acordo com Reyes e Fermann (2017), a ansiedade generalizada é considerada um transtorno psiquiátrico caracterizado pela preocupação excessiva, a qual deve durar no mínimo seis meses e apresentar pelo menos três sintomas principais. Entre eles estão: inquietação, irritabilidade, perturbação do sono, tensão muscular, fadigabilidade e dificuldade para se concentrar.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014), o indivíduo com TG tem dificuldade para controlar a preocupação e a evitação de pensamentos preocupantes interferem na atenção às tarefas em questão. Os adultos que apresentam esse transtorno frequentemente ficam preocupados com circunstâncias da rotina de suas vidas, tais como as responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, bem como com a saúde dos membros da família, com ocorrência de desgraças com os filhos ou até mesmo com questões menores. Já as crianças com TG podem vir a se preocupar exageradamente com suas competências ou qualidades de desempenho.

As preocupações em relação ao transtorno são excessivas e geralmente prejudicam, de forma significativa, o funcionamento psicossocial, havendo sofrimento devido às preocupações constantes e ao prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional e até mesmo em outras áreas importantes da vida do indivíduo (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V, 2014).

Esse transtorno é acompanhado de pelo menos três sintomas adicionais: a inquietação ou sensação de que os nervos estão à flor da pele, fadigabilidade, dificuldade de concentração ou até mesmo sensação de “branco” na mente, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V, 2014).

No transtorno de ansiedade generalizada em crianças e adolescentes, ocorrem preocupações frequentes envolvendo a qualidade do desempenho ou competência na escola ou eventos esportivos, mesmo que esse desempenho não esteja passando por um processo de avaliação (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-V, 2014).

Conforme Reyes e Fermann (2017), o TG é considerado uma doença crônica que vem asso-

ciada à comorbidades relativamente altas e acarreta altos custos pessoais e sociais.

### **Como a Psicologia pode se posicionar com respeito a esse fato?**

A psicologia pode ajudar no sentido de realizar programas de prevenção e promoção em saúde mental do tipo universal, como também ações destinadas à população como um todo, inclusive à população em situação de vulnerabilidade, em que os riscos de desenvolvimento de ansiedade são maiores (FERNANDES, et al, 2014).

Na atenção primária, a queixa da ansiedade está cada vez mais frequente, portanto já se trata de uma condição com grande intensidade de incapacitação, que perturba o bem-estar do indivíduo, prejudicando sua qualidade de vida (CAIXETA, 2014).

Dessa forma, podem ser desenvolvidos programas em grupo amplo, alcançando crianças desde a idade escolar, professores, pais, cuidadores, entre outros, independente de presença de fatores ou sinais de dificuldade. Uma das intervenções preventivas seria psicoeducar os indivíduos para evitar rótulos, esclarecendo o quanto eles podem vir a ser prejudiciais. Essa medida já contribuiria muito em vários aspectos emocionais e psicológicos da pessoa, como equilíbrio emocional, auxiliaria no desenvolvimento de habilidades socio-emocionais, como abordar as crianças de forma mais positiva e saudável para sua saúde mental, além de perceber quando e como procurar ajuda diante de situações nas quais possa estar tendo dificuldades (FERNANDES, et al, 2014).

Segundo Abreu, Miranda e Murta (2016), a implantação de programas em escolas, ONGS, centros comunitários e centros de referência social poderia ser feita em forma de grupos semanais, pelo menos uma vez por semana, durante um período de duas semanas e essa ação já poderia prevenir não só a ansiedade, mas vários outros transtornos mentais, além de contribuir para melhorar o prognóstico dos que sofrem com a ansiedade.

A infância é o momento em que as intervenções em saúde mental têm uma maior importân-

cia, pois nessa fase acabam sendo fortalecidas as chances de um desenvolvimento saudável e resiliente em meio a situações desfavoráveis (GUANCINO; TONI; BATISTA, 2020).

Uma das formas de prevenção na infância poderia ser realizada através de programas de prevenção do estresse infantil, que se trata de uma disfunção do organismo para reagir a um evento estressor, tais como situações difíceis, mudanças, morte de um ente querido, morte de um animal, hospitalização, acidente, mudança de professor, entre outros. O programa teria como objetivo reduzir as emoções negativas e os problemas psicológicos relacionados à demanda (NEUFELD, 2015).

