



TERAPIA COGNITIVO- -COMPORTAMENTAL PARA ADOLESCENTES

UMA PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA E DESENVOLVIMENTAL



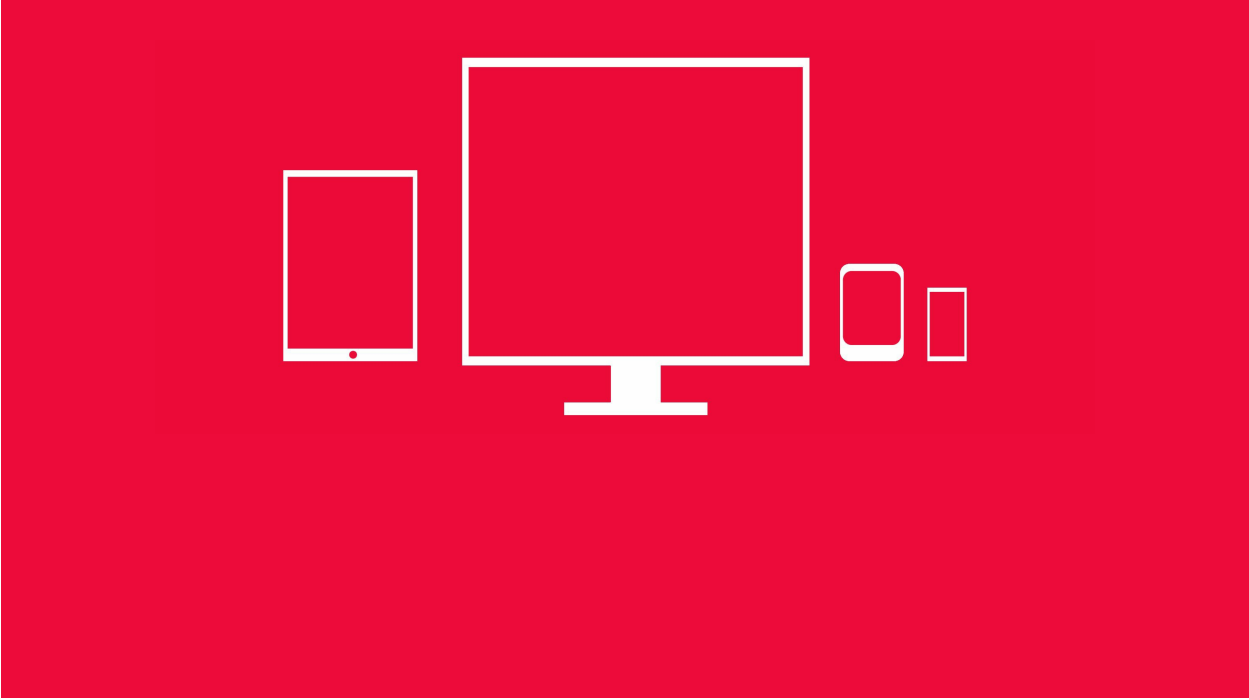
CARMEM BEATRIZ NEUFELD
organizadora



TERAPIA
COGNITIVO-
-COMPORTAMENTAL
PARA ADOLESCENTES
UMA PERSPECTIVA
TRANSDIAGNÓSTICA E
DESENVOLVIMENTAL



CARMEM BEATRIZ NEUFELD
organizadora



Aviso

Todo esforço foi feito para garantir a qualidade editorial desta obra, agora em versão digital. Destacamos, contudo, que diferenças na apresentação do conteúdo podem ocorrer em função das características técnicas específicas de cada dispositivo de leitura.

TERAPIA
COGNITIVO-
-COMPORTAMENTAL
PARA ADOLESCENTES
UMA PERSPECTIVA
TRANSDIAGNÓSTICA E
DESENVOLVIMENTAL

CARMEM
NEUFELD
organizadora

BEATRIZ

Versão impressa desta obra: 2017



A Artmed é a editora
oficial da FBTC

2017

© Artmed Editora Ltda., 2017.

Gerente editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa: *Paola Manica*

Preparação de originais: *Antonio Augusto da Roza*

Tradução do capítulo 5: *Juliana dos Santos Padilha*

Projeto e editoração: *TIPOS – design editorial e fotografia*

Produção digital: *Loope* | www.loope.com.br

T315 Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes : uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental [recurso eletrônico] / Organizadora, Carmem Beatriz Neufeld. – Porto Alegre : Artmed, 2017.
e-PUB.

Editado como livro impresso em 2017.

ISBN 978-85-8271-398-3

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental. I. Neufeld, Carmem Beatriz.

CDU 616.8-085.851

Catálogo na publicação: Poliana Sanchez de Araujo – CRB 10/2094



Reservados todos os direitos de publicação à

ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana

90040-340 – Porto Alegre – RS

Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

SÃO PAULO

Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque

01221-020 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.



AUTORES

CARMEM BEATRIZ NEUFELD (Org.): Psicóloga. Terapeuta cognitiva certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-doutorada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora e orientadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-comportamental (LaPICC) da USP. Professora convidada do Mestrado na Universidade de Granada, Espanha. Vice-presidente da Associação Latino-americana de Psicoterapias Cognitivas (gestão 2015-2018). Bolsista produtividade do CNPq.

ALESSANDRA ALMEIDA ASSUMPÇÃO: Psicóloga. Assistente social. Mestre em Medicina Molecular pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento Humano na UFMG. Colaboradora de pesquisa no LaPICC-USP e no Laboratório de Processos Cognitivos (Labcog) da UFMG.

ALINE HENRIQUES REIS: Psicóloga. Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC. Formação em Terapia do Esquema pelo Wainer e Piccoloto Centro de Psicoterapia (WP). Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Cognitivo-comportamental pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS).

ANA IRENE FONSECA MENDES: Psicóloga. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela FBTC. Mestre e Doutora em Psicobiologia

pela FFCLRP-USP. Supervisora e colaboradora de pesquisa do LaPICC-USP. Coordenadora do Ambulatório de Terapia Cognitivo-comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) da USP.

ANDRÉ VERZONI: Psicólogo clínico. Psicanalista. Professor. Mestre e doutorando em Psicologia Clínica na PUCRS.

CAMILA MORELATTO DE SOUZA: Psiquiatra da infância e adolescência. Doutora em Psiquiatria pela UFRGS.

CARLA CRISTINA DAOLIO: Psicóloga.

CAROLINA SARAIVA DE MACEDO LISBOA: Psicóloga. Terapeuta certificada pela FBTC. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia e da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa: Relações Interpessoais e Violência – Contextos Clínicos, Sociais, Educativos e Virtuais e da Especialização em Psicoterapia Cognitivo-comportamental da PUCRS. Bolsista produtividade nível 2 do CNPq. Coordenadora de Comissões da FBTC.

CIRCE SALCIDES PETERSEN: Psicóloga. Terapeuta certificada pela FBTC. Advanced Training in Rational Emotive Behavioral Therapy pelo Ellis Institute, Nova York. Training in Mindfulness Based Stress Redution pela Mind Life, Reino Unido. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Pós-doutorada em Psicologia pela UFRGS. Diretora de Ensino da Projecto Centro Cultural e de Formação.

DANIELA V. PACHITO: Neurologista. Neurofisiologista. Especialista em Medicina do Sono com certificação pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN), Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica (SBNC) e Associação Brasileira do Sono (ABS). Mestre em Neurociências e Ciências do Comportamento pela Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Doutoranda em Saúde Baseada em Evidências na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

DAVI BIAGGI: Professor de educação física. Personal trainer certificado pela Sociedade Brasileira de Personal Trainer (SBPT). Especialista em Treinamento Desportivo e Personalizado e em Metodologia do Ensino Superior pela Faculdade Assis Gurgacz (FAG).

DAVI MANZINI MACEDO: Psicólogo. Mestre em Psicologia pela UFRGS.

DÉBORA C. FAVA: Psicóloga. Terapeuta certificada pela FBTC. Formação em Manejo do Comportamento Infantil pelo Piedmont Virginia Community - College (PVCC), Estados Unidos. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto WP. Mestre em Psicologia com ênfase em Cognição Humana pela PUCRS. Membro associada e membro da Comissão de Certificação de Novos Terapeutas no Brasil da FBTC. Professora e supervisora em cursos de pós-graduação. Coordenadora do Curso de Formação em Terapia Cognitivo-comportamental na Infância e Adolescência no Centro de Excelência da Vida (AL) e na Elo – Psicologia e Desenvolvimento (RS).

ÉRICA PANZANI DURAN: Psicóloga. Especialista em Terapia Comportamental Cognitiva em Saúde Mental pelo Programa Ansiedade (Amban) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HCFMUSP). Mestre em Ciências pelo HCFMUSP. Colaboradora do Amban, IPq-HCFMUSP. Coordenadora do Núcleo Conscientia.

ERNESTO ALVARADO: Psicólogo. Formação em Terapia Comportamental Dialética pelo The Linehan Institute/Behavioral Tech, Estados Unidos. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS.

FERNANDA AGUILLERA: Psicóloga. Formação em Orientação Profissional e de Carreira pelo Instituto do Ser. Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutora em Psicologia pela FFCLRP-USP. Docente da Universidade Federal de Sergipe (UFS), da Faculdade Estácio de Sergipe e da Faculdade Pio Décimo em Aracaju (SE). Membro da Associação Brasileira de Orientação Profissional (ABOP) e do GT “Carreiras: informação, orientação e aconselhamento” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP).

FERNANDA VILLELA FRIOLI: Psicóloga clínica.

GABRIELA SALIM XAVIER MOREIRA: Psicóloga. Mestre em Ciências – Psicologia pela FFCLRP-USP. Doutoranda na FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Nutrição e Comportamento e do LaPICC-USP.

IRISMAR REIS DE OLIVEIRA: Psiquiatra. Terapeuta cognitivo-comportamental. Doutor em Neurociências pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor Titular de Psiquiatria nos Programas de Pós-graduação em Medicina e Saúde e Processos Interativos de Órgãos e Sistemas da UFBA. Livre-docente em Psiquiatria pela UFBA.

ISABELA MARIA FREITAS FERREIRA: Psicóloga. Mestranda em Psicologia na FFCLRP-USP. Membro do LaPICC-USP.

JULIANA MALTONI: Psicóloga. Mestranda em Psicologia na FFCLRP-USP.

JULIE ALMEIDA GURGEL DO AMARAL: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Faculdade Martha Falcão (FMF/AM). Coordenadora do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental na Infância e Adolescência do Instituto de Terapia Cognitivo-comportamental da Faculdade Mário Quintana (InTCC/FAMAQUI), Manaus.

LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES: Psicóloga. Mestre e Doutora em Ciências pela Unifesp. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Pesquisadora do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas da UFJF. Vice-presidente da Associação de Terapias Cognitivas de Minas Gerais (ATC-MG).

LEONARDO ZAIDEN LONGHINI: Psicólogo. Mestrando em Psicologia na FFCLRP-USP.

LUÍSA F. HABIGZANG: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e

Intervenções Clínicas (GPVVIC) e do Curso de Especialização Abordagens da Violência contra Crianças e Adolescentes da PUCRS. Professora do Curso de Especialização em Psicoterapia Cognitivo-comportamental da PUCRS. Editora associada das revistas *Temas em Psicologia* e *Psico*, da PUCRS.

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA: Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Ciências pela Unifesp. Pós-doutorada na University of Maryland, Baltimore County, Estados Unidos.

MARIA CELESTE AIRALDI: Psicóloga. Especialista e supervisora em Terapia Racional Emotiva Conductual pelo Albert Ellis Institute, Nova York. Professora da Universidade Católica Nuestra Señora de la Asunción, Paraguai. Diretora da Sensorium.

MARINA GREGHI STICCA: Psicóloga. Doutora em Engenharia de Produção pela UFSCar. Professora Doutora do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP.

MARINA GUSMÃO CAMINHA: Psicóloga. Terapeuta cognitiva certificada pela FBTC. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela Unisinos. Coordenadora do Instituto TRI, sócia-diretora do European Center for Cognitive Behavioral Therapies (ETCC) e do InTCC-RS. Coordenadora dos cursos de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental e em Terapia Cognitivo-comportamental na Infância e Adolescência no InTCC.

MAYCOLN TEODORO: Psicólogo. Mestre em Psicologia Social pela UFMG. Doutor em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento pela Albert Ludwigs Universität Freiburg, Alemanha.

MICHELLA LOPES VELASQUEZ: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Instituto de Terapia Cognitiva (ITC/SP). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT). Doutoranda em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas na UFBA.

PRISCILA LAWRENZ: Psicóloga. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS. Membro do GPVVIC.

RAQUEL DE MELO BOFF: Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pela UFRGS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutoranda em Psicologia na PUCRS. Docente do Centro Universitário Univates. Membro do Grupo de Pesquisa em Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo-comportamental (GAAPCC) da PUCRS.

RENATA BRASIL ARAUJO: Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia pela PUCRS. Formação em Terapia dos Esquemas pelo Núcleo de Estudos e Atendimentos em Psicologia Cognitiva (NEAPC) – International Society of Scheema Therapy (ISST). Psicóloga, coordenadora e supervisora dos Programas de Dependência Química e de Terapia Cognitivo-comportamental do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). Supervisora do Estágio em Dependência Química da Especialização em Psiquiatria do HPSP, do Centro de Estudos José de Barros Falcão e da Fundação Mário Martins. Professora dos cursos de Especialização em Terapia Cognitivo-comportamental do Instituto WP, NEAPC, Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI), InTCC, Instituto Catarinense de Terapia Cognitiva (ICTC) e Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (IPTC). Sócia-diretora e psicóloga do Modus Cognitivo – Núcleo de Terapia Cognitivo-comportamental. Ex-presidente da ATC-RS.

RENATA FERRAREZ FERNANDES LOPES: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicobiologia pela FFCLRP-USP. Professora Associada do Instituto de Psicologia da UFU.

RENATO M. CAMINHA: Psicólogo. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS. Doutorando na Universidade do Algarve, Portugal. Diretor de ensino do InTCC-RS. Professor convidado da Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha. Criador do protocolo clínico e preventivo Terapia de Reciclagem Infantil (TRI).

RICARDO FRANZIN: Psiquiatra. Especialista em Terapias Cognitivo-comportamentais pelo Instituto Paranaense de Terapias Cognitivas (IPTC). Psiquiatra dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Terra Boa, Ubiratã e Mamborê, Paraná.

ROSANE PILOT PESSA: Nutricionista. Mestre e Doutora em Ciências – Psicobiologia; Saúde Mental – pela USP-Ribeirão Preto. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Vice-coordenadora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares (GRATA) do HCFMRP-USP.

SILVIA H. KOLLER: Psicóloga. Doutora em Educação pela PUCRS. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Centro de Estudos Psicológicos CEP-RUA/Psicologia/UFRGS. Pesquisadora 1A do CNPq.

THAÍS BARBOSA BENEDETTI: Psicóloga. Mestranda em Psicologia na FFCLRP-USP.

VICTOR CAVALLARI SOUZA: Psicólogo. Especialista em Psicologia do Esporte pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Mestre e doutorando em Ciências no Programa de Pós-graduação em Psicobiologia da FFCLRP-USP. Membro da diretoria executiva da Associação Brasileira de Psicologia do Esporte (Abrapesp) e cocoordenador do Núcleo de Psicologia do Esporte do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP).

WILSON VIEIRA MELO: Psicólogo. Formação em Terapia Comportamental Dialética pelo The Linehan Institute/Behavioral Tech, Estados Unidos. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutor em Psicologia pela UFRGS, com estágio de pesquisa na University of Virginia, Estados Unidos. Vice-presidente da FBTC. Coordenador do Processo de Certificação de Terapeutas Cognitivos no Brasil. Fundador e psicoterapeuta do ITC/RS.



PREFÁCIO

É um verdadeiro privilégio profissional escrever o prefácio deste livro sobre os aspectos transdiagnósticos e desenvolvimentais da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para adolescentes organizado pela Dra. Carmem Beatriz Neufeld. De fato, o livro tem um oportuno e abrangente olhar sobre as tendências que desafiam a TCC contemporânea.

A TCC é amplamente considerada como o padrão de tratamento de transtornos internalizantes e externalizantes em jovens. Iniciada modestamente na metade do século passado, ela se desenvolveu a ponto de ser, hoje, a mais respeitada forma de psicoterapia. A teoria subjacente permanece relevante ainda no século XXI, e o atual quadro de conhecimentos que apoiam suas múltiplas aplicações clínicas é robusto. A TCC fortaleceu seus laços empíricos e continua a crescer como paradigma psicossocial.

O foco da Dra. Neufeld e dos demais autores deste livro na adolescência como estágio cronológico e de desenvolvimento é digno de mérito. A adolescência é um período de mudanças neurobiológicas, físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Ainda, pressões do ambiente e interpessoais afetam os indivíduos nessa fase. Consequentemente, esse é um tempo de grandes oportunidades, mas também de pontos de tensão. Enquanto há um consenso entre os neurocientistas de que a completa maturidade do cérebro não se dá até o período que vai, aproximadamente, dos 25 aos 30 anos, os adolescentes experimentam consideráveis mudanças neurobiológicas. Entretanto, apesar da cada vez maior sofisticação neurobiológica, eles ainda são muito impulsivos e intensos em suas ações. Muitos teóricos veem essa impulsividade como sendo governada pelo processamento do sistema límbico dominante e por mediações mais lentas do lóbulo frontal. A TCC em adolescentes objetiva, precisamente, facilitar um melhor processamento do lóbulo frontal.

A maioria dos indivíduos fazem a transição de um corpo infantil a um adulto durante o período da adolescência. Eles aparentam ser fisicamente

maduros, mas geralmente lhes falta a maturidade psicossocial que deveria necessariamente acompanhar a maturidade física. A pressão social e dos pares é um fardo pesado para os adolescentes. O abuso de substâncias e os transtornos alimentares tornam-se mais prevalentes durante essa fase. Os pais, antes a principal fonte de apoio e direcionamento dos jovens, vão para segundo plano quando os adolescentes se voltam mais aos pares. Os jovens procuram ardentemente a independência e comumente se revoltam contra adultos e outras figuras de autoridade. A TCC é especialmente apropriada para ajudá-los a navegar por águas traiçoeiras ao deixar a infância e chegar à idade adulta.

Neufeld e seus coautores também apontam para o animador desenvolvimento das aplicações transdiagnósticas da TCC. Tanto clínicos quanto acadêmicos estão aderindo cada vez mais a um método transdiagnóstico para problemas clínicos. A procura por vias psicopatológicas comuns e intervenções que atenuem seus efeitos perniciosos parece ser uma nova fronteira. É certamente razoável esperar que clínicos e pesquisadores cognitivo-comportamentais sejam os líderes nessa área.

A Dra. Neufeld e os demais autores deste livro estão preparados para apresentar aos leitores os novos desenvolvimentos na teoria, na ciência e na prática da TCC. Eles trazem uma abordagem de tópicos e áreas temáticas abrangentes. Ao longo deste trabalho eles irão avançar pensando em áreas da aplicação transdiagnóstica e de desenvolvimento da TCC para adolescentes.

ROBERT D. FRIEDBERG, PH.D., ABPP, ACT
Professor and Director, Center for the Study and
Treatment of Anxious Youth at Palo Alto University



SUMÁRIO

PARTE I ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS, TEÓRICOS E PRÁTICOS

1 DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, SOCIOEMOCIONAL E FÍSICO NA ADOLESCÊNCIA E AS TERAPIAS COGNITIVAS CONTEMPORÂNEAS

Davi Manzini Macedo
Circe Salcides Petersen
Silvia H. Koller

2 A PERSPECTIVA ADOLESCENTE NA TEORIA COGNITIVA DE BECK

Alessandra Almeida Assumpção
Maycoln Teodoro
Juliana Maltoni
Carmem Beatriz Neufeld

3 A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA NA ADOLESCÊNCIA

Wilson Vieira Melo
Débora C. Fava
Camila Morelatto de Souza
Ernesto Alvarado

4 ADOLESCÊNCIA NA PERSPECTIVA DA TERAPIA DO ESQUEMA

Renata Ferrarez Fernandes Lopes

5 TERAPIA RACIONAL-EMOTIVO-COMPORTAMENTAL COM ADOLESCENTES

Maria Celeste Airaldi

6 TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES

Michella Lopes Velasquez
Érica Panzani Duran

Irismar Reis de Oliveira

7 ESTRATÉGIAS DE MANEJO TERAPÊUTICO COM ADOLESCENTES

Carmem Beatriz Neufeld
Juliana Maltoni
Leonardo Zaiden Longhini
Julie Almeida Gurgel do Amaral

PARTE II ASPECTOS TRANSDIAGNÓSTICOS

8 USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Renata Brasil Araujo

9 ALIMENTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL

Gabriela Salim Xavier Moreira
Raquel de Melo Boff
Rosane Pilot Pessa
Margareth da Silva Oliveira
Carmem Beatriz Neufeld

10 IMPULSIVIDADE, DELINQUÊNCIA E COMPORTAMENTO DISRUP- TIVO: INTERVENÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Aline Henriques Reis

11 MANEJO DE EMOÇÕES E ESTRESSE

Ana Irene Fonseca Mendes
Isabela Maria Freitas Ferreira
Fernanda Villela Frioli
Carla Cristina Daolio
Carmem Beatriz Neufeld

12 EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM ADOLESCENTES: UMA ABOR- DAGEM INTEGRADA ENTRE FARMACOLOGIA E TCC

Ricardo Franzin
Aline Henriques Reis
Carmem Beatriz Neufeld

PARTE III ASPECTOS SOCIOEMOCIONAIS E COTIDIANOS

13 DIGITALIDADE E TECNOLOGIA

André Verzoni
Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

14 ATIVIDADE FÍSICA, ESPORTE E SONO NA ADOLESCÊNCIA

Victor CavaLlari Souza

Daniela V. Pachito

Davi Biaggi

Carmem Beatriz Neufeld

15 RELACIONAMENTOS, SEXUALIDADE E AUTOESTIMA

Priscila Lawrenz

Luísa F. Habigzang

16 VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Luísa F. Habigzang

17 ESCOLA, ESCOLHA PROFISSIONAL E MERCADO DE TRABALHO

Carla Cristina Daolio

Fernanda Aguilera

Marina Gregghi Sticca

Carmem Beatriz Neufeld

18 FAMÍLIA, ORIENTAÇÃO DE PAIS E PROFESSORES

Marina Gusmão Caminha

Renato M. Caminha

Thaís Barbosa Benedetti



PARTE I

ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS, TEÓRICOS E PRÁTICOS

1



DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, SOCIOEMOCIONAL E FÍSICO NA ADOLESCÊNCIA E AS TERAPIAS COGNITIVAS CONTEMPORÂNEAS

DAVI MANZINI MACEDO
CIRCE SALCIDES PETERSEN
SILVIA H. KOLLER

O conceito de adolescência diz respeito a um período do contínuo do desenvolvimento humano que demarca socialmente a transição da infância para a adultez. Esse período é permeado por múltiplas transformações nos níveis físico, neuroquímico, cognitivo, emocional e comportamental. As tarefas e exigências do meio modificam-se na transição entre a infância e a adolescência, bem como desta para a fase adulta. As demandas dos adolescentes dizem respeito, por exemplo, ao maior convívio social com pares, maior autopercepção e desenvolvimento de suas habilidades e competências, construção da própria identidade e de valores de vida, bem como tomadas de decisão quanto à trajetória profissional. Uma vez que as experiências dessa fase podem comprometer aspectos da qualidade de vida por um período considerável do ciclo vital, é necessário que a sociedade e o poder público busquem a promoção de experiências de vida saudáveis, que estimulem os adolescentes a selecionar experiências positivas para seu desenvolvimento nos diferentes contextos em que estão inseridos. O objetivo deste capítulo é discutir as transformações nos âmbitos citados, bem como os riscos e as potencialidades implicadas nesse período do desenvolvimento humano.

O estudo desse contínuo do desenvolvimento envolve uma pergunta - básica, porém essencial: quem são os adolescentes? Os delimitadores cronológicos adotados para a demarcação da adolescência apresentam algumas variações. A Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) compreendem o período dos 10 aos 19 anos como referencial para essa etapa e adotam a distinção entre fase inicial (10 a 14 anos) e fase final (15 a 19 anos) da adolescência. A Assembleia Geral das Nações Unidas, ao debater políticas globais a respeito dessa faixa etária, utiliza o termo *juventude*, referindo-se aos cidadãos com 15 a 24 anos de idade. Jovens são definidos como aqueles com idades entre 10 e 24 anos. Esses termos são, ainda, rotineiramente utilizados como sinônimos (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2011). Cada nação pode adotar, no entanto, suas próprias definições para delimitar essa fase do desenvolvimento. No Brasil, a legislação vigente – o Estatuto da Criança e do Adolescente – demarca a adolescência como o período que vai dos 12 aos 18 anos e prevê a extensão de algumas de suas medidas até os 21 anos de idade (Brasil, 1990).

REPRESENTATIVIDADE E DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL

Outro questionamento pertinente envolve a representatividade e a distribuição de adolescentes na população. Estima-se que o número desses indivíduos em uma perspectiva global corresponda a 1,2 bilhões (18% da população mundial). Desses, 88% residiriam em países em desenvolvimento – 108 milhões, especificamente, na América Latina e no Caribe. O número total de adolescentes, hoje, seria, portanto, superior ao dobro do contingente populacional para essa faixa etária na década de 1950. Estima-se que até 2030 haverá aumento demográfico desse grupo etário e posterior estabilização até 2050, quando se espera que 70% dos adolescentes estejam residindo em áreas urbanas. No Brasil, até 2009, o número de adolescentes era de 33.724 milhões, representando 17% da população total (UNICEF, 2011).

Ao se considerar a representatividade populacional dos adolescentes e a peculiaridade desenvolvimental em que eles se encontram, é necessária a compreensão pormenorizada a respeito das dimensões em transformação nessa fase. O aspecto mais básico e discutido da adolescência, a puberdade, corresponde ao componente biológico das transformações intrínsecas a essa etapa. Consiste em modificações sobretudo na estatura e na composição corporal, no desenvolvimento do aparelho reprodutor e na aquisição dos caracteres sexuais secundários (Leal & Silva, 2001). Tais aspectos, contudo, não esgotam as possibilidades de mudanças implicadas na adolescência. Sobretudo nas sociedades ocidentais, essa fase está associada a busca da definição de uma identidade social, aquisição de autonomia com relação aos pais, preocupação em pertencer e se identificar aos grupos de pares, experimentações sexuais e busca por relacionamentos (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014). Tais mudanças psicossociais na interação dos adolescentes com o seu meio são mediadas por aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e seus substratos neurofisiológicos. A compreensão de suas necessidades não pode estar dissociada do conhecimento sobre as transformações nesses domínios do funcionamento humano.

As investigações sobre o desenvolvimento humano e sobre a adolescência passaram por momentos históricos distintos e que exigem menção. Somente a partir do século XX a adolescência foi considerada um período desenvolvimental composto por fatores de ordem individual, histórica e cultural (Senna & Dessen, 2012). As teorias do desenvolvimento foram responsáveis, inicialmente, pela realização de investigações descritivas e atóricas, de modo a avançar para estudos sistêmicos e longitudinais voltados a testagem de hipóteses e elaboração de modelos teóricos. Essa primeira fase foi marcada por teorias que priorizavam a comparação de aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais para fins de delimitação das características da adolescência (Lerner & Steinberg, 2004; Senna & Dessen, 2012). Em sequência, as ciências interessadas no desenvolvimento humano passaram a considerá-lo a partir de seu potencial dinâmico e da interação com fatores como o contexto e o tempo. Por fim, o desenvolvimento passa a ser considerado como permeado por mudanças em potencial, e as diferentes

ciências, incluindo a psicologia, consideram a necessidade da investigação das potencialidades individuais e contextuais, bem como dos fatores de promoção de saúde (Senna & Dessen, 2012).

Um dos marcos iniciais do estudo do desenvolvimento humano é o - modelo teórico sobre o desenvolvimento das habilidades cognitivas proposto por Piaget (1960). De acordo com essa teoria clássica, é nos anos finais da infância e iniciais da adolescência que os indivíduos se tornam aptos ao raciocínio hipotético-dedutivo, de modo a poder estabelecer relações abstratas entre conceitos, fazer avaliações mais complexas e projeções para o futuro. A aquisição dessa maturação cognitiva permite que os adolescentes estejam aptos a realizar processos avaliativos e reflexivos a respeito de sua própria imagem, bem como dos relacionamentos aos quais se vinculam. Esse processo abstrato permite a elaboração de uma teoria a respeito de si mesmo, ou seja, de um senso de identidade próprio, que busca a integração de valores e propósitos pessoais. A percepção do sentido de vida dos adolescentes de modo congruente com relação a sua identidade e seus valores pessoais associa-se a consequências desenvolvimentais saudáveis, como maiores níveis de felicidade, autoestima estável e comportamento pró-social (Rodrigues & Damásio, 2014).

Desde o início da adolescência, os indivíduos tendem a se comparar aos pares, a compreender que seus comportamentos estão sob avaliação e a se preocupar mais com as implicações sociais de tais julgamentos. A maior atenção à perspectiva dos outros é mais uma fonte para que os adolescentes construam sua identidade pessoal e sua visão de si mesmos (Sebastian, Burnett, & Blackmore, 2008). Conforme começam a questionar-se sobre quem são e sobre a posição que ocupam em seu ambiente social, tornam-se mais sensíveis ao julgamento do entorno e suscetíveis a acreditar que estão constantemente sendo observados e avaliados (Lapsley & Murphy, 1985). Essa é uma característica marcante a ser observada na adolescência, em função de sua importância para o desenvolvimento das cognições a respeito do *self* e das habilidades sociais de cada um. O modo como os adolescentes se percebem e avaliam seu senso de autoeficácia pode influenciar decisivamente o curso de suas vidas (Bandura, 2005).

As particularidades desse período da vida têm repercussões sobre as possíveis formas de intervenção. A observação do estágio do desenvolvimento vai nortear a ênfase na escolha das técnicas de intervenção, bem como o nível de participação dos pais no tratamento. Também é importante que os profissionais estejam atentos aos diferentes graus de limitação das terapias cognitivas de cada etapa do desenvolvimento. Nesse contexto, é relevante revisar os parâmetros inerentes a cada estágio da adolescência. A Tabela 1.1 sintetiza e destaca alguns aspectos considerados relevantes (Petersen, 2011a).

TABELA 1.1 ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E INTERVENÇÃO

	ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO MORAL/COGNIÇÃO SOCIAL (KOHLEBERG)	SÍNTESE DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	DESENVOLVIMENTO DO SELF E SOCIAL
Operatório formal (por volta dos 12 anos)	Estágio 4 – Sistema de consciência social: ações morais definidas por grupo social mais amplo ou pela sociedade como um todo. Devemos seguir as leis exceto em casos extremos.	Conservação de espaço/volume (11 a 12 anos)	Amizades duradouras
Adolescência intermediária e final Adulto	Nível III – Moralidade de princípios pós-convencional. Estágio 5 – Contrato ou utilidade social e direitos individuais: agir a fim de obter bem maior para o maior número de pessoas. Importância de vida e liberdade individual. Estágio 6 – Princípios éticos universais: o	Assumir flexivelmente a perspectiva alheia, pensamento “como se”	Amizades leais (de ambos os sexos); início de relacionamentos de intimidade; emancipação;

adulto segue princípios
éticos escolhidos por ele
mesmo para determinar o
que é certo.

Fonte: Petersen (2011a).

TIPOS DE DIFICULDADES

Além de levar em conta aspectos desenvolvimentais, cabe observar se as dificuldades dos adolescentes são do tipo internalizantes (ansiedade e depressão) ou externalizantes (oposição, desafios e condutas antissociais), o que determinará a escolha de técnicas predominantemente cognitivas ou comportamentais, respectivamente (Fig. 1.1).

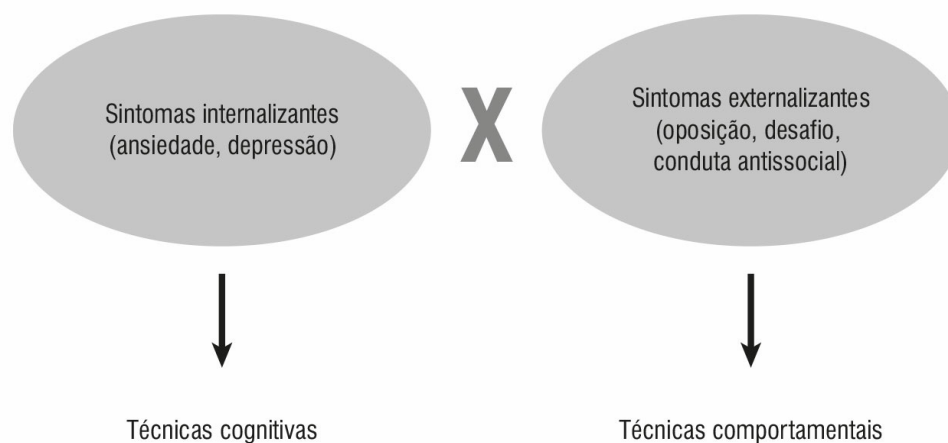


Figura 1.1

ESCOLHA DAS TÉCNICAS PSICOTERÁPICAS DE ACORDO COM O TIPO DE SINTOMA.

Um aspecto essencial do desenvolvimento do *self* na adolescência é a interação com pares, na medida em que representa uma aquisição fundamental na constituição da identidade e das escolhas pessoais do indivíduo. A necessidade de encontrar um espaço dentro de um grupo social pode influenciar os adolescentes na escolha de comportamentos que variam em termos de funcionalidade e adaptação. Eles tendem a se engajar em comportamentos que representam elevado *status* dentro de um grupo, que se enquadram nas normas de um grupo que valorizam socialmente, que são

reforçados por pares ou, ainda, que contribuem para uma percepção favorável a respeito da própria identidade (Brechwald & Prinstein, 2011). Alguns comportamentos geralmente apresentados nessa fase podem ser considerados de risco, como os listados no Quadro 1.1.

QUADRO 1.1 EXEMPLOS DE COMPORTAMENTOS DE RISCO APRESENTADOS NA ADOLESCÊNCIA, SEGUNDO NIQUICE (2014)

- Abuso de substâncias psicoativas
- Comportamentos desafiadores
- Infrações
- Práticas sexuais de risco

Características próprias dos indivíduos, como traços de personalidade, podem influenciar sua percepção a respeito de comportamentos desafiadores de pares e a própria manifestação desses comportamentos pelos adolescentes. Baixos traços de conscienciosidade estão correlacionados à percepção de atitudes delinquentes de amigos e à exibição de tais atitudes. Apresentar conscienciosidade, por sua vez, é um fator protetivo, pois favorece a manifestação de comportamentos concorrentes mais adaptativos (Slagt, Dubas, Deković, Haselager, & van Aken, 2015).

A suscetibilidade a comportamentos “delinquentes” ou externalizantes também pode ser explicada à luz de aspectos do neurodesenvolvimento. Durante a adolescência, o cérebro do indivíduo passa por modificações estruturais nos sistemas responsáveis pelo processamento emocional, capacidade de julgamento, organização comportamental e autocontrole (Papalia, Olds, & Feldman, 2013). O sistema de controle cognitivo amadurece lentamente até a idade adulta, o que favorece a emissão de comportamentos de risco nessa fase. Capacidades psicossociais como controle de impulsos, regulação emocional, postergação de gratificações e resistência à influência de pares, portanto, evoluem de modo gradual durante a adolescência (Steinberg, 2004). A rede de processamento de estímulos socioemocionais, localizada nos sistemas límbico e paralímbico cerebrais, é remodelada nos primeiros anos desse período do desenvolvimento. Já a rede de controle cognitivo, substrato para funções executivas como planejamento e autorregulação, tende a se desenvolver plenamente apenas na idade adulta.

Dessa forma, esse desequilíbrio entre as redes cerebrais envolvidas nos processos de controle, recompensa e regulação da interação social pode favorecer a impulsividade de adolescentes quando na presença de pares, uma vez que as recompensas socioemocionais imediatas parecem ter mais importância que ganhos posteriores (Steinberg, 2004, 2007).

AUTOESTIMA E REGULAÇÃO EMOCIONAL

Em função das modificações nos níveis cognitivo e afetivo durante a adolescência, a atenção a fatores como autoestima e capacidade de regulação emocional dos adolescentes também pode ser importante para profissionais comprometidos com a promoção da saúde. A testagem de um modelo preditivo sobre o impacto dessas variáveis para a satisfação global com a vida, compreendida como bem-estar subjetivo, níveis de felicidade e de atribuição de significado à experiência, ou bem-estar psicológico, apresentou correlações significativas. Tal associação é especialmente válida entre autoestima e bem-estar subjetivo. Quanto às estratégias de regulação emocional, observa-se que a reavaliação cognitiva, ou a mudança de significado da experiência, a fim de modificar seu impacto emocional, esteve positivamente correlacionada aos dois tipos de bem-estar (psicológico e subjetivo). A supressão emocional ou a inibição do comportamento emocional expressivo pareceram estar negativamente associadas às duas dimensões (Freire & Tavares, 2011). Dessa forma, compreende-se a importância de trabalhar os componentes da autoestima e da expressão/supressão de emoções para a promoção de contextos que estimulem a aquisição das habilidades exigidas para a consecução das tarefas desenvolvimentais da adolescência.

Nesse contexto do trabalho com as emoções e demais processos mentais, surge um novo ABC (*Attention, Balance and Compassion*). As terapias cognitivas de terceira onda baseadas em *mindfulness* passam a representar uma revolução importante em modelos, métodos e práticas terapêuticas. Os esforços não visam apenas minimizar o impacto da psicopatologia nas trajetórias em desenvolvimento, mas também promover resiliência. Busca-se, como foco primordial, agir sobre os processos metacognitivos e promover o

sentido para a vida, revisitando atitudes humanas, como mente de principiante, não julgamento, paciência, não esforço, autodisciplina, confiança, abrir mão e aceitação. Essas atitudes levam à compaixão e à conexão (Goleman & Senge, 2014; Kabat Zinn, 2013). As habilidades sociais fluem com esse novo paradigma, já que compaixão inclui empatia e avança em direção à transformação. Compaixão pode ser definida como uma tomada de consciência do sofrimento, pela preocupação empática e pelo desejo de ver o alívio do mal em questão, bem como uma capacidade de resposta ou de prontidão para ajudar a aliviar esse sofrimento em si ou no outro. A consciência surge quando é gerada atenção de modo particular, com propósito, aqui e agora e sem julgamento. A consciência é cultivada pelo ato de prestar atenção (Kabat Zinn, 2013).

Nessa linha de raciocínio, a percepção de apoio da família e dos amigos e o domínio de habilidades sociais são considerados preditores do bem-estar psicológico dos adolescentes, independentemente da configuração familiar em que estejam inseridos (Leme, Del Prette, & Coimbra, 2015). A demonstração de habilidades sociais na adolescência permite a satisfação da necessidade de integração ao âmbito social dos indivíduos, e essa interação reforça o aprendizado de novos comportamentos e estratégias adaptativas (Caballo, 2003). As habilidades sociais definem o modo como os desafios e as oportunidades inerentes às interações sociais são manejados a fim de influenciar os níveis de satisfação com a vida dos adolescentes (ver Quadro 1.2).

QUADRO 1.2 HABILIDADES SOCIAIS SIGNIFICATIVAMENTE LIGADAS A RELACIONAMENTOS SOCIAIS POSITIVOS QUE PROMOVEM O BEM-ESTAR, SEGUNDO LEME E COLABORADORES (2015)

- Empatia
- Autocontrole
- Civilidade
- Capacidade de demonstração de afeto
- Desenvoltura social

Em contrapartida, baixos índices de habilidades sociais podem estar correlacionados a indicadores da presença de transtornos psicológicos, como

depressão, transtornos de ansiedade e transtornos relacionados ao uso de substâncias (Wagner & Oliveira, 2007). Diferenças de contexto, como a frequência em escola pública ou particular, podem, contudo, mediar essa relação. Adolescentes de escola pública tendem a apresentar transtornos psicológicos associados a baixos índices de habilidades sociais. Supõe-se que o contexto em que se encontram aqueles que frequentam escolas particulares apresenta recursos familiares e sociais que minoram essa limitação e provê condições para o desenvolvimento de comportamentos socialmente assertivos (Von Hohendorff, Couto, & Prati, 2013).

INTERAÇÃO ENTRE GENÉTICA E AMBIENTE

A partir de uma perspectiva mais atual, o comportamento humano pode ser considerado resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais. Estudos recentes têm buscado compreender como a interação de familiares, pares e predisposições genéticas interferem em comportamentos durante a adolescência. A interação de genes e ambientes influenciaria a manifestação de diferentes aspectos psicológicos a partir do número de genes apresentados e/ou do grau de influência sobre a característica fenotípica estudada (Mullineaux & DiLalla, 2015). Habilidades cognitivas são suscetíveis à hereditariedade durante a infância, a adolescência e a idade adulta, contudo, sua manifestação genética tende a ser potencializada pela disponibilidade de recursos ambientais. Adolescentes de contextos socioeconômicos favorecidos poderiam, dessa forma, escolher, entre experiências pessoais positivas, aquelas que melhor se enquadram em seus interesses (Tucker-Drob, Briley, & Harden, 2013).

O temperamento individual é outro aspecto suscetível à interação de genes e ambiente durante o ciclo desenvolvimental. A variação na capacidade de resposta emocional pode estar associada à emergência de transtornos psicológicos, e tal relação pode ser mediada por aspectos ambientais, como a interação com os pais e a estimulação oferecida (Rettew & McKee, 2005). Os comportamentos agressivos observados durante a adolescência, por exemplo, podem ser resultado da expressão genética, mas também decorrer da exposição a um ambiente familiar agressivo. Do mesmo modo, os indivíduos

com tendência à introversão, por sua vez, podem ser excluídos pelos colegas, o que aumentaria a expressão de seus traços evitativos (Mullineaux & DiLalla, 2015).

O temperamento é um construto emocional que se refere à parte herdável da personalidade. Caracteriza-se como uma tendência a reagir aos acontecimentos com um mesmo padrão de respostas em diferentes contextos e épocas da vida, indicando razoável estabilidade. Assim como no caso da externalização, os riscos temperamentais para transtornos internalizantes também devem ser levados em conta. Uma tendência à inibição comportamental, descrita inicialmente por Kagan, Reznick e Snidman (1988) como comportamento inibido, demonstrou herdabilidade superior nos transtornos de ansiedade, segundo uma metanálise (Hettema, Neale, & Kendler, 2001). O comportamento inibido é uma tendência à timidez, à evitação e ao comportamento reservado em situações novas ou não familiares e está relacionado a uma predisposição familiar para os transtornos de ansiedade. Adolescentes com comportamento inibido apresentam taxas de ansiedade maiores, as quais aumentam com a idade, sugerindo uma diátese de ansiedade subjacente. Na adolescência, os desafios são maiores, o que potencializa os riscos (Biederman et al., 1990; Petersen, Wachleski, & Bunge, 2016). A característica temperamental de inibição está associada a irritabilidade e medos difusos entre 18 e 30 meses, bem como tem se mostrado correlacionada a transtornos de ansiedade ao longo do desenvolvimento.

O modelo de diátese ao estresse de psicopatologia ressalta que a história da aprendizagem tem um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo (ver Quadro 1.3).

QUADRO 1.3 EXEMPLOS DE FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS PARA OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, SEGUNDO PETERSEN (2011B)

- Estilos de apego inseguro, temperamento
- Presença de transtorno de ansiedade nos pais
- Determinadas características dos estilos parentais, como superproteção e comportamentos de evitação

Há dois fatores que contribuem para a continuação ou o término do comportamento inibido: reatividade e regulação. Reatividade refere-se à excitação comportamental e fisiológica da criança, ao passo que regulação diz respeito ao processo neural ou comportamental que influencia o nível de reatividade e, posteriormente, o desenvolvimento. É provável que o estilo de apego seja determinante na equação final da personalidade, agindo por meio de uma complexa interação de fatores fisiológicos, comportamentais e contextuais. As crianças, portanto, desenvolvem estratégias para regular sua reação fisiológica a certas situações. Na presença de relacionamentos caracterizados pelo apego seguro, as respostas de receptividade ou reatividade se tornam um repertório disponível de habilidades que os adolescentes utilizam para regular emoções e comportamentos em diferentes situações. Cabe destacar que, quando a mente está reativa, terá como resposta comportamental luta, fuga ou congelamento. Por sua vez, na disposição receptiva, os humanos mostram tendência à conexão.

Do ponto de vista de intervenção, os pais de adolescentes podem ser treinados a distinguir condutas que levam o cérebro de seus filhos a ficar reativo ou receptivo. O tom da voz é um bom exemplo de gatilho de reatividade comportamental nas interações entre pais e adolescentes. A habilidade para regular reações emocionais em diversos contextos é um fator importante para o desenvolvimento da resiliência, podendo, conseqüentemente, diminuir os comportamentos inibidos e a ansiedade. O melhor preditor para o tipo de apego que a criança terá é o estilo pelo qual os pais dão sentido a sua própria história relacional inicial. No âmbito dos tratamentos, conhecer sua própria história de apego é um ponto de partida essencial para os clínicos, assim como para os pais, pois permite oferecer sintonia, presença e ressonância. Terapeutas de terceira onda, antes de tudo, têm a função de integrar mente, cérebro e relacionamentos (Lisuka & Barret, 2011; Siegel, 2010).

ADULTEZ EMERGENTE

Em períodos posteriores da adolescência, exigências em relação à adultez passam a ocupar os domínios emocionais, cognitivos, emocionais e sociais.

Durante essas fases, os adolescentes devem buscar aquisição e domínio de novas habilidades, bem como decidir sobre atividades ocupacionais e opções de carreira profissional (Bandura, 2005). Esse momento está associado à denominada *adulter emergente*, em que os jovens estão na intersecção entre a adolescência e a vida adulta, voltados à qualificação profissional e ao planejamento da vida futura nos âmbitos financeiro e afetivo, entre outros (Arnett, 2007). As exigências pertinentes aos últimos anos da adolescência e aos primeiros anos da *adulter emergente* variam em função de muitos fatores, como *status* socioeconômico, acesso à tecnologia e oportunidades de educação e trabalho (Dutra-Thomé & Amazarray, 2014). Um estudo realizado com jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, residentes em Porto Alegre (RS), evidenciou que os participantes de baixo nível socioeconômico pareceram assumir papéis adultos, como casamento ou coabitação, concepção de filhos e trabalho, mais precocemente em comparação àqueles com maior poder aquisitivo. Jovens com mais recursos econômicos tendem a ter mais oportunidades de utilizar ferramentas tecnológicas, desfrutando de mais oportunidades de acesso a informação e educação, bem como de estudar em nível integral e ingressar na universidade (Dutra-Thomé & Amazarray, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é uma fase de desafios permanentes não só para os jovens, mas também para seus pais, familiares, professores e amigos. Os terapeutas devem conhecer profundamente os aspectos relativos ao desenvolvimento esperado para esses indivíduos, a fim de compreender questões relacionadas aos seus tratamentos e encaminhamentos. Fatores de proteção expressos por características pessoais, coesão ecológica e redes de apoio social e emocional podem ter influência sobressalente aos fatores de risco, desde que bem identificados, avaliados, valorizados e utilizados em avaliações e abordagens junto aos adolescentes. Contribuições contemporâneas das abordagens baseadas em *mindfulness*, que permitem auxiliar os jovens a obter maior consciência de suas cognições (pensamentos), emoções e sensações corporais, sem necessariamente reagir, têm sido muito enfatizadas. Por meio

de atividades experienciais, os adolescentes podem desenvolver uma linguagem que descreva sem julgamento suas cognições, seus estados afetivos e suas experiências somáticas. Dessa forma, têm a oportunidade de se descentrar do conteúdo de seus pensamentos, com a possibilidade de responder aos eventos com consciência *mindfulness*. Essa consciência permite que os jovens deixem de reagir com base apenas no hábito ou de modo inapropriado (Semple, Williams, Taesdale, & Zindel, 2011). Nessa perspectiva, eles podem estar mais atentos ao presente, além de revisar seus valores e atitudes, o que promove resiliência.

REFERÊNCIAS

- Arnett, J. (2007). Emerging adulthood: What is it, and what is it good for? *Child Development Perspectives*, 1(2), 68-73.
- Bandura, A. (2005). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares, & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 1-43). Greenwich: Information Age.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld D. R., Faraone, S. V., Bolduc-Murphy, E. A., Gersten, M., ... Reznick, J. S. (1990). Psychiatry correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatry disorders. *Archives of Genetic Psychiatry*, 47(1), 21-26.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- Brechwald, W. A., & Prinstein, M. J. (2011). Beyond homophily: A decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 166-179. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3666937/>
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. M., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Dutra-Thomé, L., & Amazarray, M. R. (2014). Adolescentes e adultez emergente em transição para a vida adulta. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológicos de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). *Situação mundial da infância 2011: Adolescência: Uma fase de oportunidades*. New York: UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

- Goleman, D., & Senge, P. (2014). *The triple focus: A new approach to education*. Florence: More than Sound.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.
- Kabat Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living (revised edition): Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. London: Bantam.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.
- Lapsley, D., & Murphy, M. (1985). Another look at the theoretical assumptions of adolescence egocentrism. *Developmental Review*, 5(3), 201-217.
- Leal, M. M., & Silva, L. E. V. (2001). Crescimento e desenvolvimento puberal. In L. E. V. Silva, & M. I. Saito (Orgs.), *Adolescência: Prevenção e risco* (pp. 41-58). São Paulo: Atheneu.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., & Coimbra, S. (2015). Social skills, social support and well-being in adolescents of different family configurations. *Paidéia*, 25(60), 9-18. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/1982-43272560201503>
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development: Past, present, and future. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 1-12). New York: Wiley.
- Lisuka, C., & Barret, P. (2011). Programa Friends para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In C. Petersen, & R. Wainer (Orgs.), *Terapias cognitivo-comportamentais com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Mullineaux, P. Y., & DiLalla, L. F. (2015). Genetic influences on peer and family relationships across adolescent development: Introduction to the special issue. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(7), 1347-1359. Recuperado de <http://doi.org/10.1007/s10964-015-0306-0>
- Niquice, F. L. A. (2014). Comportamento de risco na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In D. E. Papalia, & R. D. Feldman, *Desenvolvimento humano* (12. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Petersen, C. (2011a). Avaliação inicial de crianças: A dimensão bioecologia do desenvolvimento humano. In C. Petersen, & R. Wainer (Orgs.), *Terapias cognitivo-comportamentais com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Petersen, C. (2011b). Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psicoterapias*, 13(1), 39-50.
- Petersen, C., Wachleski, C., & Bunge, E. (2016). *A utilização de novas tecnologias em terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos de ansiedade na infância e adolescência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piaget, J. (1960). *The psychology of intelligence*. Totowa: Littlefield Adams.

- Rettew, D. C., & McKee, L. (2005). Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(1), 14-27.
- Rodríguez, S. N., & Damásio, B. F. (2014). Desenvolvimento da identidade e do sentido de vida na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441-446. Recuperado de <http://doi.org/10.1016/j.tics.2008.07.008>
- Semple, R., Lee, J., Williams, M., Taesdale, J., & Zindel, S. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*. Oakland: New Harbinger.
- Senna, S. R., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições da teoria do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), 101-108.
- Siegel, D. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York: W. W. Norton.
- Slagt, M., Dubas, J. S., Deković, M., Haselager, G. J. T., & van Aken, M. A. G. (2015). Longitudinal associations between delinquent behavior of friends and delinquent behavior of adolescents: Moderation by adolescent personality traits: Susceptibility to friend delinquency. *European Journal of Personality*, 29(4), 468-477.
- Steinberg, L. (2004). Risk-taking in adolescence: What changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51-58.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59.
- Tucker-Drob, E. M., Briley, D. A., & Harden, K. P. (2013). Genetic and environmental influences on cognition across development and context. *Current Directions in Psychological Science*, 22(5), 349-355.
- Von Hohendorff, J., Couto, M. C. P. P., & Prati, L. E. (2013). Social skills in adolescence: Psychopathology and sociodemographic variables. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 151-160. Recuperado de <http://doi.org/10.1590/S0103166X2013000200001>
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abusos de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19(2), 101-116.

2



A PERSPECTIVA ADOLESCENTE NA TEORIA COGNITIVA DE BECK

ALESSANDRA ALMEIDA ASSUMPÇÃO
MAYCOLN TEODORO
JULIANA MALTONI
CARMEM BEATRIZ NEUFELD

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento de adolescentes. Estudos recentes indicam boa eficácia no manejo de depressão (Labelle, Pouliot, & Janelle, 2015), ansiedade (James, James, - Cowdrey, Soler, & Choke, 2015) e anorexia (Grave, El Ghoch, Sartirana, & Calugi, 2016). Todavia, pouco se sabe sobre os impactos do uso da terapia cognitiva de Beck sobre o desenvolvimento de adolescentes, tema que será abordado neste capítulo. Para tanto, inicialmente será discutida a teoria de Beck; em seguida, serão abordados os principais aspectos do desenvolvimento adolescente articulados à teoria beckiana; e, por fim, serão apresentados alguns estudos que apontam a eficácia da abordagem no tratamento dessa população para diferentes demandas de atendimento.

TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A terapia cognitiva de Beck, comumente chamada de terapia cognitivo-comportamental, se fundamenta na racionalidade teórica de que os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos se encontram intimamente relacionados. De acordo com essa ideia, a maneira como a pessoa se comporta e se sente está diretamente associada à sua forma de processar e estruturar a realidade por meio de suas cognições. Nesse sentido, o modo como o indivíduo interpreta as situações vivenciadas influenciará seus sentimentos e suas ações, mais do que a situação em si (Beck & Alford, 2011). Todavia, é importante enfatizar que a interpretação dos eventos se dá

por meio dos processos cognitivos, em articulação com os sistemas comportamentais, afetivos e motivacionais. O processamento de informação na TCC é explicado por meio de três estruturas mentais inter-relacionadas, responsáveis pela percepção e interpretação dos eventos do mundo – as crenças centrais, as crenças condicionais ou intermediárias e os pensamentos automáticos. Todo o sistema organizado da interação entre cognições, sentimentos e comportamentos é chamado de modo, ou esquema (Beck, Clark, & Alford, 1999).

Os esquemas, ou modos, constituem a estrutura central no processamento de informações, enquanto as crenças (conteúdo) fornecem o significado. O termo crença é um *proxy* para um conjunto de expectativas, avaliações, memórias e imagens que formam o conteúdo dos esquemas cognitivos. Os esquemas têm um gradiente de ativação que vai de latente a altamente carregado (Beck & Haigh, 2014). Quando um esquema é ativado (por estressores e fatores precipitantes), um significado correspondente é derivado de uma crença que interage com outro sistema afetivo, motivacional ou comportamental. A ativação progressiva de um esquema de baixa a alta intensidade transforma a adaptação normal em transtorno psicológico, de forma que crenças, afetos e comportamentos se tornam hipersalientes. Em outras palavras, quando o processamento de informação se torna distorcido, os sistemas afetivo, motivacional e comportamental começam a funcionar de maneira desadaptativa, tornando-se solo fértil para o aparecimento de sintomas e funcionamento disfuncional. As crenças distorcidas existem em um *continuum* que vai de adaptativo/funcional a desadaptativo/disfuncional e podem ser absolutas ou condicionais (Beck & Haigh, 2014).

Conforme Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), as crenças centrais, ou nucleares, são ideias e percepções tidas como verdades absolutas e imutáveis sobre si mesmo, os outros e o futuro. Elas são caracterizadas como globais, rígidas, hipergeneralizadas e transituacionais, e o indivíduo as desenvolve desde a infância. Esse seria o terceiro e o mais profundo nível da cognição, sendo de difícil acesso. Já as crenças subjacentes, condicionais ou intermediárias, ocorrem sob a forma de atitudes, pressupostos e regras (afirmações do tipo “se... então...”). Além das crenças condicionais e nucleares, a TCC considera ainda um nível mais superficial da cognição,

representado pelos pensamentos automáticos, que são a “presentificação” das crenças, isto é, são pensamentos que irrompem e se apresentam em paralelo ao fluxo do nosso pensamento, podendo, por vezes, tomar conta dele (Neufeld & Cavenage, 2010). Os pensamentos automáticos são espontâneos e fluem em nossa mente a partir dos acontecimentos do dia a dia, independentemente da deliberação ou do raciocínio.

O modelo cognitivo postula que os problemas psicológicos e os transtornos mentais são uma acentuação do funcionamento adaptativo normal. A ligação entre este funcionamento e desadaptativo parece resultar do exagero dos vieses encontrados no processamento de informação típico. O viés negativo normalmente exagera a ameaça ou o desafio, enquanto o positivo exagera a recompensa. Quando uma nova informação que contradiz as crenças tendenciosas é introduzida nos esquemas, eles podem tornar-se inativos, e os sintomas podem diminuir. O alívio dos sintomas está associado a uma queda no grau de convicção na crença tendenciosa; no entanto, a crença permanece latente até ser reativada (Beck & Haigh, 2014).

No que diz respeito às principais características da TCC, ela tem um estilo de comunicação centrado no cliente. Trata-se de um tipo de terapia breve e focal, tendo como princípio norteador a relação colaborativa estabelecida pela dupla terapêutica, na qual o profissional é o especialista na abordagem psicológica/científica, e o cliente é o especialista em sua própria vida. A abordagem faz uso de técnicas cognitivas e comportamentais ao longo da intervenção, visando auxiliar os clientes no planejamento e no aprendizado de novos comportamentos. Os objetivos da TCC são: alívio ou remissão de sintoma; melhora na qualidade de vida; e desenvolvimento de estratégias mais adaptativas de enfrentamento (*coping*) para lidar com as adversidades (Salkovskis, 1999).

ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS NA ADOLESCÊNCIA E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os aspectos desenvolvimentais na adolescência serão brevemente discutidos a fim de apresentá-los a partir da perspectiva beckiana e/ou como impactam

na TCC para esse público em particular. Assim, serão selecionados apenas os temas mais relevantes para a presente discussão.

A adolescência é caracterizada por modificações hormonais e físicas por meio das quais as crianças se tornam sexualmente maduras. Nessa fase, chamada puberdade, os adolescentes enfrentam desafios adaptativos como o novo corpo em formação. Consequentemente, a partir dessa mudança, questões como imagem corporal, autoestima, sexualidade e identidade são colocadas em evidência.

A puberdade é desencadeada por mudanças hormonais advindas das glândulas suprarrenais e do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal (HHG), que levam a transformações no funcionamento físico e no desenvolvimento de características primárias (mudanças que envolvem diretamente os órgãos de reprodução) e caracteres secundários (outras características não - diretamente envolvidas com os órgãos reprodutivos). É importante enfatizar que essas modificações variam de pessoa para pessoa e que, entre os fatores que as influenciam, se destacam: influências genéticas, estresse, peso corporal e nível nutricional (Belsky, 2010).