Já para adolescentes e jovens, uma forma de prevenção seria centrada no desenvolvimento das emoções positivas, ou seja, focar em situações e lembranças que favoreçam sua autoestima e autoeficácia como a prática da gratidão na vida percebida como, ser satisfeito e validar suas conquistas e ver as que não deram certo como conquistas parciais e experiências que fazem parte da vida de todos, não somente deles próprios.

Outra forma de prevenção envolve a promoção da empatia poderia ser feitas através de palestras, reuniões de pais e mestres, em centros comunitários, planfetos, vídeos como forma de psicoeducar os indivíduos, no caso da empatia explicar a sua importância procurar compreender o ponto de vista do outro, os motivos daquela pessoa agir, estar, ou pensar dessa forma, no caso do otimismo procurar olhar sempre as coisas de um lado bom positivo mesmo em momentos de grandes dificuldades, e auxiliar no desenvolvimento de habilidades de vida, ou seja, ter capacidades de sair e resolver situações de forma mais assertiva (NEUFELD, 2015).

A empatia desempenha um papel muito importante na promoção de ajuste psicológico e social e é uma resposta emocional derivada da percepção e aceitação do estado da condição do outro. Um programa envolvendo a empatia como prevenção à agressão de indivíduos entre seus pares seria eficaz se tivesse como finalidade levar o sujeito a adaptar-se melhor ao ambiente e, dessa forma, promover saúde mental e prevenir o transtorno de ansiedade (NEUFELD, 2015).

De acordo com Guancino, Toni e Batista (2020), evidências mostram que, quando cuidadores

participam de programas por meio de sessões com a comunidade, a eficácia do método de prevenção acaba por reduzir os sintomas em entes queridos ansiosos. Para melhorar o alcance do programa, podem-se utilizar clínicas-escolas para auxiliar na prevenção.

Promoção à saúde significa fortalecer fatores de proteção como formas de enfrentamento, bem como os possíveis determinantes que causam a ansiedade, visando o potencial máximo de saúde mental (GUANCINO; TONI; BATISTA, 2020).

Fatores de proteção são atividades que visam à adoção de intersectorialidade de ações, criando ambientes favoráveis à saúde e ao aprendizado de habilidades sociais (GUANCINO; TONI; BATISTA, 2020).

Prevenir transtornos mentais, em especial o transtorno de ansiedade e promover saúde mental é primordial, pois a promoção e a prevenção auxiliam no desenvolvimento do indivíduo para que ele seja capaz de desenvolver resiliência, que é um conjunto de processos de vida que auxilia no enfrentamento das situações de sofrimento, transformação pessoal, coletiva, cultural, bem como na superação das adversidades (GUANCINO; TONI; BATISTA, 2020).

Ou seja, a prevenção à saúde mental deve ser feita de forma universal, beneficiando todos os públicos e trazendo, dessa forma, uma melhor qualidade de vida para o indivíduo.

Cabe à psicologia ser a provedora no auxílio de informações sobre a identificação de suspeita de transtornos mentais como forma de prevenção e promoção da saúde mental, através da construção de vínculos saudáveis nas primeiras fases, principalmente quando se trata da saúde mental da criança em desenvolvimento.

### **Metodologia**

Revisão de literatura na qual foram feitas pesquisas on-line sobre o tema Crenças Disfuncionais e Ansiedade e sua relação com as fases do desenvolvimento abordadas na teoria de Beck,

Bandura e Piaget. A busca foi realizada no período de dezembro de 2021 a janeiro de 2022, utilizando os seguintes descritores: “saúde mental”, “ansiedade”, “fases do desenvolvimento”, “crenças disfuncionais”, “tipos de ansiedade”, “terapia cognitivo-comportamental”.

Os estudos selecionados foram obtidos em sites especializados em divulgar pesquisa acadêmica, tais como: Scientific Electronic Library Online - SciELO, Periódicos Eletrônicos em Psicologia - PePSIC e no banco de teses e dissertações da Capes. Foram utilizados também relatórios da Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como livros de autores que tratam da temática em questão. Os elementos de exclusão foram trabalhos fora do período delimitado e escritos em língua estrangeira.