No que diz respeito ao desenvolvimento cerebral, observa-se que os lobos frontais ainda não estão totalmente maduros na adolescência e que continuam se desenvolvendo até meados dos 20 anos. Nessa fase, nota-se maior produção de cortisol (hormônio do estresse), excretado também pela glândula suprarrenal, em resposta a eventos de vida negativos – isto é, na adolescência há maior reatividade ao estresse do que na infância (Belsky, 2010). Assim, é indicado que o terapeuta observe e avalie sintomas de estresse nesses pacientes.

No que tange à saúde geral, os adolescentes podem ser considerados relativamente saudáveis. É na segunda fase da adolescência que a maioria das pessoas se encontra no pico da *performance* física (Arnett, 2013). Problemas de saúde costumam ser relacionados a pobreza e estilo de vida perigoso. Deve-se enfatizar, todavia, que, em relação à saúde mental, se observa maior suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos como esquizofrenia, transtorno bipolar e abuso de substâncias psicoativas, aspecto que também deve ser levado em consideração pelo terapeuta ao realizar a anamnese e a

conceitualização de caso. Para tanto, devem ser investigados sintomas de transtornos mentais e história familiar de doenças.

Além da transformação física, a puberdade causa total modificação psicológica, visto que as mudanças hormonais, que atuam sobre os centros emocionais, provocam também alterações nos neurotransmissores, fato que propicia aos adolescentes estados mais emotivos e maior disposição a correr riscos (Belsky, 2010). A puberdade, de forma geral, intensifica as sensibilidades sociais e os estados emocionais dos jovens.

A partir dessas colocações a respeito do desenvolvimento físico na adolescência, cabe ao terapeuta cognitivo-comportamental investigar as questões relativas a autoimagem, autoestima, identidade e sexualidade, tendo em vista as consideráveis mudanças corporais vivenciadas pelos adolescentes. Alguns deles podem ter uma experiência negativa em relação a essas modificações no corpo, fato que pode impactar nas cognições relativas a si mesmos. Nesse sentido, é aconselhável que o terapeuta faça perguntas diretas sobre os temas citados. Para tanto, pode usar como técnica da TCC o Registro de Pensamentos Automáticos Disfuncionais (RPD), visando a identificação de cognições negativas – e, caso as encontre, deve, posteriormente, trabalhar sua reestruturação cognitiva.

É importante também investigar e trabalhar as habilidades de identificação das emoções, tendo como objetivo reconhecê-las e nomeá-las adequadamente, já que, nessa fase do desenvolvimento, há uma intensificação dos estados emocionais. Nesse aspecto, técnicas de regulação de emoção são bastante úteis. Além disso, alguns adolescentes são mais vulneráveis ao estresse; assim, trabalhar habilidades de enfrentamento ao estresse é fundamental, observando-se, sempre, as diferenças individuais e os diversos níveis do desenvolvimento do adolescente em tratamento.

Ainda, os comportamentos de risco devem ser investigados e monitorados. A intervenção para tratar dos diferentes tipos de comportamentos de riscos identificados pode ser realizada a partir de técnicas de automonitoramento e de autorregulação, como o RPD e as técnicas de relaxamento, *mindfulness*, entre outras.

Porém, provavelmente é aos aspectos cognitivos que o terapeuta cognitivo-comportamental deve lançar um olhar mais atento. A cognição na -

adolescência é marcada pelo desenvolvimento do pensamento abstrato, da capacidade de resolução de problemas e das capacidades de memória e de atenção (Arnett, 2013). Diversas teorias tentam explicar o desenvolvimento cognitivo do adolescente, destacando-se:

- 1 a teoria do estágio operacional formal, de Piaget
- 2 a teoria de processamento de informação
- 3 a teoria sobre os aspectos imaturos do pensamento adolescente, de Elkind
- 4 a teoria do julgamento moral, de Kohlberg (para mais detalhes, ver Cap. 1).

Todos esses modelos têm críticas e lacunas, todavia, fornecem uma estrutura conceitual importante para refletir sobre os aspectos cognitivos a partir de uma ótica desenvolvimental.

A teoria cognitiva de Piaget descreve as mudanças gerais nas estruturas mentais e na capacidade de resolução de problemas. Quando chegam ao estágio operacional formal, os adolescentes são capazes de pensar de maneira lógica e abstrata, em possibilidades hipotéticas, raciocinar sistematicamente e pensar sobre o pensar (metacognição). O estágio operacional formal é o quarto e último estágio do desenvolvimento cognitivo; inicia-se em torno dos 11 anos e chega ao amadurecimento entre os 15 e os 20 anos. Em tese, ao chegar a esse estágio, os adolescentes pensariam da mesma forma que os adultos. Todavia, o modelo é duramente criticado, visto que Piaget deu pouca atenção às diferenças individuais (p. ex., alguns adultos nunca passam pelo estágio operacional formal). Outra crítica se deve ao fato de que nem todas as pessoas usam as operações formais em diferentes aspectos de suas vidas cotidianas (Arnett, 2013). Por fim, Piaget não explica os mecanismos subjacentes que possibilitam as alterações nos processos cognitivos nessa fase do desenvolvimento. É inegável aos olhos do clínico, porém, o aparecimento das características do pensamento formal, bem como seu impacto na cognição adolescente. Se fizéssemos um paralelo com Beck, poderíamos supor que tais características consolidam os modos e impactam definitivamente a forma como o jovem e o futuro adulto interpretarão seu mundo.

A partir da teoria de processamento de informação, é possível fazer uma complementação à teoria piagetiana, na medida em que sugere quais seriam os mecanismos cognitivos subjacentes à mudança para o estágio operacional formal. Assim, nessa perspectiva, são necessários avanços significativos nas seguintes áreas durante a adolescência (Sternberg, 2005):

- 1** capacidade ou eficiência de processamento (memória de trabalho e de longo prazo e velocidade de processamento)
- 2** estratégias de organização (planejamento)
- 3** conhecimento sobre os próprios processos de pensamento (metacognição) e
- 4** autorregulação cognitiva (atenção seletiva e dividida)

Somente com essas transformações no processamento de informação que é possível a complexificação do pensamento em operações mais abstratas e hipotéticas. Recorrendo aos estudos sobre processamento de informação mencionados para retomar Beck, poderíamos identificar como os modos ou esquemas se tornam mais complexos nessa fase, como o sistema orientativo (metacognição) se sedimenta no interior do modo e como os aspectos motivacionais tomam nova forma, uma vez que a autorregulação cognitiva permite ao adolescente avaliar de forma mais objetiva seus interesses e planejar suas ações.

Outra teoria é a de David Elking, que, a partir de sua experiência clínica com adolescentes, observou e descreveu atitudes e comportamentos imaturos que podem ser provenientes das incursões inexperientes dos jovens no pensamento abstrato. Entre esses padrões de pensamento, ele destacou: tendência a discutir, indecisão, encontrar defeito nas figuras de autoridade, público imaginário e fábula pessoal. O público imaginário, ou autoconsciência, diz respeito ao sentimento de estar sendo observado por todos, e a fábula pessoal é a convicção de que se é especial, incomparável e não sujeito às regras que governam o resto do mundo. O público imaginário e a fábula pessoal persistem em menor grau na vida adulta. Uma crítica feita à teoria diz respeito à prevalência desses padrões durante a adolescência; isto é, em vez de serem características universais do desenvolvimento cognitivo, o público imaginário e a fábula podem estar relacionados com experiências

sociais específicas, visto que, em algumas culturas, essas características não foram corroboradas (Belsky, 2010). No entanto, pensando em uma perspectiva beckiana, tais características podem explicar alguns pontos que dificultam intervenções de reestruturação cognitiva, bem como aspectos que as facilitam. Nesse sentido, esses fatores devem ser levados em consideração na escolha de técnicas como balança decisória e questionamento socrático, por exemplo, que podem ser muito úteis nesse ponto do desenvolvimento.

Por fim, Lawrence Kohlberg baseou-se na teoria de Piaget, partindo do pressuposto de que o desenvolvimento do pensamento abstrato possibilita a capacidade de refletir sobre si mesmo e, associado aos valores pessoais, - permite que as pessoas desenvolvam um conjunto de valores morais que oriente suas vidas. Assim, pelo exame de como as pessoas raciocinam sobre dilemas éticos, Kohlberg classificou-as nos níveis pré-operacional (nível de julgamento moral no qual o que importa é a punição e a gratificação); convencional (julgamento moral baseado no cumprimento de normas sociais); e pós-convencional superior (baseado nos ideais morais, independentemente das normas da sociedade). Kohlberg constatou que, em meados da adolescência, a maioria dos indivíduos chega ao nível convencional. Uma contribuição de sua teoria é descrever os avanços do pensamento moral durante essa etapa do desenvolvimento, durante a qual se questionam as regras da sociedade e as injustiças no mundo. Entre as críticas ao modelo, destaca-se o fato de que poucos adultos atingem o nível pós-convencional; além disso, a fala dos participantes não está necessariamente ligada à ação, visto que podem conter incoerências e inconsistências, dificultando a predição do comportamento pela escala de Kohlberg (Belsky, 2010). Em uma perspectiva do modelo modal de Beck, as atribuições de significados e expectativas tomarão uma nova referência na vida do adolescente, podendo mesmo se opor às normas culturais de seus pais e adultos de referência.

Assim, basta ressaltar que a variabilidade interindividual no desenvolvimento cognitivo pode dificultar ou facilitar o uso das técnicas da TCC, visto que essas dependem de processos simbólicos complexos (Holmebeck, O'Mahar, Abad, Colder, & Updegrave, 2006). Em geral, elas enfatizam a autorreflexão, o pensamento consequencial (capacidade de

refletir o impacto de um padrão de pensamento e comportamento) e as considerações sobre possibilidades futuras.

Entre as técnicas utilizadas, encontra-se o questionamento socrático, no qual perguntas são realizadas a fim de investigar pensamentos automáticos e crenças distorcidas. Essa técnica visa o desenvolvimento de novos pensamentos, mais adaptativos. Há também o treinamento de resolução de problemas, que envolve habilidades de automonitoramento, avaliação de prováveis consequências da seleção de uma solução, avaliação de uma solução e, se necessário, a busca de uma nova solução alternativa (Holmebeck et al., 2006). O treinamento de resolução de problemas visa o desenvolvimento de respostas mais adaptativas durante conflitos interpessoais, dificuldades de tomada de decisão e decepções com figuras de autoridade. Já para questões que envolvam julgamentos morais, pode-se usar técnicas de autorreflexão. No Capítulo 7 serão abordados alguns aspectos de manejo, diretamente relacionados com esses aspectos teóricos, que podem auxiliar o clínico na prática do atendimento de adolescentes.

Em síntese, as teorias propostas pelos autores anteriormente citados são importantes para a compreensão dessa fase do desenvolvimento humano, já que essas particularidades da adolescência influenciam o sistema de crenças proposto na teoria de Beck. Tais influências ocorrem devido às radicais mudanças observadas na imagem corporal, na autoestima, na sexualidade, na identidade, aspectos imaturos do pensamento, conforme proposto por Elkind, e no julgamento moral, nos quais os adolescentes precisam adaptar as suas crenças (construir, desconstruir, flexibilizar ou tornar mais rígidas) a essas novas circunstâncias do desenvolvimento. Todavia, é importante ressaltar que não há evidências na literatura nacional e internacional testando essas proposições e que são necessários estudos para comprovar a existência ou não dessa modificação no sistema de crenças, articulando as teorias clássicas da psicologia do desenvolvimento à teoria beckiana.

A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ADOLESCÊNCIA PARA DEMANDAS ESPECÍFICAS

A literatura tem demonstrado um progresso considerável das psicoterapias com crianças e adolescentes (Kazdin, 2003). Nesta seção, serão descritas pesquisas atuais que apontam a eficácia e as limitações da TCC no tratamento de algumas patologias específicas em adolescentes. É importante enfatizar que alguns transtornos serão desconsiderados, visto que serão discutidos em outros capítulos deste livro, sendo o objetivo aqui tão somente exemplificar com dados da literatura a eficácia da TCC para intervenções com adolescentes.

Versi (1995) verificou os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental em uma escola na qual avaliou habilidades, competência social e ajuste escolar. A intervenção foi realizada com 49 estudantes de 11 a 14 anos com transtornos emocionais graves, divididos em grupo-controle e experimental e categorizados quanto a problemas emocionais internalizantes e externalizantes. Para avaliar a intervenção, foi utilizado o instrumento padronizado Walker-McConnell (Scale of Social Competence and School Adjustment-Adolescent Version) com professores (Walker & McConnell, 1995). Os resultados sugeriram que a intervenção levou a aumento da competência social e do ajuste escolar para os estudantes com problemas externalizantes em comparação ao grupo-controle. Os autores indicam que esse desfecho positivo pode ser consequência do foco do programa em reconhecer e gerar respostas alternativas para situações do ambiente, com a escolha mais apropriada para a situação social.

Em metanálise de Battagliese e colaboradores (2015) para avaliação da eficácia da TCC na redução de sintomas externalizantes em crianças e adolescentes, foi observada uma redução significativa desses sintomas em adolescentes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e com transtorno de oposição desafiante (TOD). Os estudos incluíram intervenções com características diversas, com diferentes focos e respondentes; além disso, os participantes podiam ser os pais, os professores ou as próprias crianças, ocorrendo, na maioria das vezes, uma combinação destes. Observou-se, a partir dos estudos, melhora em habilidades parentais, competência social, atenção, comportamentos agressivos, sintomas internalizantes e sintomas depressivos maternos. Os autores destacam a importância dos cuidadores adultos envolvidos no tratamento e o papel

central dos estilos parentais na manutenção dos problemas externalizantes. Assim, tratamentos multimodais envolvendo adolescentes, pais e cuidadores (p. ex., professores) são apoiados pelos resultados dessa investigação.

A TCC em combinação com antidepressivos produz os melhores resultados para o quadro de depressão recorrente na adolescência, e, quando não demonstra eficácia, abordagens de terceira onda são indicadas como alternativas de tratamento. As habilidades sociais e o treinamento em solução de problemas são dois componentes de tratamento que podem aumentar o benefício da TCC, mas a baixa adesão entre os adolescentes contribui para a falta de resposta ao tratamento (Hamill-Skoch, Hicks, & Prieto-Hicks, 2012).

Os tratamentos cognitivo-comportamentais são eficazes na redução de ideação suicida e nos comportamentos de autolesão. No entanto, os estudos - sobre sua eficácia apresentam limitações e necessitam de melhorias, como metodologias mais rigorosas, para o aumento da replicabilidade e das validades interna e externa dos achados, por exemplo, bem como para compreender quais fatores da terapia são os responsáveis pelos efeitos observados e quais são as melhores modalidades de tratamento (Labelle et al., 2015). Wells e Heilbron (2012) descrevem objetivos e tratamentos específicos para o suicídio, além de fatores de risco identificáveis, como desesperança e capacidade de resolução de problemas limitada. O envolvimento da família no tratamento é sugerido, já que muitas vezes as famílias de adolescentes suicidas são conflituosas.

Na revisão Cochrane de Cox e colaboradores (2012), sugere-se que atualmente há pouca evidência para concluir qual o tipo de abordagem de tratamento – farmacológica ou psicoterápica – mais eficaz na prevenção de recaída ou recorrência de episódios depressivos em crianças e adolescentes. Ensaio limitados indicam que a medicação antidepressiva reduz essas chances, mas, devido à diversidade nos desenhos dos estudos, a comparação de resultados é difícil. A avaliação constatou que antidepressivos reduzem a possibilidade de recaída em comparação a placebo e que psicoterapias são promissoras na prevenção de episódios futuros, mas ensaios com amostras maiores precisam ser conduzidos para explorar melhor essa abordagem de tratamento.

A TCC é considerada tratamento eficaz para os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, e seu sucesso parece também independe do tipo de intervenção (individual, em grupo, com pais) (James et al., 2015). A TCC em grupos (TCCG) com sessões parentais concomitantes foi muito eficaz em produzir e manter ganhos em crianças e adolescentes com ansiedade, segundo o estudo experimental de Silverman e colaboradores (1999). O estudo contou com 41 participantes, sendo que, ao final, 64% da amostra não apresentavam mais o diagnóstico principal, em comparação a 13% do grupo de espera. A remissão para algum transtorno de ansiedade foi significativa em intervenções em TCCG ou individual (TCCI), em comparação à lista de espera, no estudo de Wergeland e colaboradores (2014). Participaram 182 indivíduos de 8 a 15 anos diagnosticados com algum transtorno de ansiedade. No entanto, a recuperação foi de apenas 20,5 e 25,3% para TCCG e TCCI, respectivamente, não havendo diferenças em relação a eficácia e modalidade de tratamento. James e colaboradores (2015) propõem, em sua revisão, que a TCC não demonstra ser mais eficaz do que psicoeducação e biblioterapia/apoio, tratamento usual ou intervenção medicamentosa.

A TCC transdiagnóstica parece também ser eficaz em reduzir sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. Ewing e Monsen (2015) realizaram uma metanálise para verificar a existência da eficácia da TCC transdiagnóstica em jovens entre 4 e 18 anos com diferentes transtornos de ansiedade. Os resultados indicam maior probabilidade de remissões do pré ao pós-tratamento em comparação ao grupo-controle. Apesar dos avanços em relação à compreensão acerca da adolescência e das pesquisas voltadas para essa fase, observa-se que a maioria dos estudos inclui na mesma análise crianças e adolescentes de diferentes fases. Levanta-se a hipótese sobre a influência dessa variável sobre os resultados da eficácia da TCC nessa população. Não apenas considerando transtornos de ansiedade, Sauter, Heyne e Westenberg (2009) descrevem a importância de uma TCC apropriada em termos de desenvolvimento, considerando que os modelos cognitivo-comportamentais devem levar em conta as tarefas de desenvolvimento adolescentes e suas transições, além de fatores contextuais e comorbidades comuns.

A TCC é o tratamento de primeira escolha para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), seguido da combinação com farmacoterapia. O tratamento com exposição e prevenção de resposta tem se mostrado muito eficaz, mas crianças e adolescentes geralmente preferem uma abordagem menos estressante, em que a intensidade do fator precipitante é aumentada de maneira gradual. O objetivo da intervenção para TOC é diminuir a agitação e a tensão até o nível em que o jovem possa lidar com ela sem apresentar o comportamento compulsivo, seguido de uma generalização do progresso da clínica para o dia a dia. A escolha de tratamento indicada no estudo é a exposição com prevenção de resposta, que pode ser complementada por intervenções cognitivas em conjunto com o envolvimento da família do paciente. Quanto mais cedo o tratamento ocorrer, mais favorável será o prognóstico (Walitza et al., 2011). Bolton e Perrin (2008) indicaram a exposição com prevenção de resposta em crianças e adolescentes de 8 a 17 anos como um tratamento eficaz para o TOC, com melhora mantida 14 semanas mais tarde.

Já no estudo de Reynolds e colaboradores (2013), observou-se que o envolvimento dos pais na terapia, independentemente de alto ou baixo, se mostrou eficaz. Assim, conclui-se que ambas as formas de envolvimento parental no tratamento com TCC reduziram de modo significativo os sintomas de TOC e ansiedade. A TCC associada com envolvimento parental pode ser ligada a reduções significativamente maiores nos sintomas de ansiedade.

Grave e colaboradores (2016) indicam, em sua atualização sobre TCC para transtornos alimentares, que essa técnica tem se mostrado promissora em pacientes com anorexia nervosa. Quase 60% dos adolescentes alcançam e mantêm uma faixa normal de peso, com 80% dos jovens mantendo apenas uma faixa residual de psicopatologia. Ainda, os autores concluem que os adolescentes recuperam o peso com maior sucesso e mais rapidez do que os adultos, bem como que podem beneficiar-se de programas de tratamento mais breves.

Em um programa-piloto com oito adolescentes de 17 e 18 anos, S. J. Jennings e J. L. Jennings (2013) realizaram uma intervenção baseada em exercícios de *mindfulness* tendo como facilitador um adolescente de 17 anos

treinado pela equipe. O programa contou com quatro sessões de 50 minutos realizadas em três semanas. Os resultados pós-teste indicaram redução de 30% na ansiedade geral medida pelo Inventário de Ansiedade de Beck, e 9% de redução na ansiedade social medida pela Escala de Ansiedade de Interação. Os autores sugerem que intervenções breves do tipo podem ter efeito em curto prazo na redução da ansiedade cognitiva, fisiológica e social em adolescentes, mas especificamente nas áreas de ansiedade cognitiva e de grupo. O estudo corrobora a ideia de que os treinamentos de *mindfulness* para adultos devem ser adaptados para as necessidades específicas da adolescência.

Dos 63 estudos identificados na metanálise de Mychailyszyn, Brodman, Read e Kendall (2012), as médias de tamanho de efeito estimadas para as intervenções em ansiedade e depressão foram significativamente maiores do que aquelas obtidas em grupos-controle. No entanto, os efeitos não são mantidos ao longo do tempo, sugerindo que os ganhos de tais programas são de curta duração. Os resultados sugerem que protocolos mais compactos podem, em termos de custo-eficácia, se sair tão bem quanto formas mais longas na redução dessa sintomatologia em jovens e, ainda, que as intervenções implementadas pela equipe da escola produziram resultados equitativos aos da equipe de pesquisa. Os autores sugerem que intervenções escolares em TCC para ansiedade e depressão em jovens são promissoras, mas ainda necessitam de maior investigação. De acordo com a revisão Cochrane de Carney, Myers, Louw e Okwundu (2014), a evidência mais forte de intervenções breves em escolas para uso de substâncias em adolescentes foi para redução do uso de maconha. Apesar de os resultados indicarem que essas abordagens tiveram um resultado melhor do que nenhuma intervenção, novos estudos devem ser realizados a fim de produzir evidências mais robustas.

A literatura a respeito da TCC com adolescentes quase sempre demonstra sua eficácia na redução de sintomas e mesmo na remissão de diagnósticos. A modalidade do tratamento parece não diferir quanto à eficácia, o que demonstra a possibilidade de escolha e adaptação por parte dos profissionais. Apesar dos dados promissores encontrados na área, muitas questões ainda merecem ser aprimoradas e investigadas. A primeira é a adequação dos

estudos à faixa etária da adolescência, pois diversas vezes a amostra é composta por indivíduos cujas idades variam em mais de 10 anos, o que, considerando as fases desenvolvimentais compreendidas entre os 4 e os 18 anos, certamente levará a resultados diferentes. Ademais, a literatura levanta questões acerca da necessidade de pesquisas com mais detalhes sobre os mecanismos que fazem a TCC funcionar para crianças e adolescentes (James et al., 2015); de se pesquisar o processo dos grupos, e não apenas resultados relacionados (Silverman et al., 1999); e de maiores investigações sobre a eficácia da TCC transdiagnóstica em crianças menores de 6 anos e em diferentes transtornos separadamente, bem como sobre o impacto de diagnósticos comórbidos na remissão da ansiedade (Ewing & Monsen, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto neste capítulo, observa-se a necessidade de novos estudos com metodologias criativas e inovadoras para articular os aspectos desenvolvimentais da adolescência e a teoria cognitiva beckiana, visando a compreensão e explicação dos mecanismos subjacentes da TCC para adolescentes. Essas pesquisas poderão auxiliar na compreensão dos limites e dos alcances da teoria para essa fase do desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS

- Arnett, J. J. (2013). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach* (5th ed.). Boston: Pearson.
- Battagliese, G., Cacceta, M., Luppino, O. I., Baglioni, C., Cardi, V., Mancini, F., & Buonanno, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 60-71.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2011). *Depressão: Causas e tratamento* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck, A. T., Clark, D. A., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Belsky, J. (2010). *Desenvolvimento humano: Experienciando o ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed.

- Bolton, D., & Perrin, D. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 11-22.
- Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2014). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents (Review). *Cochrane Data Base of Systematic Reviews*, 2.
- Cox, G. R., Fisher, C. A., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O. P., Simmons, M. B., & Hetrick, S. E. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Data Base of Systematic Reviews*, 11.
- Ewing, D. L., & Monsen, J. J. (2015). A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 562-577.
- Grave, R. D., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: An update. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-8.
- Hamill-Skoch, S., Hicks, P., & Prieto-Hicks, X. (2012). The use of cognitive behavioral therapy in the treatment of resistant depression in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 3, 95-104.
- Holmbeck, G. N., O'Mahar, K., Abad, M., Colder, C., & Updegrave, A. (2006). Cognitive-behavioral therapy with adolescents: Guides from developmental psychology. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 419-464). New York: Guilford Press.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Data Base of Systematic Reviews*, 2.
- Jennings, S. J., & Jennings, J. L. (2013). Peer-directed, brief mindfulness training with adolescents: A pilot study. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 23-25.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A., (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. *Canadian Psychological Association*, 56(4), 368-378.
- Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 129-153.
- Neufeld, C. B., & Cavenage, C. C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-35.
- Reynolds, S. A., Clark, S., Smith, H., Langdon, P. E., Payne, R., Bowers, G., ... McIlwham, H. (2013). Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1021-1026.

- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Sauter, F. M., Heyne, D., & Westenberg, P. M. (2009). Cognitive behavior therapy for anxious adolescents: Developmental influences on treatment design and delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 310-335.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995-1003.
- Steinberg, L. (2005). *Adolescence* (7th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Versi, M. (1995). Differential effects of cognitive behavior modification on seriously emotionally disturbed adolescents exhibiting internalizing or externalizing problems. *Journal of Child and Family Studies*, 4(3), 279-292.
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(11), 173-179.
- Walker, H. M., & McConnell, S. R. (1995). *Walker-McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment, Adolescent Version*. New York: Cengage Learning.
- Wells, K. C., & Heilbron, N. (2012). Family-based cognitive-behavioral treatments for suicidal adolescents and their integration with individual treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 301-314.
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1-12.

3



A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA NA ADOLESCÊNCIA

WILSON VIEIRA MELO

DÉBORA C. FAVA

CAMILA MORELATTO DE SOUZA

ERNESTO ALVARADO

A terapia comportamental dialética (DBT) é um tratamento estruturado, desenvolvido, no início da década de 1990, por Marsha M. Linehan, cujo objetivo inicial era tratar mulheres suicidas (Linehan, 2010). Como muitas mulheres cronicamente suicidas apresentam o transtorno da personalidade *borderline*, essa abordagem acabou sendo utilizada para tal condição clínica, tornando-se, com o passar do tempo, o tratamento de primeira escolha para o transtorno. Hoje, é considerada uma abordagem de psicoterapia baseada em evidências (Critchfield & Benjamin, 2006; Linehan et al., 2006).

Atualmente, a DBT é tida como uma abordagem indicada para casos complexos, tais como pacientes com múltiplas comorbidades e com grave desregulação emocional (Feigenbaum, 2007; Melo, 2014). Desde que foi criada, diversos estudos têm buscado aplicá-la a outras demandas clínicas e em diferentes contextos (Dimeff & Koerner, 2007). Por exemplo, ela tem sido largamente utilizada nos transtornos alimentares (Chen & Linehan, 2005; Safer, Telch, & Agras, 2001; Telch, Agras, Linehan, 2000; Wiser & Telch, 1999), em populações de idosos com depressão e demais transtornos da personalidade (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003), em indivíduos com transtornos de ansiedade (Chapman, Gratz, & Tull, 2011), relacionados ao trauma (Steil, Dyer, Priebe, Kleindienst, & Bohus, 2011), com transtornos bipolares (Van Dijk, 2009), em unidades de internação (Bohus et al., 2000), em contextos forenses (Berzins & Trestman, 2004), para transtornos relacionados ao uso de substâncias (Esposito-Smythers et al.,

2012), com casais (Fruzetti & Iverson, 2006), famílias com problemas de desregulação emocional (Hoffman, Fruzetti, & Swenson, 1999) e outros importantes contextos clínicos, como o trabalho com adolescentes.

Os estudos com populações adolescentes envolvem indivíduos suicidas (Miller, Rathus, & Linehan, 2007; Miller, Rathus, Linehan, Wetzler, & Leigh, 1997; Rathus & Miller, 2002), com transtornos alimentares (Safer, Lock, & Couturier, 2007; Salbach-Andrae, Bohnkamp, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Miller, 2008), problemas de personalidade e comportamento automutilatório (Fleischhaker et al., 2011) e transtornos bipolares (Goldstein, Axelson, Birmaher, & Brent, 2007). Além disso, a DBT tem sido usada até mesmo com crianças (Perepletchikova et al., 2011). Assim, este capítulo tem como objetivos: apresentar os princípios fundamentais da DBT; expor as principais indicações terapêuticas na adolescência; esclarecer as adaptações das principais técnicas da DBT para o público jovem; e revisar os principais programas de DBT na adolescência.

O modelo de intervenção da DBT sofreu influência de diversas abordagens teóricas, como a psicologia humanista e existencial, cognitiva, *Gestalt* e até mesmo psicodinâmica (Linehan, 2010). Apesar disso, é a aplicação dos pressupostos da ciência comportamental, da filosofia dialética e também das práticas *zen*/contemplativas que apoia a maioria das intervenções (Melo & Fava, 2012).

Para a DBT, os problemas enfrentados por indivíduos com desregulação emocional são oriundos do que Linehan chamou de ambientes invalidantes, dentro do Modelo Biossocial. Para a autora, a desregulação emocional leva os indivíduos a experimentar uma desregulação cognitiva, comportamental e interpessoal, bem como uma instabilidade quanto à imagem de *self*. De acordo com o modelo, as experiências de invalidação emocional (ambiente), somadas a uma vulnerabilidade biológica (temperamental), seriam a origem para a desregulação emocional desses indivíduos (Linehan, 2010).

TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é um período de profundas e intensas mudanças nos aspectos físico, cognitivo e psicossocial do indivíduo. Do ponto de vista físico, além das evidentes e rápidas transformações, como o surgimento dos pelos e a mudança da voz, observa-se um cérebro ainda em desenvolvimento, com uma rede socioemocional ativa desde o início da puberdade e uma rede de controle cognitivo que amadurece mais lentamente. Os jovens tornam-se cada vez mais aptos a pensar de forma abstrata, adquirindo uma maneira mais flexível de lidar com a realidade, por meio do levantamento e do teste de hipóteses. Logo, adquirem a capacidade de metacognição, ou seja, de “pensar sobre o que estão pensando”. A isso, soma-se, ainda, uma capacidade de memória crescente, colocando à disposição do indivíduo um banco de informações cada vez maior, e um aprimoramento das funções executivas, auxiliando nas tomadas de decisão, no controle de respostas impulsivas e no gerenciamento de toda essa memória acumulada (Papalia & Feldman, 2013).

Contudo, entre os adolescentes existe uma grande variabilidade quanto à presença dessas aquisições, as quais parecem ser dependentes da maturação cerebral e do ambiente no qual vivem. Alguns são mais “instáveis emocionalmente” do que outros, e, muitas vezes, o adolescente é visto como um ser rebelde e confuso (Papalia & Feldman, 2013). O padrão nessa etapa é experimentar conflitos com a família (regras, limites, padrão cultural, etc.), consigo mesmo (corpo, alterações hormonais, ideais, etc.), com pares (aceitação, poder, etc.) e com a sociedade (leis, influência dos aspectos ambientais, etc.). Torna-se importante reconhecer se as características do indivíduo se encontram dentro de uma gama de características apropriadas para a fase ou se podem ser indicativos de um quadro relacionado a psicopatologia.

A DBT entende o desenvolvimento das características patológicas da adolescência por meio da teoria biossocial (Linehan, 2010). De acordo com esse modelo teórico, existe uma vulnerabilidade biológica que predispõe o indivíduo a apresentar uma desregulação emocional à medida que essas características temperamentais entram em contato com aquilo que a autora chama de ambientes invalidantes. Tais características levariam o paciente a apresentar os demais problemas, como a desregulação cognitiva, interpessoal e comportamental, bem como instabilidade quanto à visão de *self*. A

desregulação emocional característica da adolescência normal, como crises de choro pela perda de um “grande” amor ou dificuldades de aceitação pelo grupo de pares, por exemplo, se distingue da patológica principalmente pela frequência e intensidade do sofrimento, além da desadaptação e do desajuste enfrentados pelos indivíduos com transtorno da personalidade *borderline*. Ademais, comportamentos automutilatórios e suicidas, além de outros comportamentos sérios, não costumam ser observados em indivíduos com um desenvolvimento emocional normal.

No capítulo introdutório do *Manual de DBT para adolescentes* (Rathus, Campbell, Miller, & Smith, 2015), os autores afirmam que a DBT pode contribuir para esse amplo espectro, sendo utilizada dentro de um paradigma de prevenção primária, secundária ou terciária. Como prevenção primária, tem o objetivo de evitar problemas futuros para uma população que ainda não está em risco ou não tem a necessidade de busca por atendimento especializado. As habilidades desenvolvidas podem ser apresentadas em variados ambientes frequentados pelos jovens, como, por exemplo, a escola, beneficiando boa parte dos adolescentes típicos que apresentam algum grau de desregulação emocional. Na prevenção secundária, o alvo são os indivíduos que já vêm apresentando sintomas e prejuízos, mas que ainda não têm um diagnóstico de transtorno psiquiátrico estabelecido. Para esses, a terapia pode ser oferecida na escola ou em ambiente terapêutico especializado. Na prevenção terciária, o treinamento de habilidades da DBT deve fazer parte de um programa de DBT, desenvolvido dentro de ambiente clínico, por vezes ambulatorial, por vezes em regime de internação hospitalar. Beneficiam-se desse modelo os adolescentes com transtornos emocionais e comportamentais graves que precisam ter seus sintomas remediados para que voltem a apresentar um nível minimamente bom de funcionamento (Rathus et al., 2015).

Embora a DBT tenha sido inicialmente proposta para pacientes com diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline* (TPB), ao olharmos a partir de uma perspectiva transdiagnóstica e considerarmos que um dos focos de tratamento é a desregulação emocional, podemos concluir que esse modelo terapêutico também pode ajudar a um grupo maior de adolescentes (MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2013). Além disso, a maioria dos

pacientes que podem ser incluídos em programas de DBT satisfaz de dois a quatro diagnósticos descritos pelo DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), sem considerar muitos outros problemas que não podem ser acessados por essa classificação (Rathus et al., 2015; Ritschel, Lim, & Stewart, 2015). Os principais diagnósticos encontrados em comorbidade com o TPB são os transtornos depressivos e bipolares, transtornos por uso de substâncias, transtornos alimentares – sobretudo bulimia nervosa –, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Além disso, o TPB também costuma coocorrer com outros transtornos da personalidade (APA, 2014).

No entanto, até o momento, a maior parte dos estudos com DBT foi feito em adolescentes diagnosticados como *borderline* com comportamentos suicidas ou autolesivos. Existe uma justificativa lógica para que a DBT tenha sido considerada promissora para o uso na adolescência. Embora a definição do diagnóstico de TPB nessa etapa do desenvolvimento seja controversa, a prevalência, a confiabilidade e a validade diagnósticas assemelham-se às de amostras adultas. A gravidade ou a presença de um subgrupo de sintomas, como, por exemplo, “o medo do abandono”, parecem predizer a manutenção do diagnóstico para a vida adulta (MacPherson et al., 2013).

De forma geral, é para se livrar de um estado fisiológico aversivo (reforço negativo) e atingir outro estado desejado (reforço positivo) que, com mais frequência, os jovens apresentam comportamentos autolesivos, apoiando a ideia de que a desregulação emocional constitui a base de todos esses comportamentos (MacPherson et al., 2013). A DBT treina habilidades para romper e substituir os comportamentos compensatórios disfuncionais por estratégias mais efetivas na solução de problemas (Ritschel et al., 2015).

Os adolescentes que apresentam sintomatologia *borderline* e comportamento autolesivo repetitivo são frequentemente considerados uma população difícil de tratar, devido à tendência de rejeitar a terapia e abandoná-la nas suas etapas iniciais (Mehlun et al., 2014). Contudo, o padrão de desregulação emocional adolescente com frequência precede um quadro de maior complexidade na idade adulta, pelo qual se faz necessário um diagnóstico pertinente e preventivo de tal sintomatologia (Rathus, Wagner, & Miller, 2015). Especificamente em adolescentes, parecem existir dois

subgrupos em função do diagnóstico do transtorno: no primeiro, o diagnóstico permanece estável ao longo do tempo, enquanto, no outro, menos severo, só se evidencia sintomatologia de maneira intermitente (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008).

Com a finalidade de desenvolver um protocolo de tratamento para atender essas demandas específicas, criou-se o programa de DBT para Adolescentes (DBT-A) (Miller et al., 2007). Nele, reduziu-se de maneira crítica o tempo-padrão de tratamento da DBT: de 12 meses para um período entre 3 e 5 meses. Dessa maneira, obtém-se um enquadramento mais prático e congruente para um protocolo de terapia destinado a essa população. As modificações feitas na versão para adolescentes mantêm a estrutura original da DBT, mas com algumas diferenças importantes. Por exemplo, foi incorporado um quinto módulo de treinamento de habilidades, denominado “caminhando no caminho do meio”, no qual as famílias dos jovens também participam. Esse protocolo visa controlar as contingências dentro do contexto familiar, no qual o adolescente em geral se encontra inserido e do qual é, de certa maneira, dependente, o que marca uma diferença importante com relação ao tratamento destinado para adultos. Além disso, a comunicação é simplificada, usando-se exemplos relevantes para os adolescentes, e a consultoria telefônica é oferecida também aos cuidadores (Miller et al., 2007).

O novo formato visa ensinar aos jovens e também a seus cuidadores as habilidades de validação, os princípios que regem o comportamento e os modos dialéticos de pensar e agir (Groves, Backer, van den Bosch, & Miller, 2012). As habilidades do módulo “caminhando no caminho do meio” foram consideradas pelos adolescentes como as mais úteis das habilidades do treinamento grupal, e foi demonstrado que o módulo de tratamento recebeu alta aceitabilidade tanto dos jovens como de seus cuidadores (Rathus et al., 2015).

Outros diagnósticos, além do TPB, podem se beneficiar da DBT. Como um bom exemplo, o transtorno de oposição desafiante (TOD) tem, entre seus critérios diagnósticos, a desregulação emocional (perder a calma, ser rancoroso, vingativo), a dificuldade interpessoal (discutir com adultos, incomodar os outros intencionalmente) e a baixa tolerância ao estresse (ficar

incomodado, enraivecido e ressentido com facilidade), que são foco comum da DBT (MacPherson et al., 2013).

O transtorno bipolar (TB) na adolescência tem na desregulação emocional sua característica mais frequente. A DBT pode também ser utilizada nesse grupo de pacientes, no qual se encontra uma frequência maior de comportamento suicida e/ou autolesivo, déficits interpessoais e má adesão ao tratamento, uma vez que esses são focos de seu modelo (MacPherson et al., 2013).

Também entre os transtornos que envolvem descontrole de impulsos, como os transtornos alimentares (TAs) e a tricotilomania, a DBT surge como alternativa terapêutica. Os TAs também podem ser entendidos por meio de uma teoria biossocial, em que um ambiente invalidante encontra uma vulnerabilidade biológica que reside na má regulação de respostas emocionais e/ou no sistema de fome/saciedade. Comportamentos como episódios de compulsão, purgação e restrição alimentares são vistos como tentativas de evitar ou modificar emoções desagradáveis. Novamente, nesse grupo, encontramos comportamentos suicidas ou parassuicidas com maior prevalência (MacPherson et al., 2013).

Vale lembrar que a regra em pacientes graves adolescentes é a presença de comorbidades e que, portanto, a abordagem transdiagnóstica, que leva em conta a presença de sintomas que possam ser aliviados pela DBT, seria a mais adequada do ponto de vista dessa escolha terapêutica (MacPherson et al., 2013; Ritschel et al., 2015). A possibilidade em flexibilizar e adaptar o tratamento se dá por conta de dois fatores:

- 1** a DBT dá ênfase ao equilíbrio entre mudança e aceitação
- 2** o foco incide na desregulação emocional como o elemento comum a todo sofrimento psicológico e nas estratégias compensatórias ineficazes, em oposição a um foco sobre um sintoma ou um diagnóstico específicos (Ritschel et al., 2015)

ADOLESCÊNCIA E A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Muitos indivíduos com problema de desregulação emocional apresentam o diagnóstico de TPB. Esses pacientes são caracterizados por adultos com uma

variedade de sintomas que afetam negativamente sua vida, sobretudo comportamentos impulsivos e dificuldades complexas nos relacionamentos interpessoais (APA, 2014). Apesar de ser um diagnóstico de adulto, alguns de seus sintomas, em geral, começam na infância ou adolescência e acabam percorrendo um caminho no qual são agravados e geram grandes prejuízos ao longo do desenvolvimento.

Um estudo com adolescentes jovens (até 12 anos) com comportamentos de autolesão suicida e não suicida avaliou a eficácia da adaptação da DBT para essa população (Perepletchikova et al., 2011). O programa de treinamento consistia em grupo de treinamento de habilidades em duas sessões semanais durante seis semanas. Os indivíduos, que na avaliação inicial exibiam sintomas de depressão, ansiedade (variando a intensidade de leve a moderada) e ideação suicida na linha de base, ao final do programa de habilidades apresentaram melhoras significativas. Foram capazes de compreender e utilizar as habilidades da DBT, bem como relataram aumento na capacidade de enfrentamento, além de diminuição nos sintomas depressivos, na ideação suicida e nos comportamentos internalizantes. Os autores ressaltam que a DBT pode ser uma boa escolha terapêutica para casos de jovens com comprometimento clínico grave e discutem sobre os progressos na adaptação da terapia para essa população. Ressaltam, ainda, que a base fundamental para a DBT nesses indivíduos é a aceitação, e que os pais devem investir em validação emocional dentro de casa (Perepletchikova et al., 2011). Essa pesquisa teve o apoio de Marsha Linehan, que auxiliou na adaptação das técnicas do manual original (Linehan, 2010). Alguns exemplos dos exercícios experimentais modificados estão na Tabela 3.1.

TABELA 3.1 EXEMPLOS DE EXERCÍCIOS EXPERIMENTAIS ADAPTADOS DE PEREPLETCHIKOVA E COLABORADORES (2011) DA DBT PARA ADOLESCENTES

EXERCÍCIO EXPERIMENTAL ADAPTADO PARA JOVENS	OBJETIVO
<ul style="list-style-type: none">Os participantes tentam equilibrar uma pena de pavão na ponta do dedo indicador, evitando bater uns nos outros.	<i>Atenção plena (não julgamento)</i>

- Terapeuta mostra uma imagem de um personagem de desenho animado (vilão conhecido) e pede aos participantes que se revezem na descrição desse personagem. Para tanto, devem usar apenas fatos, e não julgamentos.

Atenção plena (descrição e não julgamento)

- Os terapeutas sopram bolhas no ar, e os participantes devem apenas observar as bolhas, sem tentar mudar a experiência (ou seja, tocar, pegar, estourar).

*Atenção plena (observação consciente e não julgadora)
Regulação emocional (surfar a onda): ensina os adolescentes a aceitar que as emoções aparecem e ajuda a esperar que ela desapareça sem ter atitudes não saudáveis.*

Outro estudo tratou de investigar os efeitos da DBT em indivíduos com idades entre 10 a 15 anos. Os pesquisadores modificaram a terapia para um formato de terapia grupal e trabalharam com pacientes que preenchiam os critérios para TOD (Nelson-Gray et al., 2006). O TOD atinge 3,3% dos indivíduos e inclui sintomas de desregulação emocional, baixa tolerância a frustrações e dificuldades interpessoais, assim como o TPB, cuja prevalência média é de 1,6% (APA, 2014). Os autores concluíram que, após 16 semanas de sessões, o tratamento era eficaz não apenas para a diminuição de comportamentos indesejados, mas também para o aumento de comportamentos desejados, segundo o relato dos pais. A partir do autorrelato, os adolescentes reportaram uma redução significativa de sintomas de externalização e internalização. Nesse estudo, diferentemente do citado anteriormente, os autores consideraram que a melhora dentro da DBT seria mudar o adolescente a partir do próprio relato, sem esperar a mudança da base familiar (Nelson-Gray et al., 2006).

ADAPTAÇÕES DA DBT PADRÃO PARA POPULAÇÕES ADOLESCENTES

Diversos estudos têm demonstrado a eficácia da DBT em populações adolescentes (Fleischhaker et al., 2011; Goldstein et al., 2007; Miller et al.,

2007; Miller et al., 1997; Perepletchikova et al., 2011; Rathus & Miller, 2002; Safer et al., 2007; Salbach-Andrae et al., 2008). No entanto, cada pesquisa propôs sua própria adaptação e utilizou diferentes formas de distribuição das técnicas, diferentes números de sessões e frequência; incluiu ou não a participação da família; e aplicou diferentes medidas de avaliação pré e pós-tratamento. Foram encontrados poucos manuais ou apostilas que propõem uma terapia mais estruturada que contemplem os princípios fundamentais da DBT e apresentem linguagem e atividades atrativas para a população jovem (Callahan, 2008; Christensen, Riddoch, & Huber, 2009).

Conforme descrito anteriormente, uma das características fundamentais da DBT é o uso das práticas *zen*/contemplativas, oriundas da filosofia oriental budista. Nesse sentido, a prática de *mindfulness* (atenção plena), que pode ser entendida como uma qualidade mental que deve ser desenvolvida e cultivada pela prática da meditação, é uma das habilidades que serão ensinadas desde as primeiras consultas e seguirá ao longo de todo o tratamento. Essa qualidade pode ser descrita como uma consciência clara do que exatamente está acontecendo no momento, de forma que também é designada como um estado de presença mental (Menezes, Klamt-Conceição, & Melo, 2014).

Outros conceitos de origem na filosofia oriental budista que são parte da intervenção em DBT incluem as mentes racional, emocional e sábia. De acordo com Linehan, a Mente Sábia representa um estado mental que sintetiza as características da Mente Emocional, a qual é movida pelas emoções, e da Mente Racional, puramente analítica (Linehan, 2010). Para a DBT, todos nós possuímos uma mente sábia, e as habilidades de regulação emocional, como a prática de *mindfulness*, podem favorecer a manifestação dessa qualidade mental.

Para adolescentes, Christensen e colaboradores (2009) desenvolveram um manual (ainda sem tradução para o português) em forma de apostila. Além da contextualização sobre a DBT, a parte I traz as habilidades a serem desenvolvidas pela abordagem. De forma geral, cada capítulo engloba uma habilidade (total de cinco) e contém a explicação do tema, bem como sugere técnicas a serem trabalhadas. Além disso, é proposto um jogo de perguntas e respostas como teste divertido para avaliar e consolidar os conhecimentos. Na

parte II, os autores proporcionam 101 diferentes exercícios de *mindfulness*; já na parte III, alguns jogos e atividades sobre DBT são apresentados.

As habilidades da Mente Sábia são apresentadas na DBT em duas - diferentes categorias (o que/como), e utilizam uma linguagem acessível e informal. O Quadro 3.1 ilustra uma das atividades apresentadas para trabalhar a atenção plena na adolescência (Christensen et al., 2009).

QUADRO 3.1 ATIVIDADE DE ATENÇÃO PLENA PARA ADOLESCENTES

Habilidades “O QUE”

- **OBSERVAR:** Seja uma mente magnífica! Olhe dentro e fora de você mesmo e esteja atento. Segure sua vontade de falar sobre isso até que esteja “certo” de sua observação.
- **DESCREVER:** Seja um dicionário! Nomeie toda sua experiência. Coloque isso em palavras, de forma simples e gentil.
- **PARTICIPAR:** Ação! Esteja ativamente envolvido. Sinta suas emoções, não deixe o momento passar, ajude os outros a participar também.

Habilidades “COMO”

- **SEM JULGAMENTO:** Use apenas fatos! Fique longe de nomear, provocar ou humilhar. As opiniões podem distrair você de seu foco.
- **FAÇA UMA COISA DE CADA VEZ:** Preste atenção no seu momento! Limpe sua mente de todo o resto.
- **FAÇA O QUE FUNCIONA:** Escolha opções saudáveis e seguras! Isso ajuda a pensar sobre as atitudes que já funcionaram bem no passado. Aí está uma ótima chance para que aquelas coisas funcionem bem novamente.

O caminho do meio também é um conceito oriundo da filosofia oriental budista e que denota a busca de entendimento sobre as coisas, evitando o raciocínio dicotômico e categórico (Linehan, 2010). Muitos pacientes com desregulação emocional apresentam dificuldade em compreender que as respostas para muitas perguntas podem ser simultaneamente sim e não: as coisas podem ser boas e ruins ao mesmo tempo. Desse modo, a sabedoria, aqui, consiste em não se acomodar com a primeira resposta, mas se perguntar: “O que mais pode ser, além disso?” ou, ainda, “O que está sendo deixado de fora nessa interpretação?”. É importante entender que existem muitos tons de cinza entre o preto e o branco (Melo, 2014).

Os princípios da filosofia dialética envolvem primeiramente equilíbrio e síntese entre opostos. Assim, a intervenção envolve uma busca de equilíbrio entre aceitação e mudança; validar as necessidades emocionais, mas sem deixar de trabalhar a mudança e a resolução de problemas. De acordo com Linehan (2010), todo processo de psicoterapia envolve uma aceitação de quem se é e um esforço para se mudar aquilo que se é. O Quadro 3.2 apresenta um exemplo de uso do conceito do caminho do meio aplicado a adolescentes (Christensen et al., 2009):

QUADRO 3.2 TÉCNICA: PENSANDO E AGINDO DIALETICAMENTE

Sugestões para encontrar o caminho do meio:

- Abra os seus olhos e veja como as coisas podem ser vistas por diferentes ângulos. Da mesma forma, há várias maneiras de se resolver os problemas. Não tenha medo de procurar por outras soluções e ver como outras pessoas em sua situação costumam resolver o problema.
- Nada permanece igual. Mudanças acontecerão. Se o que você está experimentando agora é doloroso ou desconfortável, mantenha em mente que apenas poucas coisas ficarão iguais. A mudança é constante.
- Use “ambos” e “e” quando você examinar um problema. Tente experimentar a área cinza das coisas. Evite o preto ou branco e o tudo ou nada (pensamentos extremos e radicalmente opostos).
- Lembre-se que o caminho do meio está entre a aceitação e a mudança. É um balanço que requer os dois para ser efetivo.

Uma das características das emoções, sejam elas positivas ou negativas, é que são transitórias. Desse modo, uma das habilidades ensinadas aos pacientes na DBT é a tolerância ao estresse (Melo, 2014). Para adolescentes, os acrônimos são ótimas opções para memorizar os conceitos e ajudar na fixação e prática das habilidades fora das sessões. Uma das técnicas ensinadas pode ser memorizada pelo uso do acrônimo IMPROVE (do inglês, melhorar, aperfeiçoar, aprimorar, aumentar):

- *Imagery* (use a imaginação): Imagine algo relaxante e agradável. Pense em sua melhor memória/lembração ou seu lugar predileto. Estamos falando sobre sonhar acordado!

- *Meaning* (escolha coisas significativas para você): Pense sobre as coisas mais importantes de sua vida. O que pode ser aprendido nos momentos difíceis? Você já sobreviveu a algumas coisas como essas antes?
- *Prayer* (medite): Ore, medite ou simplesmente use a sua espiritualidade.
- *Relaxation* (relaxe): Pratique rotinas calmas. Respire fundo.
- *One thing in the moment* (uma coisa de cada vez): Esteja consciente sobre o que está fazendo agora. Evite complicações e foque apenas em uma coisa.
- *Vacation (brief)* (tire uma folga): Dê um tempo. Saia por um instante.
- *Encouragement* (crie coragem): Faça declarações úteis sobre você mesmo. Faça declarações úteis sobre os outros.

Conforme discutido anteriormente, a desregulação emocional é uma das principais indicações clínicas para o uso das intervenções em DBT (Melo, 2014). Desse modo, podemos entender a desregulação emocional como a dificuldade ou inabilidade de lidar com as experiências ou processar as emoções (Bohus et al., 2000). Apesar de a DBT ser um tratamento estruturado para pacientes complexos e graves, em alguma medida, qualquer uma das técnicas descritas neste capítulo pode ser utilizada para o trabalho com as emoções na adolescência. A desregulação emocional pode se manifestar tanto como intensificação excessiva quanto como desativação excessiva das emoções. Quando vivencia uma exacerbação excessiva das emoções, experiências como pânico, terror, trauma, temor ou senso de urgência tomam conta do indivíduo, de forma que se sente sobrecarregado e com dificuldade de tolerar tais emoções. Já nas situações em que a diminuição da atividade emocional está presente, podem ser observadas experiências dissociativas (desrealização e despersonalização) e entorpecimento emocional em situações nas quais, normalmente, se esperaria que emoções fossem sentidas em alguma intensidade ou magnitude (Dimeff & Koerner, 2007).

Ensinar habilidades de regulação das emoções é uma das principais tarefas do terapeuta que trabalha com DBT, uma vez que, nesse modelo de intervenção, as habilidades devem ser ensinadas e não esperadas (Linehan, 2010). Muitos adolescentes com transtornos mentais desenvolvem alta sensibilidade às emoções, a qual se manifesta tanto pela alta e rápida

excitabilidade emocional quanto pelo lento retorno ao nível basal, bem como por uma capacidade empobrecida de gerenciar e manejar essas respostas emocionais.

As técnicas de regulação emocional focam no desenvolvimento de habilidades para identificar e rotular as emoções de forma acurada, além de identificar as emoções primárias (diretamente envolvida) e secundárias (sentidas como consequência das primárias) relacionadas à experiência (Christensen et al., 2009). Por exemplo, um adolescente pode ter uma discussão com os seus pais e sentir muita raiva (primária), o que o faz quebrar as coisas em seu quarto, se recordar de outras brigas na família e acabar sentindo tristeza e culpa (secundárias).

Diversas técnicas são utilizadas como estratégia para obter tal regulação. Entre elas, nomear as emoções, identificar os fatores que desencadearam a crise (análise em cadeia) ou até mesmo quais comportamentos esperados e, muitas vezes, aprendidos na terapia deixaram de ocorrer na situação (*missing links*) (Linehan, 2010). Quanto maior a ativação emocional, menor será o repertório de comportamentos hábeis disponíveis para utilização (Melo, 2014). Por isso, se uma crise emocional intensa estiver prestes a ocorrer, uma das técnicas que podem ser utilizadas com sucesso é simplesmente segurar uma pedra de gelo nas mãos por alguns minutos (Linehan, 2010). O gelo serve como um recurso que, além de tirar a atenção da dor emocional por gerar um estímulo sensorial intenso em pouco tempo, também ajuda indiretamente a gerar uma sensação de maior controle sobre as emoções.

O uso de cartões diários também ajuda o adolescente a retomar o raciocínio da terapia, uma vez que neles estão descritas habilidades aprendidas que podem ser utilizadas no momento de uma crise. Nesses cartões, também existe espaço para o registro de quais comportamentos-alvo estiveram presentes naquela semana, como cortar-se, gritar com familiares, usar substâncias, medicar-se com ou sem prescrição, experimentar impulsos suicidas, entre outros. Os cartões são construídos na sessão em conjunto com o adolescente, que passa a carregá-los como um instrumento que o ajuda a registrar os acontecimentos semanais, mas que também serve como um lembrete para as habilidades aprendidas e potencialmente úteis (Linehan, 2010).

Outro manual desenvolvido para guiar a prática de terapeutas com - crianças e adolescentes com o uso da DBT é o de Callahan (2008). Em cada um dos sete capítulos são propostas formas de trabalhar os conceitos e técnicas relacionadas ao problema do jovem. Não é necessário seguir a ordem proposta no manual, sendo que o ideal é que o terapeuta seja capaz de avaliar em qual domínio o adolescente está tendo maior prejuízo, usando tal julgamento para determinar qual deve ser abordado primeiramente ou de forma mais emergencial na terapia (Callahan, 2008). Ao longo do manual, são encontradas folhas de exercícios, tabelas para preenchimento e organização de conhecimentos adquiridos.

Colorir pode ser um exercício muito relaxante e “*mindful*”. Além disso, torna a atividade mais lúdica e menos formal. Nesse sentido, usar desenhos que ilustrem as habilidades e conceitos da DBT também é uma ótima opção para o trabalho com adolescentes (Christensen et al., 2009). Ademais, as ilustrações gráficas em forma de exercícios para concretizar os exemplos pessoais podem ajudar na aprendizagem, assim como os exercícios de perguntas e respostas. Algumas ilustrações que podem ser utilizadas nas sessões com adolescentes são apresentadas nas Figuras 3.1 e 3.2. A ideia central é sair do modelo fundamentalmente explicativo e narrativo, embora com experiências vivenciais, e reservar um tempo para a execução dessas tarefas, tanto no contexto da sessão quanto em tarefas de casa, auxiliando na fixação e elaboração do aprendizado.

Pense nos caminhos a serem percorridos
Use os quadros para anotar suas
emoções e consequências.

- Terminar o namoro.

- Postar na web o que ele tá de fato.

- Contar para minha família que ele me traiu.

- Conversar com ele sobre como me senti quando ele curtiu a foto de uma amiga que é bonita.

- Não falar nada para não se perder.

- Falar no meu quarto.

Minhas Habilidades

* DEAR MAN

Descrever a situação

Expressar sentimentos ou opiniões de maneira clara, afirmar desejos. Recompensar os outros que respondem positivamente

* Manter a calma.

* Aportar confiança

* Negociar até o fim

Figura 3.1

EXERCÍCIO DE UMA PACIENTE ADOLESCENTE PARA AVALIAR EMOÇÕES E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

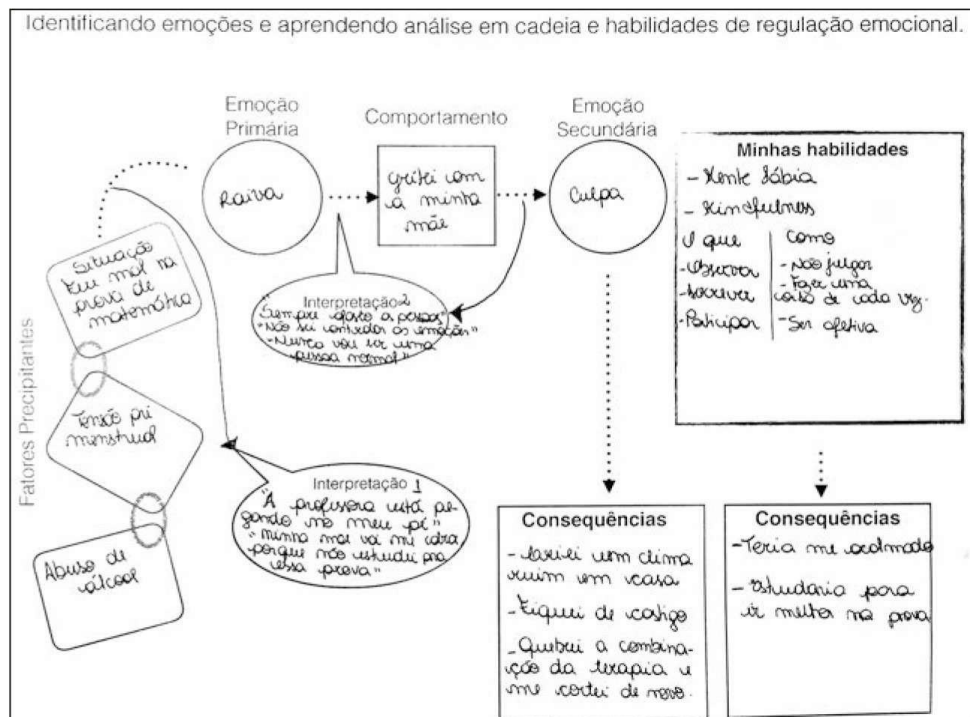


Figura 3.2

EXERCÍCIO DE UMA PACIENTE ADOLESCENTE PARA IDENTIFICAR EMOÇÕES E REALIZAR ANÁLISE EM CADEIA E DESENVOLVER HABILIDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL.