### **Resultados e discussão**

Para Beck (2014), já no início da infância, o indivíduo acaba por desenvolver ideias sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o ambiente à sua volta. As crenças mais centrais ou, seja, as globais são compreendidas de forma duradoura, que são fundamentais e profundas e não são articuladas nem mesmo para o próprio indivíduo.

No transtorno de ansiedade, a interpretação dos eventos ocorridos acaba tomando grandes proporções, uma vez que os efeitos são exagerados e o indivíduo foca nos aspectos negativos e ignora os positivos (OLIVEIRA, 2011).

Beck menciona que o indivíduo com transtornos psicológicos, inclusive o transtorno de ansiedade, interpreta com erros situações do cotidiano, pois seus pensamentos são tendenciosos e os erros cognitivos envolvem erros de julgamentos ou até mesmo equívoco dos pensamentos na forma de avaliar o que está acontecendo, ou seja, como o indivíduo está percebendo a situação em questão (OLIVEIRA, 2011).

De acordo com a teoria de Beck, as pessoas com ansiedade possuem uma tendência de in-

interpretar os eventos ocorrentes como mais perigosos do que realmente são, em função das crenças e regras que apreenderam em períodos precoces de suas vidas. As crenças podem até mesmo ter sido úteis no passado em determinadas situações, mas tornam-se problemáticas quando situações emocionais e de estresse as ativam de forma distorcida ou catastrófica (CORDIOLI et al, 2001).

A ansiedade proporciona avaliação aumentada dos riscos e diminuída dos recursos que o indivíduo tem para enfrentá-los, tornando-o vulnerável devido à visão das crenças que ele tem sobre si, interpretando de forma automática ou seja está automático a indicação de um possível perigo, no qual possa ser responsável ou causar algum dano a alguém e a si mesmos. As crenças, suposições e regras tendem a tornar mais vulnerável a ansiedade e seu diagnóstico diferenciado (CORDIOLI, et al, 2001).

Tais crenças e regras podem ter sido adquiridas em função de um senso precoce e amplo de responsabilidades desenvolvido e até mesmo estimulado durante a infância. Os códigos de condutas rígidas muitas vezes são desenvolvidos em ambientes familiares onde os medos predominavam, não havendo oportunidade para confrontá-los e esse incidente resultou em algum dano sério para si e outras pessoas. O crescimento em um ambiente crítico onde a pessoa foi considerada “bode expiatório”, aumentos eventuais nos níveis de responsabilidade em idades que ainda não estão preparados para determinada função podem contribuir para o desenvolvimento de crenças negativas sobre si mesmos (CORDIOLI, et al, 2001).

Na ansiedade, devido às crenças, o sujeito faz a interpretação catastrófica onde desenvolvem medos condicionados a determinados gatilhos havendo sensações corporais e de evitações de tal situação, trazendo para si desesperança e incapacidade para administrar a ansiedade (MANFRO et al, 2008).

Bandura diz que as crenças sobre a própria capacidade estão relacionadas ao processo afetivo, influenciando nos níveis de estresse e ansiedade frente às situações percebidas como ameaçadoras (LORICCHIO; LEITE, 2012).

As crenças de autoeficácia, de acordo com Bandura (2001), influenciam nas escolhas diante

das ações que serão realizadas mediante o quanto de esforço nos objetivos pessoais que o indivíduo coloca para alcançar tais objetivos, mais o tempo de perseveração em relação aos obstáculos que podem ocorrer, além dos fracassos, diante dessa situação entra os padrões de pensamento, envolvendo paralização, grau de estresse, depressão, que estão ligados às demandas do ambiente do indivíduo.

Bandura (2001) relata que a maneira pela qual o indivíduo resolve os problemas vai depender do julgamento feito sobre suas capacidade de agir diante das situações e, sendo assim, aqueles que se veem como eficazes/capazes irão esperar resultados favoráveis das suas ações, ocorrendo o oposto com sujeitos com crença de baixa autoeficácia, os quais esperaram o pior dos resultados.