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA, ACEITABILIDADE E VIABILIDADE DA DBT PARA ADOLESCENTES

Com relação à internação de adolescentes, a DBT foi avaliada como parte de um projeto que visava a melhoria da qualidade do atendimento. Conseguiu-se uma redução de cinco dias na internação de emergência de jovens suicidas (Memel, 2012), e, nesse sentido, a abordagem favoreceu uma melhor distribuição dos recursos econômicos e humanos do serviço de saúde. No mesmo contexto, evidenciou-se que adolescentes com comportamento autolesivo que receberam DBT apresentaram uma melhora significativa no funcionamento global, bem como diminuição das medicações psicotrópicas, além de diminuição dos comportamentos autolesivos não suicidas quando comparados a controles históricos (McDonnell et al., 2010). Assim, a DBT foi caracterizada como um tratamento promissor para o comportamento suicida

em adolescentes com problemas múltiplos na internação, controlando diversos fatores que aumentam o risco de suicídio nessa população (Memel, 2012; McDonell et al., 2010).

No contexto de hospital comunitário (Woodberry & Popenoe, 2008) foi ressaltado que, após o tratamento com a DBT, evidenciou-se a diminuição significativa na manifestação de ira, ansiedade, sintomas depressivos e dissociativos; comportamentos aditivos e impulsivos; bem como melhora no funcionamento global, no uso de habilidades cotidianas e nas relações interpessoais. Os autores consideraram que a DBT aparece como um tratamento eficaz no contexto real de atendimento dos adolescentes suicidas, longe dos ambientes ideais de outras pesquisas, fazendo referência a estudos realizados por outros pesquisadores com maior treinamento em DBT e pacientes ambulatoriais (Rathus & Miller, 2002). Resultados similares também se evidenciam em uma pesquisa com adolescentes do sexo feminino que apresentavam persistente ideação suicida e/ou comportamentos autolesivos (James, Taylor, Winmill, & Alfoadari, 2008).

No que se refere à viabilidade, a DBT e algumas adaptações já foram objeto de diversos estudos-piloto (Goldstein et al., 2007; Hashim, Vadnais, & Miller, 2013; McDonell et al., 2010; Uliasek, Wilson, Mayberry, Cox, & Maslar, 2014). No formato original para adolescentes, a avaliação clínica evidenciou uma redução significativa dos sintomas *borderline* e antissociais dos pacientes, bem como ressaltou um decréscimo em seus comportamentos internalizantes e externalizantes, segundo reportado pelos cuidadores (Uliasek et al., 2014).

Além disso, por atuar concretamente com grupos que apresentam dificuldades na adesão terapêutica, uma adaptação da DBT foi avaliada no -tratamento em doença crônica renal de adolescentes, a fim de melhorar a adesão ao protocolo de tratamento médico e aperfeiçoar os comportamentos saudáveis, tendo mostrado melhoras significativas evidentes para adesão e diminuição dos sintomas depressivos (Hashim et al., 2013). No contexto ambulatorial, avaliou-se também a viabilidade e aceitabilidade do tratamento como adjunto ao tratamento farmacológico para o transtorno bipolar. Foram atingidos alta aceitabilidade e altos níveis de satisfação dos pacientes, bem como redução na ideação suicida, no comportamento autolesivo não suicida,

na desregulação emocional e na sintomatologia depressiva (Goldstein et al., 2007).

Em estudos de revisões sistemáticas sobre a DBT na adolescência, é ressaltada a proliferação de estudos de desenho *quasi* experimental (Groves et al., 2012; Quinn, 2009). Esses trabalhos demonstram a eficácia da abordagem como um tratamento promissor para adolescentes com sintomatologia *borderline* e ideação suicida e comorbidades como depressão, transtorno bipolar, transtornos do comportamento alimentar e comportamento agressivo (Groves et al., 2012). Entretanto, as críticas apontavam a carência de um contexto adequado para o desenvolvimento da terapia ou que permitisse estabelecer os efeitos nas mudanças de sintomatologia dos pacientes (Quinn, 2009). Nesse sentido, também foi apreciado que as adaptações para adolescentes no protocolo original da DBT complicariam a interpretação dos resultados, bem como ressaltou-se a importância da medicação psiquiátrica como variável interveniente nos diferentes estudos (Wilkinson, 2011).

A fim de preencher essa lacuna, foram desenvolvidos dois ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia da DBT para o tratamento de adolescentes com traços de personalidade *borderline* que apresentavam múltiplos problemas e se autolesionavam (Cooney, Davis, Thompson, Wharewera-Mika, & Stewart, 2010; Mehlun et al., 2014) obtendo, em ambos os casos, uma alta retenção de pacientes. Evidenciou-se que a aceitabilidade do tratamento de DBT para adolescentes atingia a mesma aceitabilidade que a terapia típica (Cooney et al., 2010). Além disso, foi avaliada a sintomatologia ao continuar o programa ambulatorial de DBT para adolescentes *versus* o tratamento típico. Como resultado, observou-se que, apesar de apresentarem pontuações similares em etapas iniciais do tratamento, na fase final os adolescentes que haviam seguido o programa da DBT continuaram a apresentar redução dos sintomas, enquanto, no tratamento típico, a melhora foi descontinuada (Mehlun et al., 2014). Os autores do estudo concluíram que demonstrar a eficácia da DBT para adolescentes transcende o âmbito pragmático e econômico, pois os tratamentos convencionais de igual efetividade se desenvolvem ao longo do período de um ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizar protocolos de terapia baseados em evidências requer, antes de tudo, muito cuidado, pois adaptações podem não funcionar tão bem quanto o modelo original (Dimeff & Koerner, 2007). Ademais, em caso de pesquisa, utilizar uma proposta já testada pode trazer implicações éticas a serem consideradas. Como a DBT é uma abordagem de tratamento que demonstrou funcionar de modo estruturado com grupos de treino de habilidades, psicoterapia individual e, em especial, no trabalho com adolescentes com a participação efetiva da família, a não utilização desses modos de intervenção pode levar a resultados diferentes daqueles observados nos estudos com o modelo. Nesse contexto, torna-se essencial ter o cuidado de oferecer o melhor tratamento possível para os pacientes, apesar das dificuldades de implementação da DBT-padrão. Uma dica importante é identificar claramente se o plano é adotar o modelo ou adaptá-lo antes do início do programa de tratamento. Além disso, deve-se começar com um programa-piloto, pequeno e fortemente focado, pensando nas questões e particularidades típicas dos pacientes que se costuma atender. Por fim, utilizar toda a literatura científica disponível aumenta o sucesso.

Apesar de a DBT ter sido desenvolvida inicialmente para tratar mulheres suicidas e, hoje, ser o tratamento de primeira escolha para pacientes com grave desregulação emocional, muitas vezes esses indivíduos apresentam um funcionamento emocional e comportamental que pode ser observado desde cedo. Dessa forma, a maioria dos problemas e sintomas que começam na infância ou adolescência culmina em problemas mais severos ao longo da vida adulta (Callahan, 2008). Crianças com temperamento difícil frequentemente exibem histórias psiquiátricas complicadas na vida adulta (APA, 2014). Portanto, modificar a DBT para atender cada vez mais precocemente tais pacientes pode aumentar as chances de melhora e prevenir danos mais intensos no futuro.

Este capítulo apresentou a aplicabilidade da DBT na adolescência e buscou na literatura evidências de que essa modalidade terapêutica pode ser aplicada com sucesso em populações juvenis. Infelizmente, a DBT ainda é um tratamento pouco conhecido pela população geral e, apesar de existir

como uma abordagem de psicoterapia baseada em evidências desde a década de 1990 (Critchfield & Benjamin, 2006), ainda não existe no Brasil, até o momento da publicação desta obra, um grande número de profissionais que conheçam e trabalhem dentro dessa abordagem. Apesar de ser um tratamento bastante técnico e estruturado, o modelo pressupõe uma postura humanística e muito afetiva por parte dos terapeutas. Nas palavras de sua criadora, Marsha Linehan, “o terapeuta deve conhecer o manual como a palma da sua mão, mas deixá-lo na porta, do lado de fora, quando estiver com o paciente”.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Berzins, L. G., & Trestman, R. L. (2004). The development and implementation of dialectical behavior therapy in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 93-103.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38(9), 875-879.
- Callahan, C. (2008). *Dialectical behavior therapy: Children and adolescents*. Eau Claire: PESI; LLC.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). *The Dialectical Behavior Therapy skills workbook for anxiety: Breaking free from worry, panic, PTSD & other anxiety symptoms*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Chen, E. Y., & Linehan, M. M. (2005). Dialectical behavior therapy for eating disorders. In: A Freeman (Ed.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp. 168-171). New York: Springer.
- Christensen, K., Riddoch, G. N., & Huber, J. E. (2009). *Dialectical behavior therapy skills, 101 mindfulness exercises and other fun activities for children and adolescents: A learning supplement*. Bloomington: Author House.
- Cooney, E., Davis, K., Thompson, P., Wharewera-Mika, J., & Stewart, J. (2010) *Feasibility of evaluating DBT for self-harming adolescents: A small randomised controlled trial*. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui. Recuperado de <http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/feasibility-of-evaluating-dbt-for-self-harming-adolescents.pdf>
- Critchfield, K. L., & Benjamin, L. S. (2006). Principles for psychosocial treatment of personality disorder: Summary of the APA Division 12 Task Force/NASPR review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 661-674.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Application across disorders and settings*. New York: Guilford.
- Esposito-Smythers, C., Walsh, A., Spirito, A., Rizzo, C., Goldston, D. B., & Kaminer, Y. (2012). Working with suicidal client who also abuses substances. *Cognitive and Behavioural Practice*, 19(2), 245-255.

- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behavior therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16*(1), 51-68.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): A clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health, 5*(1), 3.
- Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. A. (2006). Couples dialectical behavior therapy: An approach to both individual and relational distress. *Couples Research and Therapy, 10*, 8-13.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 820-830.
- Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behavior therapy with adolescents: A review. *Child and Adolescent Mental Health, 17*(2), 65-75.
- Hashim, B. L., Vadnais, M., & Miller, A. L. (2013). Improving adherence in adolescent chronic kidney disease: A dialectical behavior therapy (DBT) feasibility trial. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 1*(4), 369.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Swenson, C. R. (1999). Dialectical behavior therapy: Family skills training. *Family Process, 38*(4), 399-414.
- James, A. C., Taylor, A., Winmill, L., & Alfoadari, K. (2008). A preliminary community study of dialectical behavior therapy (DBT) with adolescent females demonstrating persistent, deliberate self-harm (DSH). *Child and Adolescent Mental Health, 13*(3), 148-152.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 757-766.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(1), 33-45.
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(1), 59-80.
- McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., ... McClellan, J. M. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioral therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health, 15*(4), 193-196.
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(10), 1082-1091.

- Melo, W. V., & Fava, D. C. (2012). Oito ou oitenta? In C. B. Neufeld (Org.), *Protagonistas em terapias cognitivo-comportamentais: Histórias de vida e de psicoterapia* (pp. 165-188). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Melo, W. V. (2014). Terapia comportamental dialética. In W. V. Melo (Org.), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 314-343). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Memel, B. (2012). A quality improvement project to decrease the length of stay on a psychiatric adolescent partial hospital program. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(4), 207-218.
- Menezes, C. B., Klamt-Conceição, I., & Melo, W. V. (2014). Mindfulness. In W. V. Melo. (Org.), *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (pp. 209-237). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., Wetzler, S., & Leigh, E. (1997). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*, 3(2), 67-95.
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., ... Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1811-1820.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Pereplechikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Palumberi, H. D., & Miller, A. L. (2011). Adapting dialectical behavior therapy for children: Towards a new research agenda for pediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviors. *Child Adolescent Mental Health*, 16(2), 116-121.
- Quinn, C. R. (2009). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents. *Australian Journal of Psychology*, 61(3), 156-166.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- Rathus, J. H., Wagner, D., & Miller, A. L. (2015). Psychometric evaluation of the life problems inventory, a measure of borderline personality features in adolescents. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 5, 198.
- Rathus, J. H., Campbell, B., Miller, A., & Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT Skills Module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 163-178.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 111-128.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectic behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.

- Safer, D. L., Lock, J., & Couturier, J. L. (2007). Dialectical behavioral therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(2), 157-167.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 415-423.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program. *Journal of Traumatic Stress, 24*(1), 102-106.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trial. *Behavioral Therapy, 31*(3), 569-582.
- Uliaszek, A. A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K., & Maslar, M. (2014). A pilot intervention of multifamily dialectical behavior group therapy in a treatment-seeking adolescent population: Effects on teens and their family members. *The Family Journal, 22*(2), 206-215.
- Van Dijk, S. (2009). *The dialectical behavior therapy skills workbook for bipolar disorder: Using DBT to regain control of your emotions and your life*. Oakland: New Harbinger.
- Wilkinson, B. (2011). Current trends in remediating adolescent self-injury: An integrative review. *The Journal of School Nursing, 27*(2), 120-128.
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology, 55*(6), 755-768.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(3), 277-286.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Marcia, J. (2002). Identity and psychosocial development in adulthood. *Identity: An International Journal of Theory and Research, 2*(1), 7-28.

4



ADOLESCÊNCIA NA PERSPECTIVA DA TERAPIA DO ESQUEMA

RENATA FERRAREZ FERNANDES LOPES

A adolescência descreve a fase da vida entre o final da infância e o início da vida adulta. Determinar precisamente a faixa etária que compreende esse período não é tarefa simples, especialmente se considerarmos fatores como os graus de maturação social, moral e física, além dos elementos culturais que o influenciam. A adolescência não inclui apenas o amadurecimento físico de garotos e garotas, mas envolve o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional para que, no futuro, jovens se tornem adultos responsáveis. Mais do que um substantivo, deveríamos pensar na adolescência como um verbo cuja ação se realiza no “adolescere”.

Neste capítulo, apresentaremos a visão da terapia do esquema (TE) sobre essa etapa da vida. Não é uma tarefa fácil, pois são muito poucas as publicações dessa abordagem direcionadas à adolescência.

Segundo Geerdink, Jongman e Scholing (2012), a TE foi desenvolvida originalmente para pacientes adultos, embora possa ser conduzida com adolescentes que tenham desenvolvido problemas de personalidade. Esses mesmos autores realizaram uma revisão sistemática até 2007 e encontraram apenas seis publicações relacionadas em indexadores como PsycINFO e PubMed. Em todas elas, os sujeitos eram adolescentes mais velhos (18 anos ou mais); não havia uma sistematização das amostras que compunham os estudos; ou, em alguns casos, comparavam-se esses participantes das pesquisas com pacientes adultos.

Essa realidade não mudou muito nos nove anos seguintes. Até hoje, o artigo de referência para o trabalho com adolescentes baseia-se ou cita a obra de Young (2005), na qual o autor da TE conduz o tratamento de uma jovem *boderline* de 20 anos com estresse pós-traumático.

O desafio fica ainda maior quando a tarefa não consiste em garimpar protocolos de atendimento eficazes para essa faixa etária. O enfoque sobre a adolescência, neste capítulo, é muito mais desafiador, pois consiste em apontar a perspectiva da TE sobre as tarefas desenvolvimentais específicas dessa fase, que podem ser consideradas, segundo a perspectiva da psicopatologia, em outras etapas do desenvolvimento. Entretanto, quando o assunto é “adolescer”, o destoante faz parte dessa etapa do ciclo vital, compõe o processo desenvolvimental sobre o qual o indivíduo precisa avançar e lhe oferece seus tons inusitados.

ADOLESCÊNCIA E TERAPIA FOCADA NO ESQUEMA: FASES DA ADOLESCÊNCIA

Jeffrey Young, principal idealizador da TE, afirma que a abordagem se destina ao tratamento de pacientes com transtornos da personalidade ou psicopatologias mais severas. A TE para o tratamento de transtornos da personalidade é vista como uma evolução do modelo cognitivo de Aaron Beck, entre outros aspectos, por investir esforços terapêuticos sobre um nível mais aprofundado de cognição denominado esquema inicial desadaptativo (EID).

Os esquemas desadaptativos podem ser definidos como padrões de vida pervasivos que influenciam cognições, emoções, memórias, percepções sociais, interações interpessoais e padrões de comportamento. Os EIDs são desenvolvidos na infância e na adolescência, influenciam o curso da vida de uma pessoa e são mantidos por mecanismos de *coping* desadaptado, situações de vida e padrões interpessoais de relacionamento (Jacob & Arntz, 2013; Young, Koslo, & Weishaar, 2008).

Segundo o grupo alemão de TE, liderado por Loose, Graaf e Zarbock (2013), os critérios de classificação para determinar as fases do desenvolvimento não são específicos e comuns a todas as escolas psicológicas.

O grupo de Loose e colaboradores (2013), que desenvolve a TE para adolescentes, assume como bases teóricas acerca do desenvolvimento, por um lado, a ideia de estágios do desenvolvimento psicossocial e a noção de

crise de Erikson (1970), e, por outro, o modelo de tarefas de desenvolvimento elaborado por Havighurst (1972), bem como as tarefas de desenvolvimento comuns à adolescência pressupostas por de Oerter e Dreher (2008). Nos parágrafos seguintes, apresentaremos esses conceitos para favorecer as reflexões posteriores dessa escola ao longo do capítulo.

Na obra de Erick Ericson, desenvolvimento psicossocial confunde-se com desenvolvimento da personalidade. São oito os estágios que compõem o ciclo vital, segundo o autor, cada um correspondendo à formação de um aspecto particular da personalidade. Para avançar em cada uma das fases, é preciso lidar com os conflitos típicos da etapa em questão. A superação do conflito gera adaptação (virtudes, valores, adaptação social), resultando em um ganho psicológico, emocional ou social. Já a resolução negativa leva a sentimentos de fracasso e desajuste social.

Na adolescência, Erikson sublinha que o conceito de crise se relaciona às incertezas e indagações do jovem, que giram em torno de saber quem se é e o que se virá a ser no futuro. A solução positiva desse conflito produz uma tomada de consciência de si e uma sensação de que se está apto para assumir a verdadeira identidade, construída nas várias trocas com o meio.

Para Loose e colaboradores (2013), essa etapa de construção da identidade é marcada pelo confronto com o próprio corpo e, em particular, pela fixação em ideais de atratividade. Essa fixação é igual tanto para garotas quanto para garotos e pode causar enorme sofrimento se estiver a serviço de esquemas desadaptativos do domínio V (padrões inflexíveis). Tais eventos podem explicar, por exemplo, o desenvolvimento de transtornos alimentares que surgem no início da adolescência.

Outro aspecto que diz respeito à construção da identidade na adolescência é a necessidade de gradual independência afetiva, cognitiva e financeira dos pais, bem como a organização da relação com os novos pares. As questões da segunda metade da adolescência giram em torno dos temas:

- Quem sou eu?
- Quais são os meus ideais, atitudes, pontos de vista?
- Como será o meu futuro?

Independentemente da classe social a que o jovem pertença e de quais sejam seus desafios concretos (trabalhar e estudar; só trabalhar; só estudar), esses são conflitos que mostram que essa fase psicossocial de identidade *versus* confusão de identidade está em curso. O adolescente precisa se encaixar em algum papel na sociedade. Daí surgem os conflitos em torno da escolha vocacional, dos grupos que frequenta, de suas metas para o futuro, da escolha do par, etc. De modo ideal, o jovem desenvolverá uma autoimagem relativamente realística e conhecerá seus pontos fortes e fracos. No entanto, sua identidade ainda não estará completa até que avance para a fase adulta.

Para Havighurst (1972), outro teórico no qual o grupo alemão da TE se apoia para desenvolver seus protocolos de atendimento de adolescentes, uma “tarefa de desenvolvimento” é aquela que se apresenta em determinado período da vida do indivíduo. Seu resultado, se o processo for bem-sucedido, leva à felicidade e ao sucesso em tarefas similares posteriores, enquanto o fracasso leva a infelicidade, desaprovação pela sociedade e dificuldade com tarefas posteriores. As tarefas de desenvolvimento surgem, segundo o autor, a partir de maturação física, das pressões culturais ou de aspectos da personalidade, geralmente levando a uma interação de todos esses fatores e produzindo uma síntese típica daquela fase do desenvolvimento. As tarefas de desenvolvimento da primeira, da segunda e da terceira infâncias, da adolescência, do início da idade adulta, da meia-idade e da maturidade foram discutidas por Havighurst em termos da sua natureza, a base biológica necessária para o cumprimento dessas tarefas, a base psicológica e cultural, bem como suas implicações educacionais. Essa teoria dá sustento à ideia de necessidades básicas satisfeitas como condição para as tarefas desenvolvimentais bem-sucedidas e suas posteriores generalizações. Necessidades básicas não atendidas estariam na base das tarefas desenvolvimentais malsucedidas e seus posteriores desdobramentos desfavoráveis.

A obra de Oerter e Montada (2008), *Entwicklungspsychologie* (Psicologia do desenvolvimento), que sustenta as reflexões do grupo alemão sobre a adolescência, faz uma apresentação abrangente e atual de abordagens teóricas, métodos e aplicações da psicologia do desenvolvimento para o público germânico. O livro apresenta diferentes áreas do desenvolvimento

humano ao longo do ciclo vital, desde a infância até a velhice, e descreve o desenvolvimento de funções específicas (percepção, capacidade motora, memória, capacidade de resolução de problemas, conhecimento e linguagem, motivação, conhecimento social, moralidade, etc.) nas várias etapas do ciclo vital. São descritas as várias fases da vida e os métodos para aprimorar o desenvolvimento em cada fase de maneira prática. O capítulo em destaque no início deste parágrafo, citado por Loose e colaboradores (2013), trata especificamente dessas questões em torno da adolescência.

Com base nesses teóricos, o grupo de alemães assume em TE que o início da adolescência se dá entre 10 e 13 anos; a adolescência média é uma faixa etária que vai dos 14 até os 17 anos; e a fase final do período vai dos 18 aos 22 anos.

TAREFAS ESPECÍFICAS DO DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento em que surgem muitas chances e oportunidades, mas também riscos e exigências. A passagem da infância para a adultez traz consigo a transição para uma fase que carece de estrutura clara, pois os jovens devem expandir-se, ocupar espaços e realizar tarefas muito diferentes do que conheciam em suas experiências anteriores. A mudança drástica no próprio corpo vem acompanhada de tarefas centrais da adolescência (ver Quadro 4.1).

QUADRO 4.1 TAREFAS CENTRAIS DA ADOLESCÊNCIA, SEGUNDO DREHER E DREHER (2002), CITADOS POR OERTER E DREHER (2008)

- Estabelecimento de relações novas e mais maduras com pares de ambos os sexos
- Estabelecimento de vínculos mais próximo com pelo menos um dos seus amigos
- Estabelecimento de papel de gênero
- Desenvolvimento de uma maior clareza de quem se é
- Conhecimento de como se é visto pelos outros
- Aceitação das mudanças físicas da aparência
- Distanciamento ou independência emocional dos pais
- Preparação para estabelecer relacionamento afetivo estável
- Preparação para seguir uma carreira e consideração sobre o que se quer ser profissionalmente

- Estabelecimento dos valores que guiarão o comportamento
- Desenvolvimento de uma perspectiva de futuro, planejar seus objetivos de vida

Segundo Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock e Petermann (2000), os problemas mais comuns nessa faixa etária estão ligados a aceitação do próprio gênero, estabelecimento de relações íntimas, ruptura da forte vinculação com os pais, escolha de uma profissão, desenvolvimento do seu próprio sistema de valores e construção de práticas socialmente responsáveis. Dadas essas tarefas comportamentais, afetivas e cognitivas difíceis, não é surpresa que a adolescência seja uma fase que favoreça a labilidade e a sensibilidade, pelo menos se comparada às demais etapas do desenvolvimento.

CRISES, CONFLITOS E TRAUMAS

A partir dos 10 anos de idade, tem início o ingresso do adolescente em novos grupos de amigos. Apesar de isso ser importante para o bom desenvolvimento social/emocional do jovem, traz consigo algum risco (p.ex., influência negativa de pares antissociais). Entretanto, a tarefa de desenvolvimento visando a desvinculação gradual dos pais é inevitável.

Se o adolescente se une a pares com condutas desafiadoras ou antissociais, estará mais propenso a influência de drogas e álcool, bem como a comportamentos de risco ou delinquentes (ver estudo transversal com grupos de adolescente suecos, em Lundborg, 2006).

QUADRO 4.2 FATORES QUE INFLUENCIAM O SUCESSO DA INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS, SEGUNDO FEND (1998)

- Qualidade da interação pais-filhos na infância
- Preservação de alegria mútua /capacidade de manter zonas livres de conflitos
- Equidade e justiça por meio da negociação de acordos, sem arbitrariedade
- Atividade recreativa intensa entre pais e filhos no início da adolescência
- Estilo parental pouco punitivo e fortemente orientado para argumentação
- Evitação da superproteção
- Manutenção das medidas de apoio à prole
- Construção de uma imagem realista do próprio filho
- Evitação da disparidade entre o desejo daquilo que se espera do filho e a realidade

- Capacidade de regulação emocional dos pais

Essa também é uma fase na qual se ampliam os conflitos entre os jovens e seus pais, como, por exemplo, sobre questões relativas a estilo de roupa, gostos musicais, tatuagens, *piercings*, entre outras (Lohaus, Vierhaus, & Maass, 2010). Quando o adolescente fica mais velho, começam, por exemplo, as divergências sobre política e sobre o horário de regresso à noite (Fend, 2000).

Segundo Oerter e Dreher (2008), infelizmente a adolescência pode ser permeada por estados emocionais negativos. Sobretudo em garotas, há um aumento em índices de depressão, humor deprimido e sentimentos de vergonha que parecem contribuir para quadros depressivos quando associados a insatisfação com o próprio corpo; isso, por sua vez, gera EIDs ligados ao domínio II, como o esquema de falha, ou vergonha. Outra fonte importante de estresse é o término de relacionamentos amorosos, que favorece EIDs ligados a desconexão e rejeição.

Para Oerter e Dreher (2008), a regulação e integração das emoções é outra importante área de desenvolvimento na formação da identidade do - adolescente. De acordo Roseblum e Lewis (2003), essa tarefa tem os seguintes objetivos:

- Regulação de emoções intensas, incluindo a capacidade de tranquilizar-se
- Ser capaz de perceber emoções dos outros
- Ser capaz de separar o estado emocional de sua expressão
- Ser capaz de distinguir entre sentimentos e fatos (capacidade de evitar o raciocínio emocional, do tipo “porque eu sinto algo não quer dizer que seja verdadeiro”)
- Senso de identidade, que pode permanecer intacto apesar da flutuação dos sentimentos
- Capacidade de usar as habilidades cognitivas de compreender e regular as emoções

A capacidade de regular as emoções é considerada uma condição necessária para o desenvolvimento adequado de empatia na adolescência. Muitos jovens têm mais dificuldades em encontrar um equilíbrio adequado

entre compaixão e distanciamento do sofrimento alheio. Se eles não podem regular suas emoções, tendem a experimentar a empatia como uma ameaça, evitando-a, e a ligação com outros pode ser perturbada de modo permanente (Eisenberg, 2000), o que certamente favorecerá o desenvolvimento de esquemas iniciais desadaptativos ligados aos limites prejudicados, típicos do domínio III.

TERAPIA FOCADA EM ESQUEMAS: CONCEITOS GERAIS E SUAS RELAÇÕES COM A ADOLESCÊNCIA

Young e colaboradores (2008) definem 18 EIDs com base em observações clínicas, que podem ser agrupados em cinco domínios (Fig. 4.1). Os EIDs estão ligados a intensos níveis de afeto e resultam da interação entre o temperamento (inato) e as experiências disfuncionais nas relações familiares e sociais nos primeiros anos de vida (Duarte, Nunes, & Kristensen, 2008; Lopes, 2015; Young et al., 2008).

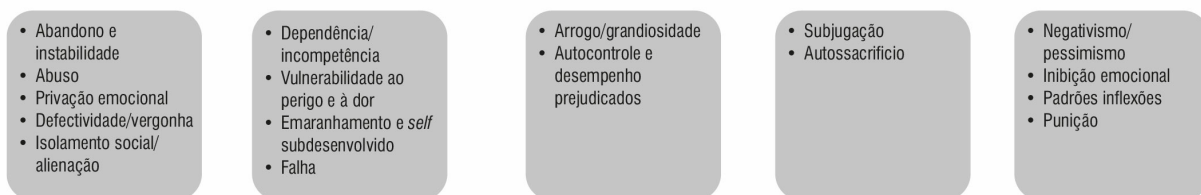


Figura 4.1

DOMÍNIOS DE ESQUEMAS E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS.

Fonte: Adaptada dos conceitos de Young e colaboradores (2008).

É preciso destacar que os EIDs resultam de necessidades emocionais não satisfeitas na infância e na adolescência (Jacob & Arntz, 2013; Young et al., 2008). São cinco as necessidades emocionais fundamentais para os seres humanos, de acordo com a TE:

- 1** vínculos seguros com outros indivíduos (segurança, estabilidade, cuidado e aceitação)
- 2** autonomia, competência e sentido de identidade
- 3** liberdade de expressão, necessidades e emoções válidas
- 4** espontaneidade e lazer

5 limites realistas e autocontrole

Essas necessidades parecem ser universais, sendo que algumas pessoas apresentam necessidades mais intensas do que outras, em função de aspectos diáticos (p.ex., seu temperamento) e de experiências da infância e adolescência que se perpetuam na idade adulta. Uma pessoa que consegue satisfazer de forma adaptativa suas necessidades emocionais básicas é considerada psicologicamente saudável.

Outro conceito angular da TE é o conceito de modo de esquema. Young e colaboradores (2008) afirmam que temos três modos: crianças, de enfrentamento e adultos. Os primeiros são inatos, logo, todas as crianças e adolescentes podem manifestá-los. Nessa categoria, incluem-se os modos: criança vulnerável, criança zangada, criança impulsiva e criança feliz. No modo criança vulnerável, manifestam-se esquemas de abandono, abuso, privação e rejeição que podem estar presentes em várias situações nas quais os adolescentes se inserem. Nesses casos, as experiências interpessoais dos jovens são marcadas por fortes sentimentos de desconexão e rejeição dos grupos dos quais procuram participar ou da própria família. Trata-se de um evento muito deletério, dado que um dos grandes desafios da adolescência é inserir-se em novos grupos a fim de desenvolver independência e autonomia.

No modo criança zangada, a raiva está presente porque necessidades emocionais básicas não estão sendo atendidas. Adolescentes expressam sua raiva de forma direta (palavrões, agressão física) ou de forma passivo-agressiva, por meio de procrastinação, superficialidade e resistência passiva em satisfazer expectativas dos outros em suas interações.

No modo criança impulsiva, observa-se um adolescente que age a partir dos seus desejos, sem pensar nas consequências nocivas dos seus comportamentos; logo, nesse contexto, vários tipos de comportamento de risco podem emergir.

Por fim, no modo criança feliz, o adolescente sente que suas necessidades emocionais foram atendidas e pode se divertir em suas relações interpessoais (Lopes, 2015; Young et al., 2008).

Existem três modos na categoria modos de enfrentamento disfuncional: capitulador complacente, protetor desligado e hipercompensador. Esses três modos correspondem aos três estilos de enfrentamento: de resignação,

evitação e hipercompensação. Um adolescente com estilo de enfrentamento (*coping*) capitulador é passivo ante os conflitos que enfrenta em sua vida. Jovens que assumem o estilo protetor desligado evitam todas as situações de conflito do ponto de vista afetivo, cognitivo e comportamental e, geralmente, apresentam padrões fóbicos e experimentam forte ansiedade. Por sua vez, os indivíduos que hipercompensam lutam contra seus conflitos de forma desadaptativa, buscando destacar-se por meio de comportamentos de risco, comportamentos rebeldes e, por vezes, abusivos e agressivos (Lopes, 2015; Young, 2005).

Em relação aos modos adultos, temos a introjeção de pais disfuncionais: modo pai/mãe punitivo e pai/mãe exigente e o modo adulto saudável. Nos dois primeiros modos, o indivíduo torna-se semelhante ao pai ou à mãe internalizado. No caso do modo pai/mãe punitivo, o adolescente pune um dos modos-criança por “se comportar mal” e relata muitos sentimentos de culpa; já no caso do pai/mãe exigente, o jovem força e pressiona a si mesmo para cumprir padrões demasiado elevados, exibindo sentimentos de forte pressão interna e coerção. Por fim, o último modo, caracterizado como adulto saudável, é aquele buscado pela terapia. Nele, o adolescente consegue equilibrar suas necessidades e suas responsabilidades, conservando um sentimento de autonomia e liberdade internas (Lopes, 2015; Young, 2005).

Ao que parece, dois grupos têm se destacado recentemente no atendimento de clientes adolescentes, o dos holandeses e o dos alemães. A ideia do grupo alemão sobre adolescência e TE será apresentada mais adiante. Mesmo assim, destacamos que as publicações ainda são escassas e de pouca circulação, pois geralmente estão em holandês ou alemão (Geerdink et al., 2012).

Todos os estudos da TE parecem indicar que uma das tarefas mais importantes da adolescência, e que está diretamente relacionada às necessidades do domínio II (autonomia e desempenho prejudicados), é justamente equacionar o binômio autonomia/ liberdade *versus* dependência. Além disso, os jovens parecem querer ser o centro das atenções tanto em interações com os próprios pares quanto em relação aos pais (Geerdink et al., 2012).

Nesse sentido, esquemas relacionados ao domínio II (autonomia e desempenho prejudicados) podem se instituir ou emergir com toda a força de

experiências passadas, e encontramos jovens descrevendo sentimentos de impotência, vulnerabilidade ao dano e à doença e falha com relação às tarefas cotidianas. Algumas vezes, estratégias desadaptadas de *coping* emergem nesse contexto, e o jovem pode evitar sentimentos, comportamentos e emoções relacionados ao sentimento de desempenho prejudicados. Em contrapartida, a hipercompensação desse tipo de esquema nessa fase pode gerar comportamentos de risco, na tentativa de lutar contra o esquema de desempenho prejudicado.

Adolescentes que se qualificam para a TE frequentemente têm conflitos na escola, no trabalho e em casa. Sua impulsividade, expressa via comportamento de risco exagerado, pode revelar a hipercompensação de sua autonomia prejudicada, que se manifesta, por exemplo, por abuso de substância.

Outro aspecto importante é que, no início de qualquer tipo de psicoterapia com adolescentes, e este também é o caso da TE, faz-se necessário superar uma negação comum por parte dos clientes de que haja algo de errado - consigo (Geerdink et al., 2012). Segundo Geerdink e colaboradores (2012), adultos sempre são mais capazes de compreender que suas necessidades básicas não só mudam com o tempo, mas que estão, de alguma forma, sendo solapadas em interações insalubres. No adolescente, essa compreensão adquire diferentes nuances, ou seja, é variável. Jovens com frequência dizem que não estão tão mal do ponto de vista emocional e parecem sofrer menos explicitamente. Uma explicação para isso, segundo Geerdink e colaboradores (2012), ocorre porque seus EIDs e respectivos comportamentos interpessoais disfuncionais não têm uma história tão longa de conflitos quanto o dos adultos. Esses mesmos autores ressaltam que o lado saudável desses quadros é que geralmente suas vidas “foram menos desperdiçadas” em interações na escola, no trabalho e nos relacionamentos que não contribuíram para um bom desenvolvimento emocional, cognitivo e físico. Isso é muito bom, pois nessa fase parece ainda ser possível (por um senso de egodistonia com o sofrimento) que os indivíduos estejam motivados a engajar-se em maneiras de se relacionar mais positivas e frutíferas, se comparados aos adultos, quando estão em psicoterapia.

Em contrapartida, é sempre bom destacar que a abordagem se destina aos chamados pacientes difíceis (Young et al., 2008) – nesse caso, adolescentes que apresentem impulsividade e inabilidade para lidar com seus conflitos e emoções que indiquem a presença de transtornos da personalidade.

Essa dificuldade para lidar com o controle dos impulsos é bem explicada pela TE, que se propõe a descrever modos de esquema que estão ligados a problemas relacionados às funções propelentes (impulso para ação) e à inibição da resposta (dificuldade de inibir as ações). Esse fenômeno é algo esperado tanto na infância quanto na adolescência, quando são esporádicos. Quando os modos e os esquemas ligados ao controle dos impulsos são acionados por eventos externos (situações) ou por eventos internos (pensamentos), há dificuldade para inibir uma ação desadaptada ou um impulso tão forte, que, embora se conheçam suas consequências, não se pode controlá-lo, de modo que acaba tomando o comando. Um padrão recorrente desses fenômenos pode caracterizar alguma patologia ligada ao controle dos impulsos.

A motivação para o tratamento psicoterápico é uma construção que se dá ao longo do tempo, tal como ocorre com os adultos que participam da TE. Da mesma forma que na terapia infantil, observa-se na TE que os pais dos adolescentes são fator de destaque para o abandono do tratamento ou para a quebra da aliança terapêutica – seja sabotando o que é trabalhado, não dando condições para que o adolescente faça as mudanças cognitivas e comportamentais necessárias, seja boicotando as necessidades básicas não atendidas ou questionando a repaternalização realizada na terapia (Garcia & Weisz, 2002; Geerdink et al., 2012).

Uma das maiores diferenças em relação ao tratamento de adultos é que o terapeuta muitas vezes tem de lidar com os pais logo no início da terapia – e, por vezes, ao longo de todo o processo –, pois os jovens geralmente estão vivendo em casa. Durante a fase de avaliação, é fundamental deixar claro qual será o papel dos cuidadores na melhora do adolescente e como eles podem estar disponíveis para o jovem de forma positiva, suprimindo necessidades não atendidas até então, de forma equilibrada. Mais do que dar o que o adolescente deseja, é fundamental dar atenção a suas demandas e ouvi-lo, especialmente quando se vai negar algo que deseja, pois é importante

que ele perceba, apesar de sua contrariedade, que foi ouvido (Geerdink et al., 2012).

Considerando que se deve favorecer experiências positivas ligadas ao domínio II (autonomia e desempenho), é importante que o terapeuta discuta com o paciente como seus pais podem estar envolvidos em seu tratamento (Geerdink et al., 2012). Dependendo do objetivo das conversas e do estágio de tratamento, Geerdink e colaboradores (2012) afirmam que isso pode ser feito apenas com os cuidadores ou com estes e o jovem juntos. O conteúdo das conversas com os pais deve ser discutido com o adolescente em detalhes e com antecedência, favorecendo seu senso de autonomia e responsabilidade sobre os próprios atos e evitando o desenvolvimento de uma preocupação com um emaranhamento por parte do jovem (em outras palavras, medo de que “tudo que diz respeito a mim, meus pais deveriam saber detalhadamente”). Favorecer a autonomia com responsabilidade é uma importante tarefa das sessões conjuntas entre pais e adolescentes.

Para Geerdink e colaboradores (2012), é função do terapeuta explicar por que é importante discutir determinados assuntos com os pais do cliente, mas é este quem vai tomar a decisão final sobre o que será discutido, a menos que o tema esteja relacionado com algum aspecto ético que coloque em risco a vida do adolescente ou de outros. Além disso, é importante fortalecer o jovem com relação ao direito que tem de não querer (ou continuar a) falar sobre um determinado assunto com os pais.

Ainda com relação ao domínio II, a maioria dos adolescentes luta com o tema da autonomia. Por isso, é fundamental aferir para cada paciente qual é o limite entre uma busca adaptada por autonomia e uma desadaptada. Quando um terapeuta vê erroneamente as tentativas do adolescente por independência como hipercompensação do esquema de dependência/incompetência, o jovem pode facilmente se tornar irritado (Geerdink et al., 2012).

Ainda com relação aos pais, Geerdink e colaboradores (2012) afirmam que o adolescente pode apresentar um “conflito de lealdade”, sentindo-se forçado a falar mal de seus pais enquanto tiver contato diário com eles e deles depender. Nota-se a presença de sentimentos ambivalentes em relação aos cuidadores. É importante que o terapeuta discuta a ideia de que, embora os pais tenham desempenhado um papel importante na origem dos esquemas

desadaptados do cliente, na medida em que necessidades básicas não foram atendidas, não era a intenção deles prejudicá-lo. É importante salientar que os cuidadores estão lutando contra seus próprios EIDs e que, muitas vezes, esses padrões remontam aos avós do paciente (visão transgeracional da origem dos EIDs – Loose et al., 2013). Em alguns casos, para ajudar o adolescente é preciso lançar mão de uma terapia familiar sistêmica, a fim de equilibrar as necessidades não atendidas tanto do jovem quanto de seus pais.

ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS E MODOS FORMADOS AO LONGO DA ADOLESCÊNCIA

Estudos como os de Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman e Arntz (2005), citados por Geerdink e colaboradores (2012), os quais utilizaram TE com pacientes *borderline*, indicam que o impacto mais negativo sobre a aliança terapêutica (da perspectiva tanto do paciente quanto do terapeuta) é a presença de EIDs ligados a abandono e desconexão. Young e colaboradores (2008) destacam que os domínios I (abandono e desconexão) e III (limites prejudicados) são os mais desafiadores para o terapeuta, visto que tratam de ideias incondicionais, ou seja, formam o cerne da visão de si dos pacientes e não são questionados ou abandonados com facilidade.

É possível supor que a adolescência seja um terreno pedregoso que favorece a formação de EIDs do domínio I, considerando que várias experiências de abandono e rejeição são comuns nesse período. Isso se deve ao fato de haver certa instabilidade nas relações interpessoais nessa fase (em função de a regulação emocional ainda ser insuficiente, surgem muitos conflitos derivados de explosões emocionais dentro dos grupos de pares ou entre os adolescentes e seus familiares), bem como pela presença de contextos envolvendo desconfiança nas interações, vergonha e isolamento social, moldando EIDs incondicionais.

Da mesma forma, é comum que o jovem teste constantemente os limites das situações. No entanto, o indivíduo faz isso a partir de uma deficiência nos limites internos (acredita que pode tudo e nada lhe acontecerá, o que também vale para alguém que esteja com ele em uma situação de risco); além disso, ainda há certa ausência de responsabilidades. Os adolescentes apresentam

dificuldade em efetivar seus objetivos de longo prazo, não se preocupam por desrespeitar os direitos dos outros, acreditam ser imortais e têm poucas responsabilidades, e tudo isso favorece a formação de EIDs de domínio III. Logo, se os domínios I e III estão em construção na adolescência, e se esses são os que provocam os maiores conflitos na fase adulta, por serem incondicionais, esse parece ser um período da vida importante para a intervenção precoce.

Por tudo o que descrevemos até aqui, deve haver, por parte do terapeuta, um foco na criação de uma aliança terapêutica boa e forte com o adolescente. Isso pode ser obtido, por exemplo, pedindo-se continuamente informações sobre os interesses do jovem, sobre o lugar onde vive e sobre as pessoas e as atividades que são importantes em sua vida. Esse tipo de atitude parece suprir, pelo menos em parte, a necessidade que o adolescente tem de conexão, afinal, o indivíduo costuma pensar que “quem me conhece e se interessa por mim deve desejar conectar-se comigo”.

Alguns adolescentes parecem preferir evitar o confronto com os seus problemas – um comportamento que revela quão extensamente os jovens - parecem lançar mão do modo protetor desligado. Ao mesmo tempo, eles mudam constantemente de opinião sobre seus pais e pares. Por isso, em geral, vemos a alternância dos modos de esquemas (modo criança, modos de enfrentamento e modos adultos) em pessoas jovens, dado que nenhum deles está cristalizado. Ao longo do dia de um adolescente, bem mais do que no dia de uma criança, muitas coisas estão acontecendo, o que favorece que o jovem transite entre os vários modos. Isso também tem um lado positivo: os modos em adolescentes geralmente são menos rígidos do que em adultos e, portanto, mais fáceis de intervir (Geerdink et al., 2012)

Adolescentes são muito ambivalentes. É difícil para eles estabelecer compromissos semanais com datas e horários fixos, com exceção das atividades acadêmicas que são culturalmente instituídas. Em outras palavras, ir à escola é uma obrigação cultural, mas sobretudo constitucional. Para todas as demais atividades, a ambivalência pode imperar, em parte porque os jovens ficam profundamente envolvidos em suas atividades, o que pode levá-los a esquecer do compromisso ou dizer que a tarefa não era importante (Geerdink et al., 2012). Portanto, é importante negociar as datas e os horários

de sessões e considerar a ausência como tema de agenda de terapia, como forma de ajuda que o terapeuta pode e quer oferecer para equilibrar a necessidade de liberdade com a presença de comportamentos derivados dos limites prejudicados. O adolescente deve ser tratado como um adulto saudável, que tem de aprender a cuidar de si mesmo de forma adequada, na medida do possível (Geerdink et al., 2012).

Uma armadilha potencial para o profissional é que a ausência do jovem ative nele o modo pai exigente, que deseja fazer grandes exigências. O terapeuta deve perceber que a ambiguidade do adolescente pertence ao estágio de desenvolvimento no qual o jovem se encontra (Geerdink et al., 2012).

Geerdink e colaboradores (2012) falam de armadilhas nas quais são ativados no terapeuta EIDs e modos que podem ser prejudiciais para a relação terapêutica, como, por exemplo, quando o terapeuta ultrapassa os limites da repaternalização e tenta ser um pai melhor que o próprio genitor do paciente, sobretudo com adolescentes que foram emocionalmente privados ou abusados pelos próprios cuidadores. É preciso ficar alerta a situações que possam ativar EIDs/modos no terapeuta.

O FUTURO DA TE PARA ADOLESCENTES

Considerando as reflexões realizadas neste capítulo, fica claro que a ampliação dos conhecimentos sobre a eficácia de protocolos da TE destinados a adolescentes é necessária. Existem poucos estudos alemães como os descritos por Loose e colaboradores (2013, 2015) com adolescentes. Por essa razão, Loose e colaboradores (2015, p. 14, tradução nossa) enfatizam, já de início, em seu último livro publicado:

queremos encorajar explicitamente uma avaliação científica dos protocolos direcionados para crianças e adolescentes. Estimulamos qualquer colaborador interessado em participar e partilhar conosco estudos de caso, grupos de estudo, ensaios clínicos randomizados, etc., que entre em contato, neste caso, com os editores do livro, e teremos prazer em fornecer mais informações sobre os métodos empregados.

Entre os estudos já testados, o de Lechmann (2015) se destaca por envolver pacientes *borderline* – podendo, portanto, ser comparado ao estudo de caso de Young (2005) com uma adolescente com esse transtorno. Segundo Lechmann (2015), para se trabalhar com pacientes *borderline*, o foco do trabalho deve ser sobre o processamento emocional, com a ajuda de técnicas de imaginação em primeiro plano. Na experiência do autor, para o jovem com esse transtorno é muito mais difícil realizar técnicas de imagem com os olhos fechados. Uma insistência sobre o procedimento padronizado (Young et al., 2008) é contraproducente. Muitas vezes, imaginar de olhos abertos já significa um grande passo quando os jovens concordam. Eles se lembram de uma situação anterior, recordam-na de olhos abertos, e os exercícios para o controle dos modos que se alternam são feitos sempre imaginando com os olhos abertos. Segundo esse mesmo autor, a simplificação e o encurtamento da abordagem típica com adultos, portanto, muitas vezes parecem apropriados, em conformidade com os estudos de Graaf (2013) para os jovens. Muitos adolescentes bloqueiam rapidamente qualquer técnica vivencial se percebem que despertarão “sentimentos intensos”. Isso é ainda mais forte em relação a jovens *borderline*.

Segundo Loose e colaboradores (2013), no trabalho com adolescentes o primeiro passo é tentar limitar as técnicas à descrição de situações atuais e designar o sentimento predominante. Em seguida, o terapeuta convida o adolescente a explorar outras situações em que se ativam modos semelhantes ao descrito na situação original. A maioria dos jovens não vai tão longe quanto os adultos nas memórias retrospectivas e descreve situações que são recentes. O terapeuta pode, então, sugerir ao cliente a mesma atividade com os olhos fechados. O profissional deve fazer a sugestão, mas não insistir. Isso é ainda mais importante quando temos pacientes *borderline* ou opositores.

Os adolescentes devem descrever a situação do modo mais detalhado possível e expressar tipos de enfrentamento (comportamentos para regular a emoção) que lhes parecem mais adequados. Segue-se um acréscimo à situação imaginada: a introdução de uma pessoa auxiliar, que geralmente é o próprio terapeuta (Arntz & van Genderen, 2010). Isso também pode ter o efeito positivo de fortalecer o relacionamento terapêutico. A pessoa assistente (terapeuta) deve tentar satisfazer as necessidades emocionais do paciente na

imaginação (no sentido de proteger, de oferecer compreensão, conforto, etc.). Após essa imaginação, o profissional pode voltar-se novamente à situação atual e indagar sobre formas novas de enfrentamento que o jovem pode agora buscar efetivar em situações semelhantes.

Essa breve descrição permite enfatizar a importância de estudos de caso sistematizados em TE para adolescentes com as mais diferentes - psicopatologias. Também é possível observar algumas diferenças com relação à terapia com adultos. Nota-se, por exemplo, que as técnicas vivenciais, cognitivas e comportamentais precisam ser muito concretas, com materiais visuais e auditivos, contornando os movimentos opositivos ante a proposição de técnicas, que são mais comuns em adolescentes que nos adultos.

Embora os protocolos estejam sendo desenvolvidos, especialmente pelas escolas alemã e holandesa, muito ainda precisa ser pesquisado, dado que a adolescência parece ser o momento nevrálgico para o desenvolvimento dos EIDs, bem como o tempo propício para a psicoterapia, pois nesse período os EIDs e os modos ainda não estão cristalizados. Para aqueles que desejam acesso aos protocolos de atendimento em TE para adolescentes na fase inicial (10 a 12 anos), sugerimos a leitura de Lopes (2015). Para as fases posteriores, sugerimos a leitura dos capítulos 5 e 6 da obra *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*, de Loose e colaboradores (2013).

Para concluir, especialistas em TE para crianças e jovens compreendem que medidas de intervenção precoce são um fator-chave na prevenção dos efeitos crônicos e dolorosos da instalação de modos e EIDs desde a infância. A detecção precoce, ou na fase prodrômica, da instalação de quadros psicopatológicos, inclui psicoeducação de pais e jovens para a prevenção de experiências traumáticas crônicas.

REFERÊNCIAS

Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *Schema-therapie bei Borderline Persönlichkeitsstörung*. Weinheim: Beltz.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D., & Petermann, F. (2000). *Ratgeber: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und*

Erzieher. Göttingen: Hogrefe.

Duarte, A. L. M., Nunes, M. L. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: Revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 1-13.

Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697.

Erikson, E. H. (1970). Autobiographic notes on the identity crisis. *Daedalus*, 99(4), 730-759.

Fend, H. (1998). *Eltern und Freunde: Soziale Entwicklung im Jugendalter*. Bern: Huber.

Fend, H. (2000). Entwicklungspsychologie des Jugendlichen. In H. Fend, *Lehrbuch für pädagogische und Psychologische Berufe*. Opladen: Leske Budrich.

Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439-443.

Geerdink, M., Jongman, E., & Scholing, A. (2012). Schema therapy in adolescents. In M. Van Vreeswijk, J. Broersen, & Nardot, M. (Orgs.), *The Wiley blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. Oxford: Wiley Blackwell.

Graaf, P. (2013). Elternbezogene Techniken und vorgehensweisen. In C. Loose, P. Graaf & G. Zarbock (Orgs.), *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp. 261-322). Weinheim: Beltz.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185.

Lechmann, C. (2015). Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In C. Loose, P. Graaf, & G. Zarbock (Orgs.), *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen* (pp. 257-290). Weinheim: Beltz.

Lohaus, A., Vierhaus, M., & Maass, A. (2010). *Entwicklungspsychologie des Kindes und Jugendalters*. Heidelberg: Springer.

Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (Orgs.). (2013). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz.

Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (Orgs.). (2015). *Störungsspezifische Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Basel: Beltz.

Lopes, R. F. F. L. (2015). Terapia do esquema para crianças. In C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. Rangé (Orgs.), *Procognitiva: Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental: Ciclo 2* (pp. 47-123). Porto Alegre: Artmed.

Lundborg, P. (2006). Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use. *Journal of Health Economics*, 25(2), 214-233.

Oerter, R., & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In R. Oerter, & L. Montada (Orgs.), *Entwicklungspsychologie* (Vol. 6, pp. 271-332). Weinheim: Psychologie.

Oerter, R., & Montada, L. (Orgs.) (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie.

Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2003). Emotional development in adolescence. In G. R. Adams, & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 269-289). Oxford: Blackwell.

Young, J. E. (2005). Schema-Focused cognitive therapy and the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126.

Young, J. E., Kloslo, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema*. Porto Alegre: Artmed.

5



TERAPIA RACIONAL-EMOTIVO- -COMPORTAMENTAL COM ADOLESCENTES

MARIA CELESTE AIRALDI

INTRODUÇÃO E PRINCÍPIOS TEÓRICOS FUNDAMENTAIS

A terapia racional-emotivo-comportamental (TREC) foi desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Albert Ellis (1913-2007), em 1955, primeiramente sob o nome terapia racional, para logo ser chamada terapia racional-emotiva, em 1961, até sua denominação atual, que é usada desde 1993 (Ellis, 1962). As mudanças no nome se devem, sobretudo, à intenção de que fossem contemplados todos os pilares da TREC em sua identificação.

A TREC é a primeira das terapias cognitivo-comportamentais, tendo influenciado no desenvolvimento das abordagens posteriores. Isso fez que Ellis fosse reconhecido como o segundo psicoterapeuta mais influente do século XX, sendo superado apenas por Carl Rogers (Smith, 1982).

A TREC diferencia-se de outras psicoterapias cognitivo-comportamentais em vários aspectos. Alguns de seus atributos mais característicos são (Lega, Caballo, & Ellis, 1997):

- 1** o enfoque dado a uma profunda mudança de filosofia de vida (e não apenas no alívio de sintomas clínicos)
- 2** sua posição humanista-existencial
- 3** sua própria teoria das emoções (diferenciando-as entre “saudáveis” e “não saudáveis”, em vez de “positivas” e “negativas”)
- 4** a eliminação de todo tipo de avaliação pessoal (de si mesmo e dos demais)
- 5** sua atenção aos sintomas secundários (p. ex., a culpa pela raiva ou a vergonha por ter depressão)
- 6** a correção semântica (principalmente no uso de dogmatismos e avaliações pessoais)

7 o uso de um questionamento socrático direto e enérgico, bem como de técnicas intensas de dessensibilização ao vivo

Todas essas características estão incluídas no modelo da chamada “TREC elegante, preferencial ou filosófica”, que está focada no estabelecimento de uma filosofia de vida preferencial, no lugar de uma demandante. Ela é considerada “elegante” porque, ao estar voltada à produção de uma mudança no esquema nuclear do paciente, tende a gerar soluções efetivas, inclusive diante dos piores cenários possíveis (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, & Backx, 2014).

A abordagem conhecida como “TREC geral” não tem diferenças em relação à terapia cognitivo-comportamental (TCC), de Aaron Beck, razão pela qual o presente capítulo enfocará os aspectos particulares da TREC preferencial.

A TREC preferencial é perfeitamente aplicável a adolescentes (Ellis & Bernard, 2006), embora possa necessitar de maior ênfase na análise filosófica e de maior rigor no emprego do método científico no debate de crenças irracionais, especialmente quando o paciente tiver menor idade. Se o cliente se encontra na primeira fase da adolescência, a sugestão terapêutica costuma ser a de usar a TREC geral, salvo se o indivíduo tenha um alto desenvolvimento cognitivo ou se mostre capaz de acompanhar um debate socrático mais abstrato.

Com o objetivo de simplificar a compreensão da abordagem pelos - pacientes de todas as idades (e inclusive pelos próprios terapeutas), Ellis baseou sua teoria no que chamou Modelo ABC, cuja sigla vem do inglês (DiGiuseppe et al., 2014):

- *Activating event*, ou evento ativador, o qual faz referência à percepção que a pessoa tem de uma experiência desagradável, que pode ser real, imaginária, passada, presente ou futura. Para a TREC, o acontecimento tal como ocorreu de forma objetiva não é o mais importante, mas sim a percepção e a inferência que o indivíduo faz dele, ou seja, o que “acredita” que aconteceu e quais serão suas implicações pessoais.
- *Belief system*, o sistema de crenças formado por crenças tanto racionais quanto irracionais. Trata-se de um “sistema”, porque inclui os esquemas

demandantes e absolutistas, além de suas crenças avaliadoras derivadas (catastrofização, intolerância à frustração e avaliação global).

- *Consequences*, ou consequências, isto é, as emoções e os comportamentos que se desprendem das crenças do paciente. São geralmente essas consequências que o levam à consulta, pois os comportamentos disfuncionais e as emoções não saudáveis, resultantes das crenças irracionais, geram mal-estar.

Para exemplificar a aplicação do modelo ABC em adolescentes e entender como se realiza a conceitualização de casos com TREC, apresentamos a seguir uma das temáticas mais comuns nas consultas dos adolescentes: a rejeição social (Quadro 5.1).

QUADRO 5.1 MODELO ABC APLICADO AO MANEJO DA REJEIÇÃO SOCIAL EM ADOLESCENTES

A: EVENTO ATIVADOR	B: SISTEMA DE CRENÇAS	C: CONSEQUÊNCIAS
<i>Evento:</i> Não fui convidado para a festa de aniversário do meu colega. <i>Percepção do evento:</i> Ele não gosta de mim. <i>Inferência:</i> Não fui convidado porque ninguém gosta de mim.	<i>Demanda:</i> Preciso que as pessoas gostem de mim. Eles deveriam gostar de mim. <i>Derivados</i> (avaliações da demanda): <i>Catastrofização:</i> Que eles não gostem de mim é a pior coisa no mundo. <i>Intolerância à frustração:</i> Não vou conseguir suportar que eles me rejeitem. <i>Avaliação global:</i> O fato de ele não ter me convidado quer dizer que sou um perdedor e que ninguém gosta de mim.	<i>Emoção:</i> Depressão. <i>Comportamentos:</i> Ficar trancado no quarto o dia todo (inativação), choro, isolamento social.