Na ansiedade patológica ocorre uma resposta distorcida a um determinado estímulo devido a sua intesidade ou duração. Trata-se de uma resposta de adaptação do organismo, que possui componentes fisiológicos e psicológicos, referindo-se a um estado emocional transitório ou a uma condição do organismo movido por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos, ou seja, o indivíduo tem uma interpretação errada/desadaptada do que está acontecendo ou vai acontecer e, dessa forma, antecipa medos e tende a se esquivar e não agir por medo de não conseguir devido às crenças que tem sobre si mesmo (LORICCHIO; LEITE, 2012).

Piaget, em sua teoria, traz uma ligação entre o ambiente e a experiência do indivíduo, pois, de acordo com sua teoria, o indivíduo, agindo sobre o meio ambiente casa/escola/trabalho/relações interpessoais, vai elaborar os sistemas de organização de suas ações sobre a realidade/ou sua interpretação dela. Desde que nasce, o indivíduo vai adquirindo, por meio do ambiente, experiências que vão refletir, durante todo o curso de sua vida, o que ele apreendeu nesse percurso. A ansiedade é um aspecto afetivo-emocional que influencia na forma de o indivíduo resolver os seus problemas, prejudicando seu desempenho, dependendo de como ele percebe a situação vivenciada (LOOS, 2004).

Para Beck (2014), no decorrer de seu desenvolvimento, o indivíduo vai desenvolvendo sua forma de ver o mundo, as pessoas e a si mesmo, mediante os eventos vivenciados durante toda a vida. Dessa forma, a pessoa vai adquirindo crenças através do meio ambiente pelos seus cuidadores

e pessoas próximas. Essas crenças, dependendo de como a pessoa as interpreta, irão gerar um pensamento, um sentimento e um comportamento, que podem ser positivos ou negativos. Se negativo e dependendo da intensidade, o indivíduo fica mais propenso a desenvolver a ansiedade.

Segundo Papalia (2013), de acordo com a teoria de Piaget o indivíduo, através do ambiente onde está inserido, vai adquirindo experiências e desenvolvendo seu sistema de organização diante da realidade vivenciada. Portanto, a maneira com que ele interpreta sua realidade e o que aprendeu é levado para o seu futuro, fazendo-o organizar seu sistema, considerando o afeto e a emoção. Se não houver a regulação emocional, a ansiedade tende a ser uma realidade para ele.

Já para Badura (2001), a avaliação que o indivíduo faz sobre si mesmo e sua capacidade é que vai defini-lo como capaz ou incapaz de resolver os problemas que surgem do decorrer da vida.

Ambos os autores Beck, Badura e Piaget, concordam com a influência do ambiente sobre a forma com que o indivíduo vai sentir, se ver, se avaliar e se comportar. Esse ambiente vai favorecer o crescimento cognitivo, mas, dependendo de como a pessoa entende os eventos, as crenças negativas podem prevalecer, levando-o a desenvolver vários transtornos, inclusive o transtorno de ansiedade.

A psicologia tem o papel como ciência humana de elaborar projetos movidas para a prevenção e promoção da saúde mental, de forma universal, englobando todos os públicos, não apenas aqueles ligados aos fatores de risco.

### **Conclusão**

Podemos verificar que as crenças estão relacionadas com as experiências que vivenciamos no decorrer do nosso desenvolvimento, ou seja, durante toda nossa vida. A partir das crenças é que desenvolvemos pensamentos desadaptativos/ disfuncionais, que nos levam a interpretar nosso ambiente de forma negativa.

Essa forma negativa nos leva a achar que não somos capazes de realizar ou conseguir algo

de que precisamos e não acreditarmos em nossas habilidades e capacidade para resolver os problemas, portanto acabamos desenvolvendo medo de errar, medo de levar uma bronca, de ser chamado a atenção, passando a acreditar que tudo que fazemos não está adequado, sempre está errado ou não vamos dar conta.

Através das crenças disfuncionais é que temos pensamentos negativos, que nos levam a preocupações e medos exagerados e, nesse caso, entra a ligação entre as crenças disfuncionais com a ansiedade.

Podemos ver que os teóricos pesquisados trouxeram que as crenças são adquiridas desde o nascimento e por intermédio da influência do nosso cotidiano de uma forma geral, e por meio de cuidadores, amigos, trabalho, entre outros. A maneira como interpretamos essa convivência com o meio é que vai definindo como pensamos sobre nós mesmos, os outros e o mundo.