Após a conceitualização do caso, considera-se uma ampliação do modelo A-B-C-D-E na abordagem terapêutica, em que D se refere à disputa^[NT] ou debate das crenças irracionais para conseguir E, a nova crença apropriada e

racional (*effective new belief*), que virá acompanhada de emoções saudáveis e comportamentos funcionais. As etapas D e E serão aprofundadas mais adiante, na seção sobre estratégias terapêuticas.

Para resumir a teoria proposta por Ellis (1999), pode-se considerar que as siglas da TREC representam:

- **T: Terapia**, de enfoque cognitivo-comportamental, caracterizada por considerar que as crenças irracionais absolutistas e suas crenças avaliadoras derivadas são as principais causas dos problemas emocionais e comportamentais que requerem atendimento clínico. Promove não apenas o alívio de sintomas, mas, sobretudo, uma mudança filosófica de vida, passando-se de um estilo demandante para um preferencial.
- **R: Racional**, porque quando as pessoas pensam de uma maneira mais objetiva, flexível, preferencial e realista, desenvolve-se uma maior tolerância às frustrações, pode-se aceitar as próprias carências e erros (e os dos outros também), ao mesmo tempo em que se eliminam os comportamentos autossabotadores e as emoções não saudáveis.
- **E: Emotiva**, porque parte do princípio de que “sentimos como pensamos”, e, portanto, as crenças irracionais geram emoções não saudáveis, enquanto as racionais terão como consequência emoções que, ainda que negativas, são saudáveis e funcionais. Além disso, dá uma grande ênfase à validação das emoções, incluindo as negativas.
- **C: Comportamental**, porque as emoções geradas pelas crenças determinam certas tendências a ação de diferentes funcionalidades, dependendo de sua relação com a racionalidade ou com a irracionalidade.

PERSPECTIVA TREC DO DESENVOLVIMENTO NORMAL E PSICOPATOLÓGICO

A TREC é uma psicoterapia multissistêmica e transdiagnóstica que considera os aspectos de desenvolvimento esperados em cada etapa do crescimento, motivo pelo qual se analisam os sintomas que cada paciente apresenta, levando-se em conta seu período evolutivo e o quão normais ou atípicos esses sintomas são para tal período (Ellis & Bernard, 2006). Essa abordagem é

aplicada tanto no que se refere à avaliação quanto ao tratamento propriamente dito, pois, na conceitualização do caso, considera-se o nível cognitivo e o linguístico, entre outros aspectos evolutivos.

Vernon (2002) ressalta alguns aspectos do desenvolvimento mais importantes da adolescência para serem abordados em terapia. Menciona que, na fase inicial dessa etapa do desenvolvimento, a audiência imaginária (“todos me olham”), a fábula pessoal (“as coisas más acontecem com as outras pessoas, mas não comigo”), a ambivalência entre ser dependente e independente da família, a necessidade de aprovação social e a adaptação às mudanças hormonais são alguns dos aspectos a serem levados em conta. Já na fase final da adolescência, embora exista uma maior estabilidade emocional, tanto por maturidade cognitiva quanto por equilíbrio hormonal, os problemas costumam estar associados à transição para a vida adulta e a uma ansiedade quanto a situações relacionadas à sexualidade.

Quanto à sua visão da psicopatologia adolescente, a TREC propõe que os problemas de comportamento e as perturbações emocionais surgem de uma interação entre as vulnerabilidades pessoais (biológicas) e o meio ambiente de socialização (Bernard & Joyce, 1984). Essa interação determinará os tipos de esquemas ou crenças nucleares pelos quais se avaliam as diferentes experiências de vida, ou, como menciona Young (2006), as avaliações ou inferências distorcidas que o adolescente faz sobre suas diversas vivências. Para a TREC, é quando as crenças nucleares são irracionais ou demandantes que surgem os transtornos mentais. Contudo, é importante frisar que isso não elimina a existência de múltiplos caminhos para o desenvolvimento psicopatológico e, portanto, para seu tratamento (DiGiuseppe et al., 2014). É precisamente por esse motivo que a TREC passou a ser uma terapia de abordagem multimodal, pois uma psicoterapia eficaz dependerá do uso de múltiplas e variadas estratégias de mudança – e, no caso dos adolescentes, em múltiplos níveis, incluindo, por exemplo, pais, professores e outras pessoas significativas, como avós ou cuidadores, quando necessário.

Ellis (1999) propunha que existem duas predisposições ou tendências importantes nos seres humanos: uma tendência biológica para pensar de maneira irracional, fortemente influenciada pela genética, mas também pelo meio ambiente; e uma tendência para a autodireção ou livre arbítrio.

Compreende-se, portanto, que o desenvolvimento psicopatológico tem um importante componente biológico (manifestado, entre muitos fatores, pela presença de crenças irracionais em todas as culturas), mas que os seres humanos desenvolveram a capacidade de pensar de maneira racional, o que lhes dá a possibilidade de escolher mudar, sem ser escravos dessa biologia.

Considerar essas tendências é sumamente importante, não apenas para poder entender como acontece o desenvolvimento da psicopatologia, mas sobretudo para apreender as características das intervenções nas diferentes etapas do desenvolvimento. Em relação a esse ponto, Vernon (2002) postula a existência de uma relação muito estreita entre a TREC, as etapas de desenvolvimento e os problemas que o adolescente apresenta na consulta. Apesar disso, a abordagem terapêutica de Ellis foca mais no nível de desenvolvimento cognitivo que biológico do paciente (ou seja, sua capacidade para pensar de maneira racional e lógica importa mais que sua idade na hora de selecionar as estratégias terapêuticas adequadas). Para entender essa relação, Vernon (2002) propõe considerar, primeiramente, as áreas de desenvolvimento mais importantes: física, emocional, social, cognitiva e do *self*. A justificativa para isso é que, ante diferentes idades, diferentes serão os problemas que o paciente pode apresentar. Por exemplo, na primeira etapa da adolescência, é frequente observar no cliente ansiedade ou depressão quando desprezado por um grupo de referência; já um adolescente na segunda etapa enfrentará outras situações geradoras de ansiedade, como a escolha do curso universitário ou o início no mundo do trabalho. O nível de desenvolvimento também determinará como o jovem responde diante de problemas ou situações complexas – por exemplo, aos 15 anos é mais factível compreender que o divórcio dos pais não é sua culpa do que aos 10 anos. Não obstante, é importante destacar que, na adolescência, há uma tendência regressiva no desenvolvimento cognitivo, característica do pensamento pré-concreto, que aumenta a frequência de distorções cognitivas (Bernard, 2004).

Em segunda instância, consideram-se as crenças irracionais e suas derivadas, pois estas, juntamente com o nível de desenvolvimento, terão papel fundamental na maneira de enfrentar os problemas. Nesse aspecto, o terapeuta levará em conta que, para determinar se um pensamento é racional

ou irracional, primeiro deverá considerar a idade (com suas características cognitivas e psicossociais específicas), os traços temperamentais inatos do adolescente, as características do ambiente familiar (incluindo o estilo parental e o temperamento de cada um dos pais), assim como a presença de eventos estressores de relevância, como divórcios, falecimentos, mudanças ou qualquer alteração drástica na vida do cliente (Bernard, 2004). Considerando os aspectos evolutivos, infere-se que, quanto menor a idade e o nível de desenvolvimento cognitivo, maiores serão as limitações para pensar em respostas alternativas aos problemas e prever as consequências dos próprios atos, o que determina uma propensão natural para a irracionalidade e para a atenção seletiva aos aspectos negativos das experiências vividas (Bernard, 2004), ao menos até a primeira etapa da adolescência.

Quando o nível de irracionalidade alcançou maior gravidade e detecta-se uma marcante desvalorização pessoal, é comum observar também falência na assertividade e imaturidade emocional, especialmente em ambientes nos quais há uma maior exposição a fatores de risco, como negligência no cuidado, abuso, violência ou pobreza extrema.

Pode-se concluir, portanto, tal como propõe Vernon (2002), que o nível de estresse e perturbação emocional de um adolescente estará intimamente relacionado com seu nível de desenvolvimento cognitivo e sua maturidade emocional, bem como com a presença de fatores de risco que potencializem as cognições distorcidas.

TREC COM ADOLESCENTES

Embora Ellis tenha se dedicado principalmente ao atendimento clínico de pacientes adultos, desde o início percebeu-se que a TREC também era aplicável a crianças e adolescentes de diferentes idades, de maneira direta ou indireta, mediante o acompanhamento de seus pais (Ellis, 1962). De fato, em uma de suas primeiras obras, *How to Live with a Neurotic at Home and at Work* (Ellis, 1957), Ellis inclui princípios para educar filhos emocionalmente saudáveis, mais tarde publicando, nessa linha, o livro *How to Raise an Emotionally Healthy Happy Child* (Ellis, Moseley, & Wolfe, 1966).

Outra prova do interesse do Instituto de Terapia Racional Emotiva (atualmente Albert Ellis Institute) pelo desenvolvimento saudável das crianças foi a criação da Living School, em 1970. Essa foi uma pequena escola primária privada, localizada na cidade de Nova York, onde se ensinavam as matérias tradicionais junto aos métodos de educação racional-emotiva, para potencializar a saúde mental, promover a autoaceitação incondicional e desenvolver uma maior tolerância ante adversidades. Como parte desse projeto, em 1974, William J. Knaus desenvolveu o primeiro programa de educação racional-emotiva para as escolas. Embora a Living School tenha fechado, a instituição converteu-se, em 1975, no Rational Emotive Education Consultation Service, uma dependência do instituto que fornece oficinas para psicólogos e professores, assistência a escolas e instituições que queiram promover a saúde mental de crianças e adolescentes (Knaus, 1974).

Seguindo com a linha do tempo, cabe mencionar que, no início da década de 1980, surgiu um maior interesse científico em verificar a viabilidade e a eficácia da TREC na população infantojuvenil. Como resultado, foram realizados inúmeros estudos, os quais comprovaram que era possível mudar a conduta por meio da reestruturação cognitiva e do debate de crenças irracionais também com crianças e adolescentes, sendo a TREC uma das formas mais eficazes e duradouras de fazê-lo. No caso dos adolescentes, a terapia se mostrou eficiente para melhorar o autoconceito (Cangelosi, Gressard, & Mines, 1980; Omizo, Lo, & Williams, 1986), bem como para reduzir os sintomas da ansiedade (Wessel & Mersch, 1994) e da depressão (Wilde, 1994), inclusive evidenciando funcionar tão bem como a sertralina e a TCC na abordagem da depressão em adolescentes (Iftene, Predescu, Stefan, & David, 2015). Ademais, a TREC provou que diminui a frequência dos pensamentos irracionais em jovens (González et al., 2004; Hajzler & Bernard, 1991).

Em geral, a TREC tem o objetivo central de ajudar os pacientes a desenvolver uma nova filosofia de vida, mais preferencial. Por essa razão, dá-se especial ênfase à aprendizagem de estratégias de mediação cognitiva que permitam guiar a conduta, tendo como meta final conseguir um comportamento mais funcional e maior estabilidade emocional. Embora

outras abordagens cognitivo-comportamentais enfoquem a reestruturação cognitiva e o estabelecimento de condutas mais saudáveis, o elemento mais distintivo da TREC é sua avaliação e abordagem das crenças irracionais (e suas derivadas), a fim de transformá-las em crenças racionais, que permitam desenvolver uma filosofia de vida mais preferencial (Bernard, 2004). Além disso, no caso das crianças e adolescentes, a TREC reconhece a importância de integrar estratégias sistêmicas, ao incluir os pais e outros adultos significativos no tratamento, quando necessário.

Esses são os objetivos gerais da TREC; contudo, existem outros, mais específicos, para serem alcançados com os jovens. No caso da fase inicial da adolescência, o foco estará no desenvolvimento de um amplo vocabulário emocional e do esquema emocional (incluindo a diferenciação entre “emoções que ajudam” e “emoções que não ajudam”), bem como na aprendizagem de métodos de enfrentamento adequados ante os problemas práticos e emocionais. Do mesmo modo, espera-se que os clientes possam aprender que é possível “sentir-se e comportar-se melhor”, mas, como são os pensamentos (chamados geralmente de “diálogo interno”) que geram as emoções e condutas, será dada ênfase em mudar a maneira de pensar (Bernard, 2004). Assim, acredita-se que os jovens possam compreender a conexão existente entre crenças irracionais e consequências disfuncionais, para que seja possível, então, promover a mudança cognitiva.

Na segunda fase da adolescência, a abordagem será mais similar à dos adultos, sempre que o paciente possua um desenvolvimento cognitivo e linguístico adequado para isso. Além das metas citadas anteriormente, serão utilizados o modelo ABC e debates mais socráticos, com a possibilidade de priorizar o desenvolvimento de habilidades sociais assertivas, caso se diagnostique um déficit. Tais práticas se justificam pela importância que as relações sociais têm nessa etapa do desenvolvimento.

Portanto, é possível inferir que a TREC não se trata unicamente de - eliminar as crenças irracionais e suas consequências emocionais e comportamentais disfuncionais, mas também de aprender a fortalecer as crenças racionais, por meio do desenvolvimento da autoaceitação incondicional, da tolerância à frustração e da aceitação incondicional dos demais (Ellis & Bernard, 2006).

Todos esses indicadores demonstram que, embora a TREC seja eficaz para tratar pacientes adolescentes, primeiro será preciso realizar uma boa - avaliação e conceitualização de cada caso em particular, a fim de determinar quais estratégias terapêuticas serão adequadas para o paciente e o quanto este se beneficiará com a abordagem.

AValiação DA PROBLEMÁTICA ADOLESCENTE

Na TREC, considera-se o processo diagnóstico como algo contínuo e flexível, intrínseco e necessário para um tratamento eficaz e individualizado. Empregam-se instrumentos psicométricos com regularidade, além de critérios clínicos e sintomáticos (DiGiuseppe et al., 2014). O processo de avaliação é realizado em duas fases (Bernard & Joyce, 1984):

- **Fase de identificação:** pautada em determinar a presença (ou ausência) de um problema, de acordo com os aspectos evolutivos. Essa etapa é de fundamental importância porque o adolescente, em geral, recorre à terapia por indicação da escola e/ou de seus pais, mais do que por vontade própria, o que implica a consideração de informação e expectativas dadas por terceiros. De fato, grande parte dos jovens que fazem terapia tem uma visão muito limitada de seus problemas, pois se encontram na etapa pré-contemplativa de mudança (Prochaska & Diclemente, 1982), ou seja, não reconhecem a existência de um problema e, portanto, não percebem a necessidade de abordá-lo. Cabe destacar que, em alguns casos, os adolescentes acabam no consultório devido a questões ou dúvidas dos próprios pais, sem que realmente haja um problema clínico que deva ser abordado. Por todos esses aspectos, nessa fase do processo de avaliação recorre-se a instrumentos psicométricos, analisam-se relatórios escolares e realizam-se tanto observações comportamentais como entrevistas individuais com o adolescente e seus pais (e/ou outros adultos significativos), a fim de coletar informação relacionada ao motivo da consulta e determinar se realmente há um problema, e, em caso afirmativo, se esse problema é responsabilidade do adolescente.

- **Fase de análise:** supondo que na primeira fase tenha sido determinado que o adolescente apresenta algum problema que merece psicoterapia, parte-se para a identificação das características do cliente. Nesse ponto, deve-se considerar os tipos de distorções cognitivas, as condutas autossabotadoras e as emoções perturbadas predominantes. Um instrumento que pode ser de utilidade nesse momento é a Escala de Irracionalidade em Crianças e Adolescentes (Bernard & Cronan, 1999), a qual consta de 28 itens em formato *Likert* de 5 pontos (de 1 = “totalmente em desacordo” a 5 = “totalmente de acordo”). Além disso, para identificar as crenças irracionais do paciente, as caricaturas com nuvens de pensamento em branco e as frases incompletas também são muito práticas e funcionais. Nesta fase do processo de avaliação, também é importante abordar a magnitude e a forma como se apresenta a desvalorização pessoal, a ansiedade (social e/ou de desempenho), a raiva ou ira, a intolerância à frustração, os problemas de relacionamento social e os problemas emocionais secundários (Bernard, 2004).

Considerando que, para a TREC, o diagnóstico é um processo dinâmico e flexível, a avaliação, na realidade, se estende durante todo o tratamento, até a fase de manutenção, anterior à alta. Desse modo, poderão ser identificadas novas crenças irracionais geradoras de condutas e emoções que merecem atendimento clínico. Isso implica que o terapeuta mantenha sempre uma postura de abertura e análise, podendo assumir novas hipóteses em relação à problemática do paciente.

Outro aspecto característico da conceitualização de casos a partir da TREC é a diferenciação de “problemas emocionais” e “problemas práticos”. Os emocionais, ou “internos” (Bernard, 2004), fazem referência às emoções e aos sentimentos (p.ex., depressão, raiva ou ansiedade). Já os problemas práticos, ou “externos”, são mais bem definidos pela falta de treinamento (p.ex., dificuldade para fazer novos amigos ou para tirar notas boas na escola). Na perspectiva da TREC, propõe-se abordar primeiro os problemas emocionais e depois os práticos, com o objetivo de dar recursos para que o paciente aborde também situações de adversidade no futuro.

CRENÇAS IRRACIONAIS EM ADOLESCENTES

Os adolescentes desenvolvem crenças irracionais por uma predisposição biológica a pensar de forma ilógica, seja por erros de inferência, predisposições ilógicas, excessivo pensamento mágico e, inclusive, desenvolvimento neurológico deficiente. Todos esses aspectos acabam se traduzindo em uma interpretação inadequada e pouco objetiva da realidade. Nesse aspecto, a diferença em relação aos adultos é que, quanto menor for o paciente, menos enraizadas estarão essas crenças, pois os esquemas inadequados estão em pleno desenvolvimento, o que vai requerer uma abordagem mais preventiva do que terapêutica.

Waters (1982) analisou as crenças irracionais mais frequentes em crianças e adolescentes e concluiu que cada período evolutivo tem suas próprias temáticas. Na infância, as crenças irracionais se centram principalmente em demandas de amor incondicional e de condições de vida cômoda e fácil; já na adolescência, a temática principal é a do amor e da aceitação, sobretudo em questões sociais. A autora resumiu as crenças irracionais mais frequentes na adolescência nos seguintes enunciados:

- Seria terrível não agradar meus pais. Seria horrível ser um “perdedor” na sociedade.
- Não devo cometer erros, especialmente sociais (em frente aos demais).
- A culpa por eu me sentir tão infeliz é dos meus pais.
- Não é minha culpa: sou e sempre serei “assim”.
- O mundo deve ser justo.
- É horrível quando não consigo as coisas como quero.
- É melhor evitar desafios que se arriscar a cometer erros.
- Devo fazer o que meus amigos querem.
- Não suporto ser criticado.
- Os outros deveriam ser sempre responsáveis.

Young (2006) ressalta que os adolescentes têm uma marcante predisposição para distorcer e catastrofizar as experiências de vida, o que tem como consequência perturbações emocionais que geram sofrimento e mal-estar. De fato, como resultado de um novo período pré-concreto e egocêntrico

na adolescência, existe uma maior predisposição para as distorções cognitivas, especialmente as inferências arbitrárias, a abstração seletiva, a maximização, a minimização, a personalização, a generalização e o pensamento dicotômico (Bernard, 2004).

DISPUTA DE CRENÇAS IRRACIONAIS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO TREC PARA ADOLESCENTES

Na prática clínica, empregam-se os mesmos princípios teóricos utilizados com adultos, pois se parte do modelo A-B-C-D-E. A diferença principal está na abordagem, a qual será mais lúdica e concreta na primeira fase da adolescência, para gradualmente se tornar mais socrática e abstrata na segunda. Também é preciso considerar que, com os adolescentes, o terapeuta deverá, mais que em qualquer outro caso, desenvolver uma postura livre de juízos, com verdadeira aceitação incondicional do paciente, a fim de estabelecer uma sólida aliança terapêutica. Embora esses sejam componentes centrais para toda terapia baseada na TREC, quando se lida com jovens, que tendem a ser desconfiados dos adultos e a estar cansados que os outros “lhes digam o que fazer”, mostrar-se realmente aberto e sem preconceitos será fundamental para o êxito do tratamento.

Antes de iniciar o debate/a disputa das crenças irracionais, o terapeuta deverá ter verificado se o paciente tem um vocabulário e um esquema emocional adequados (Bernard, 2004). O vocabulário emocional faz referência à capacidade de conhecer as diferentes emoções, de modo a poder identificá-las e diferenciá-las. O esquema emocional se relaciona com a variação na intensidade dos sentimentos, eliminando a visão de “tudo ou nada” que a maioria dos jovens tem. Poder diferenciar emoções de intensidade leve, moderada ou extrema permite conceitualizar os problemas do paciente de maneira mais eficaz. Para essa tarefa, o termômetro das emoções ou uma simples escala de 1 a 10 pode ser uma ferramenta de grande ajuda.

Frequentemente, é importante que o terapeuta verifique se o cliente compreendeu de forma clara a relação e as diferenças entre pensamentos, emoções e condutas – ou seja, o ABC da TREC –, para aceitar o critério de responsabilidade emocional (“sinto como penso” e “ninguém mais que eu

determina a forma como me sinto e me comporto”). Caso seja verificado que o paciente ainda não compreendeu tais questões, o terapeuta deverá iniciar sua abordagem repassando esses componentes antes de iniciar o processo de debate de crenças irracionais.

A TREC propõe diversas estratégias de debate de crenças irracionais, as quais podem ser socráticas, comportamentais, emocionais, psicoeducativas e até persuasivas (DiGiuseppe et al., 2014). Não obstante, o estilo mais característico (e um dos mais efetivos) é o debate por meio de perguntas socráticas; destas, as mais utilizadas são as empíricas, lógicas, semânticas e heurísticas ou funcionais. Para exemplificar os diferentes estilos de debate, será considerada a crença de um adolescente que menciona irracionalidade, logo depois de ter sido reprovado em uma prova, conforme a conceitualização apresentada no Quadro 5.2.

QUADRO 5.2 MODELO ABC APLICADO AO MANEJO DA IRRACIONALIDADE

A: EVENTO ATIVADOR	B: SISTEMA DE CRENÇAS	C: CONSEQUÊNCIAS
<p><i>Evento:</i> Reprovei no exame de Matemática.</p> <p><i>Percepção:</i> Sou um burro.</p> <p><i>Inferência:</i> Nunca vou conseguir fazer as coisas que quero. Sou um fracasso.</p>	<p><i>Demanda:</i> Devia ter sido aprovado no exame de Matemática”.</p> <p><i>Derivados</i> (avaliações da demanda):</p> <p>Catastrofização: Ter sido reprovado é a pior coisa que poderia ter acontecido comigo.</p> <p>Intolerância à frustração: Não vou suportar ter sido reprovado. Quero me matar!</p> <p>Avaliação global: ter reprovado significa que sou um burro mesmo, um completo fracasso.</p>	<p><i>Emoção:</i> Depressão,</p> <p><i>Comportamentos:</i> Estudar compulsivamente para compensar o erro, chorar, evitar os colegas.</p>

- **Perguntas de disputa empírica:** orientadas a coletar informação que refute ou prove a crença do paciente. Por exemplo: Qual é a evidência que determina que você “deva” ser aprovado nesse exame? Você conhece alguma pessoa que tenha sido morta por não ter passado em um exame de Matemática? É realmente a pior coisa do mundo não ter sido aprovado? Todas as pessoas que reprovam em Matemática são um fracasso em “tudo” o que fazem? Se 100 pessoas reprovassem em Matemática, você acredita que todas se sentiriam tão deprimidas assim? Conhece alguém que tenha sido reprovado e não tenha se sentido deprimido?
- **Perguntas de disputa lógica:** orientadas a identificar e desafiar a linha de pensamento irracional do paciente, demonstrando a falta de consistência e lógica de suas crenças. Por exemplo: É lógico pensar que, porque uma pessoa foi reprovada em Matemática, “nunca” será exitosa?; Como o fato de reprovar em um exame lhe transformou em um “completo fracasso”?; O fato de pensar “devo passar no exame” fará que você realmente passe?
- **Perguntas de disputa semântica:** trata-se de um tipo de pergunta lógica orientada ao esclarecimento semântico, ou seja, visa identificar quais são o significado e as implicações que determinadas palavras têm para o paciente. Por exemplo: O que significa para você que algo seja “insuportável”?; O que é ser um “completo fracasso”?.
- **Perguntas de disputa heurística:** orientadas a determinar a funcionalidade de uma crença irracional na vida do cliente, buscando identificar a maneira como afeta sua qualidade de vida e o impede de conquistar objetivos pessoais. Por exemplo: Ajuda-o de alguma maneira pensar que você “deveria ter sido aprovado no exame”?; Pensar dessa forma, faz você se sentir melhor ou pior?; Qual é o benefício de manter esse pensamento?; Toda vez que pensou “devo ser aprovado no exame” você passou de ano ou ganhou dinheiro de alguma forma”?

Outras perguntas que permitem discutir crenças irracionais de maneira socrática são as filosóficas e aquelas de disputa relacionadas à ideia “do melhor amigo”. Estas últimas implicam perguntar ao paciente: “Se seu melhor amigo pensasse ser um completo fracasso porque reprovou em

Matemática e acreditasse que morreria por isso, o que você lhe diria?”. Na maioria dos casos, os adolescentes recorrem a respostas bastante lógicas e racionais, razão pela qual o terapeuta pode prosseguir dizendo-lhes: “Esse é realmente um bom conselho. Eu gostaria que você me explicasse por que esse conselho é válido e aplicável para seu melhor amigo, mas não para você”. Já as perguntas filosóficas são mais do tipo existencial e fazem referência à busca da felicidade. Podem ser empregadas, por exemplo, quando o paciente pensa que, logo depois de um determinado acontecimento ruim, sua vida nunca mais será a mesma e ele também não poderá voltar a ser feliz. Um exemplo de pergunta filosófica seria: “Talvez, se você tivesse sido aprovado, teria a felicidade plena, mas você realmente reprovou. Que outras coisas poderia fazer para ser ‘um pouco feliz’, embora não seja ‘totalmente feliz’, agora que deverá cursar de novo o 9º ano?”. As perguntas filosóficas são especialmente úteis quando o paciente atravessou uma adversidade real (e não distorcida, como a do exemplo), a qual “demanda” o regresso a um estado prévio, que nem sempre é possível (p.ex., diante de um divórcio, falecimento ou mudança).

É importante considerar que, embora seja possível empregar estratégias de disputa de crenças irracionais com adolescentes, a forma para realizar isso dependerá, sobretudo, do nível de desenvolvimento cognitivo e linguístico do paciente. Os pré-adolescentes provavelmente se encontram na etapa de operações concretas. Uma vez que seu estilo de pensamento é mais linear e prático, espera-se que possam aprender nova informação de maneira indutiva e por meio da experiência direta. A partir disso, é possível inferir que os clientes nessa faixa etária costumam ser capazes de compreender o modelo ABC, além de debater por meio de estratégias empíricas e, principalmente, comportamentais. Não obstante, a eficácia do processo dependerá da boa conceitualização do terapeuta, na medida em que selecione as estratégias de disputa que sejam mais adequadas para cada paciente em particular. Nessa etapa do desenvolvimento, costuma ser útil trabalhar as ideias irracionais mediante a análise de situações específicas e concretas que tenham sido vividas, pois os exemplos práticos ensinam e ilustram a objetividade de maneira mais simples do que as abstrações e hipóteses.

Já na segunda etapa da adolescência, espera-se que os jovens tenham desenvolvido a capacidade de pensar de maneira hipotética e abstrata. Ao entrarem no período de operações formais, costuma ser possível empregar estratégias de disputa mais socráticas, sendo especialmente úteis as empíricas, semânticas e heurísticas. Para esses clientes, o debate lógico costuma ser mais difícil de compreender, pois é o que requer mais abstração e desenvolvimento cognitivo.

Nos casos em que o paciente apresenta um déficit cognitivo leve a moderado, pode não ser possível utilizar estratégias de disputa socrática, pois as limitações neurológicas que permitem o pensamento lógico-abstrato impedirão o cliente de acompanhar perguntas de estilo mais hipotético. Nesses casos, recomenda-se trabalhar no desenvolvimento de um adequado vocabulário e esquema emocional, além de promover a autoaceitação incondicional e a tolerância a frustração, bem como melhorar a regulação emocional. Tais estratégias atuam como fatores de prevenção contra transtornos mentais no futuro.

Durante o processo de debate das crenças irracionais, será sumamente importante que o terapeuta aborde um problema por vez, tendo presente que as crenças irracionais são seu alvo, e não as emoções ou condutas consequentes (DiGiuseppe et al., 2014). Na TREC, as emoções sempre são validadas (inclusive as não saudáveis), pois considera-se que as crenças que geram as emoções são o “problema”, e não as emoções em si. A escolha de qual problema abordar primeiro dependerá das implicações práticas de cada um deles na vida do paciente. Assim, recomenda-se iniciar por problemas que poderiam levá-lo à expulsão escolar ou a situações que coloquem em perigo sua vida e/ou a de outras pessoas.