Se a nossa interpretação do ambiente for negativa, ficaremos vulneráveis a desenvolver transtornos de ansiedade, já que ela tem ligação afetiva-emocional, sendo considerada como um transtorno relacionado à saúde mental. A forma como interpretamos nosso meio vai influenciar na visão de sermos capazes ou incapazes.

A psicologia, diante dessa realidade, tem um papel importante para influenciar a criar ações que promovam a prevenção da saúde mental, levando, através da psicoeducação, o conhecimento sobre os transtornos mentais, bem como dos comportamentos que podem prejudicar o outro e favorecer o desenvolvimento não só do transtorno de ansiedade, mas de vários outros transtornos relacionados à saúde mental.

Criar ações de prevenção e promoção à saúde mental pode significar mais adultos saudáveis e, conseqüentemente, mais filhos saudáveis. Significa menos agressão, menos rótulo e pessoas mais confiantes em suas capacidades, habilidades, desenvolvendo crenças mais saudáveis sobre si mesmas, sobre os outros, o mundo e o futuro.

**Referências**

ALBUQUERQUE, P. J.; et al. Tentativa de Suicídio, Transtorno de Estresse Pós- Traumático e Fatores associados em mulheres do Recife. Rev. Bras. Epidemiol. v. 23, n. 9, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200010>. Acesso em: 28 dez. 2021.

BANDURA, A. Teoria social cognitiva: uma perspectiva do agente. Rev. Annual Review of Psychology, n. 52, p. 1-26, 2001. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=319407&pid=S1677-0471201200010000500004&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=319407&pid=S1677-0471201200010000500004&lng=pt). Acesso em: 28 dez.2021.

BECK, J. Terapia Cognitivo-comportamental Teoria e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://adventista.edu.br> > psicologia > Judith- Beck. Acesso em: 29 dez. 2021.

CAETANO, K. A. S. Eficácia da terapia cognitiva processual no tratamento do transtorno de ansiedade social: avaliação de um ensaio clínico randomizado. 2017. 169 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br> > tese\_versao\_corrigida. Acesso em: 05 de jan. 2022.

CAIXETA, P. P. P. Ansiedade na atenção primária: como lidar?. 2014. 26 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Estratégia de Saúde da Família) – Universidade federal do triângulo mineiro. Uberaba/MG, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br> > imagem. Acesso em: 02 de jan. 2022.

CORDIOLI, A. V. Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. Rev.Psiq.Clín. v. 28, n. 4, 2001. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br> > bitstre-

am › handle. Acesso em: 01 de jan. 2022.

COSTA, C. O. Prevalência de Ansiedade e Fatores Associados em Adultos. Rev. Bras. Psiquiatr, v. 68, n. 2, abr./jun, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>. Acesso em: 06 de jan. 2022.

D'AVILA, L. I. et al . Processo patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português - revisão integrativa. Rev. Psicol. Saúde, v.12, n.2, p.155-168, jun. 2020 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2020000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 dez. 2021.

DIAS, E. T. D. M. Teoria Social Cognitiva: Conceitos básicos. Rev. Estud.Psicol., Campinas. v. 26, n. 4., dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400016>. Acesso em: 30 dez. 2021.

DUARTE, A. L. C; NUNES, M. L. T; KRISTENSEN, C. H. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 4, n. 1., 2008. Disponível em: DOI: 10.5935/1808-5687.20080004

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais. American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FERNANDES, L. F. B. et al . Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. Psicol. teor. prat., v.16, n. 3, p. 83- 99, dez. 2014 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872014000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300007&lng=pt&nrm=iso). Acesso

em: 31 dez. 2021.

FERNANDES, M. A. et al. Prevalência dos Transtornos de Ansiedade como Causa de Afastamento de Trabalhadores. *Rev. Brasileira de Enfermagem REBEn e Saúde Mental*. v. 71(suppl 5), p. 2344-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-095>. Acesso em: 28 dez. 2021.

FERRIOLLI, S. H. T; MARTURANO, E. M; Punte, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2007*. Disponível em: <https://www.scielo.br › rsp › abstrac>

GOMES. L. C; BELLINI .L. M. Uma revisão sobre aspectos fundamentais da teoria de Piaget: possíveis implicações para o ensino de física. *Rev. Bras. Ensino Fís*. v. 31, n. 2, jun 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-11172009000200002>.

GUANCINO, L.; TONI, C. G. S.; BATISTA, A. P. Prevenção de ansiedade infantil a partir do método friends. *Rev.Psico-USF*. v. 25 n. 3. jul/set, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250310>. Acesso em: 31 dez. 2021.

LORICCHIO, T. M. B.; LEITE, J. R. Estresse, ansiedade, crenças de autoeficácia e o desempenho dos bacharéis em Direito. *Aval. psicol., Itatiba* ,v.11, n. 1, p. 37-47, abr. 2012 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712012000100005&lng=pt&nrm=i-so](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712012000100005&lng=pt&nrm=i-so). Acesso em: 31 dez. 2021.

LOOS, H. Ansiedade e aprendizado: um estudo com díads resolvendo problemas algébricos. *Rev.*

Estudos em Psicologia. v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 31 de dez. 2021.

LOWENTHAL, R. Saúde mental na infância: proposta de capacitação para atenção primária. São Paulo: Ed. Mackenzie, 2013. - (Coleção saberes em tese; v. 2). Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788582937273>

MANFRO, G. G. et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. Rev. Braz. J. Psychiatry. v. 30, n. 2, out. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600005>. Acesso em: 01 de jan. 2022.

MONTIEL, J. M. et al . Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico. Bol. - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 34, n. 86, p. 171- 185, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2014000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 jan. 2022.

MOURA, T. B.; VIANA, F. T.; LOYOLA, V. D. Uma análise de concepção sobre a criança e a inserção da infância no consumismo. Rev. Psicol. Cienc., 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200016>

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C.. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 3- 36, dez. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 dez. 2021.

NEUFELD, C. B. Terapia Cgnitivo-Comportamental Em Grupo Para Crianças e Adolescentes. Porto Alegre, RS: Ed. Artmed Ltda, 2015.

OLIVEIRA, C. I; PIRES, A. C; VIEIRA, T. M. A terapia cognitiva de Aaron Beck como reflexividade na alta modernidade: uma sociologia do conhecimento. *Psic.: Teor. e Pesq.* v. 25, n. 4, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000400020>

OLIVEIRA, M. I. S. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro ,v. 7, n. 1, p. 30- 34, jun. 2011 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872011000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 31 dez. 2021.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Mais de 300 milhões de pessoas sofrem de Depressão no Mundo diz OMS. Site Nações Unidas do Brasil. Publicado em 02/2017. Disponível em: <https://news.un.org/story/2017/>

PAPALIA, D. E; FELDMAN R. D. Desenvolvimento Humano. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

RAMOS, R. T. Fobias específicas: classificação baseada na fisiopatologia. *Novos Caminhos em Pesquisa. Arch. Clin. Psychiatry.* v. 34, n. 4, p. 196-198, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000400006>. Acesso em: 05 jan. 2022.

REYES, A. N.; FERMANN, I. L. Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Rev. bras.ter. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 49-54, jun. 2017 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1808-56872017000100006>

vel em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872017000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 dez. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20170008>.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G. Transtorno do Pânico. Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul, v. 31. n. 2, p. 86-94, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000200002>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SILVA, B. R.; OLIVEIRA, M. C.; MELO-SILVA, L. Le. Autoeficácia no aconselhamento de carreira: estudo com orientadores profissionais brasileiros. Rev. bras. orientac. prof, São Paulo, v.15, n.1, p. 5-13, jun. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-33902014000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902014000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 dez. 2021.

SCHOLL, C. C.; QUEVEDO, C. A. Qualidade de vida no transtorno obsessivo- compulsivo: um estudo com usuários da atenção básica. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. v. 22 n. 4, abr., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.02062015>. Acesso em: 29 dez. 2021.

VARGAS, G. C.; OLIVEIRA, I. C. V.; RIBEIRO, K. C. S. Freud e Hitchcock: comparação de quadros de fobia. Lat. Am. j. fundam. psychopathol. on line, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 56-68, maio 2008 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-03582008000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-03582008000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 dez. 2021.

WRIGHT, J. H; BASCO, M. R; TRASE, M. E. Aprendendo a terapia cognitivo- comportamental. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2008. Disponível em: <https://docero.com.br > doc>. Acesso em: 05 jan. 2022.