Foi mencionado que a disputa de crenças irracionais pode se dar de várias formas além das perguntas socráticas. De fato, na TREC se empregam numerosas estratégias terapêuticas e tarefas entre sessões, as quais poderão ser cognitivas, comportamentais, emotivas e/ou imaginárias, dependendo da problemática do paciente e de seu desenvolvimento cognitivo e linguístico. Isso é o que determina que a TREC seja uma terapia multimodal. Algumas das técnicas mais utilizadas na prática com adolescentes são:

- **Cadeia de inferências:** trata-se de uma das maneiras mais rápidas e eficazes para chegar às crenças irracionais nucleares. Parte-se da premissa de que as inferências do paciente são verdadeiras, buscando-se identificar o que de pior poderia acontecer se suas ideias se concretizassem. Por exemplo:
 - *Paciente:* Tenho certeza que vou reprovar no exame na próxima semana. Não sei nada!
 - *Terapeuta:* Consideremos por um minuto que seja possível que você reprove. Se isso acontecesse, o que de pior poderia ocorrer?
 - *Paciente:* Sei que vou repetir de ano.
 - *Terapeuta:* E se você repetisse de ano, o que acha que acontecerá logo depois?
 - *Paciente:* Seria horrível... todos os meus amigos achariam que sou um burro... eles passariam, e eu não.
 - *Terapeuta:* E se seus amigos pensassem que não é tão inteligente como eles, o que você acharia?
 - *Paciente:* Que sou um inútil... um verdadeiro fracasso (crença irracional nuclear).
- **Uso de analogias:** são usadas com muita frequência na TREC, especialmente para educar e debater em relação ao conceito de avaliação global, ou seja, quando uma pessoa se avalia como um “todo” por um erro ou fracasso. Um exemplo de uso de analogia seria: “Suponhamos que, no caminho do consultório, o pneu do carro de sua mãe fura. Você pensaria que o carro já não serve mais e que vale a pena desfazer-se dele?” (Bernard, 2004). Quando o adolescente responder que é ilógico desfazer-se de algo por um problema que pode ser solucionado, o terapeuta deverá apontar o quão igualmente ilógico é seu modo de pensar quando acredita ser um completo fracasso ou ter deixado de ser uma boa pessoa porque errou ou falhou em algo.
- **Ensaio de autoverbalizações racionais:** é especialmente útil no início do tratamento, com pacientes que têm um pensamento mais concreto ou dificuldades para pensar de maneira racional. É usado após o processo de disputa de crenças irracionais, e uma vez que terapeuta e paciente tenham conseguido reformular as crenças, chegando a uma nova maneira

de pensar (mais racional), ou nova crença (E). Espera-se que, no caso dos adolescentes, essa nova crença seja construída em conjunto logo depois do debate. O paciente pode levar por escrito a nova crença racional, a fim de lê-la e praticá-la em sua casa, com o objetivo de “convencer-se” da nova maneira de pensar. Supondo que o paciente tenha iniciado a sessão pensando “Eu tinha que ter passado no exame de Matemática. Sou um fracasso, um burro”, a alternativa racional, com o componente preferencial, seria “Eu gostaria de ter passado no exame de Matemática, mas ter fracassado na prova não significa que eu seja um burro ou um absoluto fracasso”.

- **Escala de catastrofização:** estratégia ideal para debater as crenças de catastrofização e maximização, tão comuns nos adolescentes. Para a TREC, a catastrofização ocorre quando uma pessoa considera um evento “mais de 100%” ruim ou o pior que poderia acontecer. Essa estratégia tem o objetivo de demonstrar que, quando um evento adverso é exagerado como consequência dos pensamentos distorcidos, tende-se a vê-lo pior do que realmente é (Bernard, 2004), o que aumenta a intensidade das emoções não saudáveis e diminui os mecanismos de enfrentamento. A atividade começa quando se pergunta ao paciente por uma situação em que ele tenha se sentido, por exemplo, muito ansioso (um valor de 9 ou 10 na escala de intensidade). Logo, o terapeuta desenha em um papel ou lousa uma linha de 0 a 100 (Fig. 5.1) e pede ao cliente que marque na escala o valor que representa o quão ruim considerou o evento no momento em que este aconteceu. Espera-se que seja um evento que o paciente tenha percebido como “terrível” ou “catastrófico” e, portanto, seja localizado no extremo direito da escala. Em seguida, escreve-se uma lista de eventos que poderiam ocorrer no mundo, embora não tenham acontecido com o cliente. Os eventos podem ser divididos em “um pouco ruins”, “ruins”, “muito ruins” e “catastróficos ou terríveis”. Podem ser incluídos fatos como repetir de ano na escola, ser expulso, ficar doente, mudar-se ou até perder entes queridos. A atividade termina quando se pede ao paciente que revise a posição inicial do evento na escala e o classifique novamente, dessa vez levando em consideração os outros fatos negativos listados. A ideia é

que o terapeuta feche o exercício psicoeducando o cliente sobre a relação existente entre crenças irracionais e perturbação emocional, de modo que entenda que, ao pensar com mais objetividade e racionalidade, será possível enfrentar de maneira mais assertiva os eventos adversos da vida.

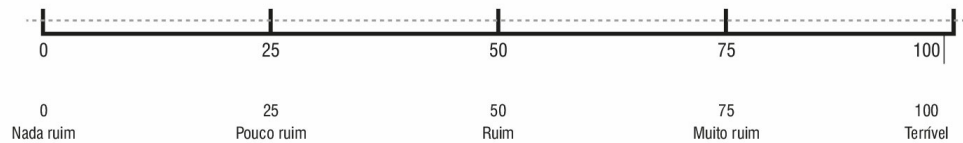


Figura 5.1

ESCALA DE CATASTROFIZAÇÃO.

Fonte: Adaptada de Bernard (2004).

- **Debate da avaliação global:** destinado a debater as crenças derivadas da avaliação global de alguém consigo mesmo ou com os demais. Trata-se de uma estratégia muito empregada na TREC e utilizada com pacientes de praticamente todas as idades, dada sua simplicidade e efetividade. A avaliação global na TREC surge quando uma pessoa confunde seu valor com seu comportamento e, em consequência, desvaloriza-se ante situações de fracasso ou erro (falha-se ao avaliar o indivíduo em vez de seu comportamento). Por exemplo, quando um adolescente reprova em um exame, é comum que diga “Sou um fracasso” em vez de “Fracassei na prova”. A primeira fala é um exemplo claro de avaliação global, pois o indivíduo se considera um “total e absoluto” fracasso por ter cometido um erro, deixando de lado o fato de que as pessoas são complexas e falíveis. A TREC propõe que o valor humano é imensurável e que aquilo que deve ser avaliado é o comportamento do sujeito, pois todas as pessoas são propensas a errar, por múltiplas razões – desconhecimento, falta de habilidade, desinteresse, falta de motivação, cansaço e até mesmo diferenças de opinião (Bernard, 2004). Para exemplificar isso e discutir as crenças irracionais de avaliação global, é traçado um círculo em uma folha ou lousa, e, em seguida, são escritos, pelo menos, quatro sinais positivos (+) e quatro negativos (-) (Fig. 5.2). Depois, pede-se ao paciente que ao lado de cada sinal escreva uma boa qualidade ou característica da pessoa avaliada (isso pode ser feito pelo próprio

indivíduo ou por outra pessoa). O mesmo se faz com os sinais negativos, buscando-se aspectos que se pode melhorar. Em seguida, o terapeuta pergunta se o fato de ter vários sinais negativos ou aspectos a melhorar faz desse indivíduo alguém “totalmente mau” e se os negativos eliminam de alguma maneira os positivos. O profissional deverá terminar a atividade enfatizando que nenhuma pessoa é “totalmente má” e que todos têm aspectos positivos e negativos, bem como que a única coisa que podemos julgar nos demais é seu comportamento, e não seu valor como ser humano.

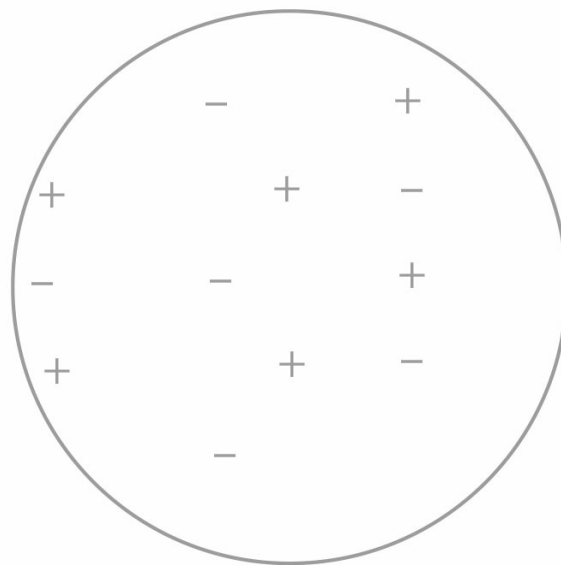


Figura 5.2

DEBATE DA AVALIAÇÃO GLOBAL.

Fonte: Vernon (1998).

- **Ataques à vergonha:** técnica criada por Ellis (1999) e muito empregada pelos terapeutas da TREC. Tem o objetivo de diferenciar os indivíduos de seu comportamento, pois, devido à tendência de pensar de maneira irracional, eles consideram que, por ter cometido um fato vergonhoso, são “uma completa vergonha”, o que leva à desvalorização pessoal. Busca-se, com esse exercício, que o paciente possa sentir-se envergonhado por seu comportamento (inclusive quando esse ato seja acompanhado de desaprovação social), mas sem se avaliar globalmente

como pessoa. Dessa maneira, o exercício consiste em prescrever ao cliente a realização de comportamentos vergonhosos em situações públicas, sempre e quando não gerem consequências negativas para ele, como perder seu emprego ou ser preso. Alguns exemplos incluem pedir dinheiro a desconhecidos na rua, cantar em uma praça, pedir pregos em um açougue ou caminhar pela rua arrastando uma banana com uma corda, como se estivesse passeando um animal de estimação (um dos preferidos de Ellis). O objetivo é que o paciente possa cumprir esse tipo de exercício, inclusive quando se sentir incômodo ou ansioso, dizendo para si que o fato de cometer atos vergonhosos ou ridículos não o torna uma vergonha. Afinal, “ninguém pode me menosprezar mais que eu mesmo”.

- **Imaginação racional emotiva:** sem dúvida, uma das estratégias terapêuticas mais características da TREC. Consiste em pedir ao paciente que lembre, da maneira mais vívida possível, uma situação adversa que lhe tenha gerado uma alta ativação emocional (se ele se sentir desconfortável, pode fazer o exercício com os olhos fechados). A ideia é que o cliente gere uma imagem mental do evento até ativar novamente a resposta emocional intensa (de intensidade 9 ou 10). Depois que o paciente menciona que conseguiu sentir a emoção perturbada outra vez, o terapeuta lhe pede para mudar essa emoção extrema e passar a uma resposta mais moderada (4 a 5), sem alterar a imagem mental, indicando que não importa quanto tempo isso leve na sessão. Quando o cliente indica que conseguiu diminuir a intensidade da ativação emocional, será questionado sobre o que fez para obtê-la; por exemplo: “O que você fez para mudar sua ansiedade para preocupação?”. Nesse ponto, o terapeuta deverá enfatizar o modelo ABC, reforçando a aprendizagem de que, no momento em que se muda a maneira de pensar (de irracional para racional), também se altera a natureza e a intensidade das emoções (Ellis & MacLaren, 2004).

Luciano, de 13 anos, chega ao consultório a pedido dos pais, que o julgam com baixa autoestima e dificuldade para integrar-se na escola. Vive com seus pais e um irmão de 10 anos. Quando tinha 8 anos, foi diagnosticado com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (com predomínio desatento) e teve acompanhamento farmacológico e psicopedagógico.

No momento da consulta atual, os pais mencionam que Luciano tem um rendimento na média da classe, ainda que com algumas dificuldades de atenção. Faz aula de guitarra e gosta de dançar *hip hop*, mas evita fazê-lo em eventos escolares ou competições, nos quais poderá se expor ao erro ou julgamento social. Geralmente passa o dia todo sozinho em casa, jogando *videogame*.

Os pais o descrevem como um adolescente solitário, distraído e muito dependente da mãe. No recesso da escola, geralmente permanece isolado e evita atividades escolares em grupo.

Durante o período de avaliação, comprovou-se que tem um QI de 92 e que manifesta uma notória desvalorização pessoal e intolerância à frustração. Ele se preocupa que os outros saibam o que pensa e sente, motivo pelo qual prefere permanecer isolado e sozinho. Como tem dificuldade para estabelecer contato social, tende a evitar situações que o exponham. Foi diagnosticado com transtorno depressivo maior (TDM) (de gravidade moderada) e transtorno de ansiedade social (TAS). Iniciou tratamento semanal com a TREC.

A terapia começou pela explicação do modelo ABC, enfatizando-se a conexão entre pensamentos, emoções e condutas. Ademais, foi realizado um processo de psicoeducação em relação ao diagnóstico observado. Na segunda sessão, trabalhou-se no aumento de seu vocabulário emocional (que era muito limitado) e na explicação do conceito de esquema emocional. Apesar de seu estado depressivo e de sua tendência à distração, o paciente parecia compreender o modelo ABC. No Quadro 5.3, apresentamos o ABC realizado na terceira consulta, durante a qual se reforçou o processo psicoeducativo da depressão e se realizou o debate de suas crenças irracionais.

Ao fim da consulta, Luciano foi capaz de entender que “as vontades não virão sozinhas” e que a depressão e a apatia somente se intensificarão enquanto ele mantiver crenças irracionais de desvalorização pessoal e permanecer inativo. Terminou a consulta reformulando sua crença para uma alternativa mais racional: “Eu gostaria que minha mãe não me pressionasse para fazer coisas que não quero, mas entendo que ela faz isso porque está preocupada comigo... Além disso, o fato de eu não ser bom para jogar basquete não quer dizer que não seja bom em nada, e, mesmo que fizesse besteiras na frente dos outros, não significa que sou um completo idiota”. Como Luciano era muito

aficionado por tecnologia, planejamos na sessão um cartão com uma proposta de enfrentamento digital, que incluía a frase racional como resultado da sessão, para que a tivesse guardada em seu celular e a lesse várias vezes ao dia. Ademais, nessa sessão, o paciente levou como tarefa um planejamento de atividades que promovessem a ativação comportamental.

Durante as sessões seguintes, realizou-se o exercício de debate da avaliação global, a escala de catastrofização e o treinamento em habilidades sociais. A disputa empírica e a pragmática foram enfatizadas, empregando-se a cadeia de inferências para identificar os piores cenários possíveis e a irracionalidade presente em suas crenças.

Depois de 14 sessões, evidenciamos uma melhoria significativa em seus sintomas de depressão, corroborados e quantificados com a Depression Scale for Children (CES-DC). A partir daí, as consultas passaram a ser quinzenais, dando-se mais atenção à prevenção de recaídas, até que o paciente teve alta, quatro sessões depois. É importante mencionar que, paralelamente, foram desenvolvidas seis consultas com os pais, nas quais se psicoeducou sobre seu diagnóstico, o processo terapêutico com a TREC e como eles podiam colaborar em casa para acelerar a melhora de Luciano. Os pais se mostraram sempre dispostos, colaboradores e atentos às mudanças em seu filho, o que permitiu levar adiante um processo terapêutico mais rápido e eficaz.

QUADRO 5.3

A: EVENTO ATIVADOR	B: SISTEMA DE CRENÇAS	C: CONSEQUÊNCIAS
<p>A mãe pede aos filhos do vizinho que o convidem para ir ao clube jogar basquete com eles.</p> <p><i>Percepção:</i> Eles somente me convidaram por que minha mãe os pressionou.</p> <p><i>Inferência:</i> Eles sabem que eu sou péssimo para os esportes e somente me convidam porque têm pena de mim. Não tenho vontade de fazer nada.</p>	<p>Demanda: As coisas não deveriam ser tão difíceis para mim.</p> <p>Intolerância à frustração: Não vou suportar isto por muito mais tempo. Não consigo lidar com a minha depressão.</p> <p>Avaliação global: Isso demonstra que eu não sou bom para os esportes, e para nada mesmo... sou um idiota, e eles vão perceber isso</p>	<p><i>Emocional:</i> Depressão. Apatia.</p> <p><i>Comportamental:</i> Isolamento, fica trancado no quarto e não vai ao clube.</p>

É importante ressaltar que, da mesma forma como ocorre com os adultos, a TREC indica tarefas entre sessões para fomentar a mudança de crenças de forma rápida e mais eficaz. A diferença no caso da população infantojuvenil é que se evita empregar o nome “tarefa”, dada sua associação a contextos escolares, podendo sofrer rejeição do paciente. Dependerá da criatividade do profissional o nome dado à atividade que o cliente deve realizar entre sessões, mas se sugere que tenha a conotação de “desafios”, “experimentos” ou “pesquisas”. Assim como a denominação, o terapeuta deverá levar em conta outros aspectos que determinarão o êxito na consecução da tarefa, incluindo a competência do paciente, o acompanhamento do terapeuta e o consenso entre ambos. O profissional deverá considerar a capacidade do cliente para realizar a atividade, não só cognitiva e linguística, mas também emocional, pois tarefas que ultrapassem a capacidade de enfrentamento do indivíduo raramente serão cumpridas, em razão de suas crenças irracionais.

Outro ponto importante é que as tarefas sejam consensuais e que o paciente compreenda por que é útil realizá-las, bem como a função e o objetivo de cada uma. Isso resultará em sua maior predisposição para a

atividade. Porém, para que ele se sinta motivado a fazê-las em todas as sessões, será muito importante que o terapeuta realize um acompanhamento sobre sua execução e objetivos nas sessões posteriores.

As tarefas poderão ser atividades, leituras, redações ou o ensaio de novas estratégias aprendidas em sessão. Em geral, também se utilizam estratégias cognitivas, comportamentais e emotivas para o trabalho entre as sessões.

REFERÊNCIAS

- Bernard, M. (2004). *The REBT therapist's pocket companion for working with children and adolescents*. New York: Albert Ellis Institute.
- Bernard, M. E., & Cronan, F. (1999). The child and adolescent scale of irrationality. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 121-132.
- Bernard, M. E., & Joyce, M. R. (1984). *Rational emotive therapy with children and adolescents: Theory, treatment strategies, preventative methods*. New York: Wiley.
- Cangelosi, A., Gressard, C., & Mines, R. (1980). The effects of rational thinking groups on self-concept in adolescents. *The School Counselor*, 27(5), 357-361.
- DiGiuseppe, R. A., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2014). *A Practitioner's guide to rational emotive behavior therapy*. New York: Oxford University.
- Ellis, A. (1957). *How to live with a neurotic, at work and at home*. New York: Crown.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy: A new and comprehensive method of treating human disturbances*. Secaucus: Citadel.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (2006). *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research*. New York: Springer.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (2004). *Las relaciones con los demás: Terapia del comportamiento emotivo racional*. Barcelona: Océano.
- Ellis, A., Moseley, S., & Wolfe, J. L. (1966). *How to raise and emotionally healthy happy child*. New York: The Institute of Rational Living.
- González, J. E., Nelsonm J. R., Gutkin, T. B., Saunders, A., Galloway, A., & Shwery, C. S. (2004). Rational emotive therapy with children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(4), 222-235.
- Hazler, D. J., & Bernard, M. E. (1991). A review of rational emotive outcome studies. *School Psychology Quarterly*, 6, 27-49.
- Iftene, F., Predescu, E., Stefan. S., & David, D. (2015). Rational-emotive and cognitive-behavior therapy (REBT/CBT) versus pharmacotherapy versus REBT/CBT plus pharmacotherapy in the

treatment of major depressive disorder in youth: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 225(3), 687-694.

Knaus, W. (1974). *Rational emotive education*. Recuperado de http://www.rebtnetwork.org/library/Rational_Emotive_Education.pdf

Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.

Omizo, M., Lo, F., & William, R. (1986). Rational-emotive education, self-concept, and locus of control among learning disabled students. *Journal of Humanistic Education and Development*, 25(2), 59-69.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19 (3), 276-288.

Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37(7), 802-809.

Vernon, A. (1998). *The Passport Program: A journey through emotional, social, cognitive and self-development: Grades 1-5*. Champaign: Research Press.

Vernon, A. (2002). *What works when with children and adolescents: A handbook of individual counseling techniques*. Champaign: Research.

Waters, V. (1982). Therapies for children: Rational-emotive therapy. In C. R. Reynolds, & T. B. Gutkin (Eds.), *Handbook of school psychology* (pp. 37-57). New York: John Wiley.

Wessel, I., & Mersch, P. P. A. (1994). A cognitive-behavioral group treatment for test-anxious adolescents. *Anxiety Stress and Coping*, 7(2), 149-160.

Wilde, J. (1994). The effects of the Let's get rational board game on rational thinking, depression, and self-acceptance in adolescents. *The Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 12(3), 189-196.

Young, H. (2006). REBT Assessment and treatment with adolescents. In A. Ellis, & M. E. Bernard (Eds.), *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders: Theory, practice and research* (pp. 115-132). New York: Springer.

[NT] N. de T. “Disputa”, neste caso, pode ser compreendida como “debate” mediante a argumentação. No texto, usaremos ambas as palavras, preservando seu sentido..

6



TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL EM GRUPO PARA ADOLESCENTES

MICHELLA LOPES VELASQUEZ
ÉRICA PANZANI DURAN
IRISMAR REIS DE OLIVEIRA

Amplamente reconhecida por sua eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos em adultos, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterapêutica focada, ativa e colaborativa, fundamentada em uma teoria abrangente da personalidade, que enfatiza a importância de processos cognitivos na mediação de comportamentos, emoções e respostas fisiológicas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Uma parcela significativa dos protocolos existentes em TCC aplicados a populações adultas dedica-se à reestruturação de crenças centrais negativas, aqui compreendidas como atribuições persistentemente negativas, globais e idiossincráticas, que constituem fatores de risco para a reincidência da maioria dos transtornos psiquiátricos. Desenvolvidas e reforçadas desde as primeiras interações do indivíduo com o mundo e as demais pessoas (Beck, 2011), sua modificação e reestruturação produz interpretações mais construtivas de problemas atuais e situações futuras, bem como contribui para a maior consistência e durabilidade de intervenções terapêuticas (Wenzel, 2012), tornando-se também um objetivo de longo prazo da TCC aplicada a crianças e adolescentes (Creed, Reisweber, & Beck, 2011).

O uso de técnicas específicas, direcionadas à modificação das crenças centrais do paciente, principalmente aquelas relativas a si mesmo (De Oliveira, 2011), associado à integração da conceituação de caso ao processo terapêutico (De Oliveira, Schwartz, & Stahl, 2013), caracteriza a terapia

cognitiva processual (TCP), uma abordagem transdiagnóstica, manualizada e baseada na terapia cognitiva desenvolvida por Aaron Beck. Sua aplicação tem auxiliado pacientes em todo o mundo a se tornarem mais conscientes de suas crenças centrais (autoacusações), viabilizando a construção de perspectivas mais realistas e funcionais (De Oliveira, 2015). Inclusive, uma de suas principais técnicas, o registro de pensamentos baseado no processo (RPBP), é uma estratégia de intervenção estruturada e empiricamente validada para modificação de crenças centrais (De Oliveira, 2008), com resultados promissores (De Oliveira et al., 2012a; De Oliveira et al., 2012b; Powell et al., 2013).

Com a popularização da TCP, indagações a respeito de sua possível aplicação a transtornos específicos, em diferentes formatos e em populações distintas levaram ao desenvolvimento de novas investigações em diversas regiões do País e mesmo fora dele. Um estudo-piloto envolvendo a aplicação da TCP em escolas públicas da cidade de Salvador, Bahia, deu origem ao *treinamento cognitivo processual em grupo* (TCP-G), um novo modelo de intervenção preventiva oferecido em contexto escolar com o objetivo de modificar crenças nucleares de adolescentes.

Atualmente, jovens em todo o mundo têm suas vidas afetadas por transtornos afetivos, que contribuem para o agravamento de problemas acadêmicos, interpessoais e relativos à saúde física, assim como para a maior probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco – além do impacto econômico direta e indiretamente a eles associado (Auerbach & Hankin, 2012; Auerbach, Kertz, & Gardiner, 2012). Por essa razão, especialistas em medidas preventivas enfatizam a importância de diminuir o ônus causado pela morbimortalidade na adolescência por meio de estratégias orientadas para a prevenção (Catalano et al., 2012). Apesar das frequentes limitações metodológicas e dos achados heterogêneos (Taylor et al., 2014), revisões recentes da literatura sugerem resultados modestos, porém otimistas, em relação à eficácia de programas desenvolvidos em contexto escolar na prevenção de ansiedade e depressão na adolescência (Calear & Christensen, 2010; Corrieri et al., 2013; Stallard et al., 2012) e na melhoria geral da saúde dos jovens (Catalano et al., 2012).

Entre os benefícios geralmente atribuídos à implementação de intervenções em saúde mental em ambiente escolar figuram a conveniência logística e o tempo considerável que estudantes costumam passar na instituição, o que gera diversas oportunidades de intervenção preventiva precoce (Cossu et al., 2015). Também é comumente enfatizada a oportunidade de interação com os pares para a construção e o refinamento de habilidades sociais (Rosin-Pinola & Del Prette, 2014), assim como a escolha de intervenções socialmente estimulantes, que tenham os adolescentes como protagonistas (Rice et al., 2015). Além disso, o trabalho com grupos nessa etapa da vida apresenta possibilidades adicionais de expressão, encorajamento e refinamento de habilidades de resolução de problemas (Cossu et al., 2015).

Nesse contexto, o TCP-G, idealizado como intervenção preventiva em ambiente escolar para adolescentes de 11 a 17 anos de idade (De Oliveira, 2015), incorpora aspectos sistêmicos, interpessoais e culturais fundamentais para atuação psicológica em grupos adolescentes.

TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO

Dividido em quatro fases distintas (Tab. 6.1), o programa de treinamento é implementado, ao longo de 18 encontros, por uma dupla de facilitadores da área da saúde mental previamente treinados e supervisionados em TCP (De Oliveira, 2015). Informações detalhadas a respeito de cada encontro são oferecidas no manual que acompanha o treinamento, no qual também são encontradas atividades para realização em sala de aula e como tarefa de casa, contribuindo para a consolidação da aprendizagem.

TABELA 6.1 FASES DO TCP-G, OBJETIVOS E INTERVENÇÕES UTILIZADAS

FASE DO TREINAMENTO	OBJETIVO	INTERVENÇÕES
Fase 1. Detetive da mente	Identificação e modificação de pensamentos automáticos disfuncionais	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre o modelo cognitivo

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de distorções cognitivas • Lente do detetive da mente
Fase 2. Advogado da mente	Modificação de crenças centrais	<ul style="list-style-type: none"> • Reversão de sentenças • Registro de pensamentos baseado no processo
Fase 3. Juiz da mente	Consciência metacognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Processo II
Fase 4. Mestre da mente	Tomadas de decisão visando comportamentos éticos e assertivos	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação sobre comportamentos éticos e assertivos • <i>Role-play</i> consensual • Plano de ação

Em cada fase do treinamento, são introduzidas habilidades específicas, relacionadas aos diferentes níveis cognitivos, cujo objetivo é flexibilizar os processos cognitivos disfuncionais e os consequentes comportamentos-problema, fortalecendo a resiliência nos participantes.

Durante os seis encontros da primeira fase, os adolescentes são treinados para se tornarem “detetives da mente”. Para tanto, aprendem o modelo cognitivo, como identificar distorções cognitivas e como utilizar o registro de pensamentos denominado “lente do detetive da mente”. Ao longo dos seis encontros da formação para que se tornem “advogados da mente”, os jovens adquirem a habilidade de avaliar e modificar crenças centrais negativas (autoacusações) por meio do RPBP, o que é feito por intermédio de encenações simulando um processo jurídico. Na terceira fase, o promotor abusivo (vozes internas críticas) é processado pelos adolescentes, que agora estão treinando para ser “juízes da mente”, ao longo de três encontros, aumentando sua consciência de processos metacognitivos. Por fim, na fase em que se tornam “mestres da mente”, os jovens são introduzidos ao *role-play* consensual, uma técnica de tomada de decisão, por meio da qual aprendem a desenvolver e escolher comportamentos mais éticos e assertivos.

Cada uma das distintas fases do treinamento será descrita em maior detalhe a seguir.

FASE 1: DETETIVE DA MENTE

Na primeira fase do TCP-G, apresenta-se aos alunos a principal tarefa do “detetive da mente”: investigar a mente, cujo primeiro nível é dividido em quatro elementos – acontecimento, pensamento, sentimento e comportamento –, formando os quatro “mentos”. A natureza circular das interações entre os quatro elementos do modelo cognitivo (viés confirmatório), que impede a reavaliação do acontecimento e, conseqüentemente, a mudança na interpretação (Sudak, 2008), pode ser compreendida por meio das setas do diagrama apresentado na Figura 6.1, as quais apontam em ambas as direções. Atividades realizadas em grupo e tarefas de casa oferecem aos adolescentes a oportunidade de identificar os quatro “mentos” e a maneira como se ligam e influenciam mutuamente em situações de seu cotidiano. Observe na figura o uso do modelo cognitivo para representar uma situação avaliada como ameaçadora por um jovem, para quem a possibilidade de “não saber nada e tirar zero” na prova recém-entregue pela professora poderia gerar medo em intensidade suficiente para fazê-lo de fato entregar a prova em branco.

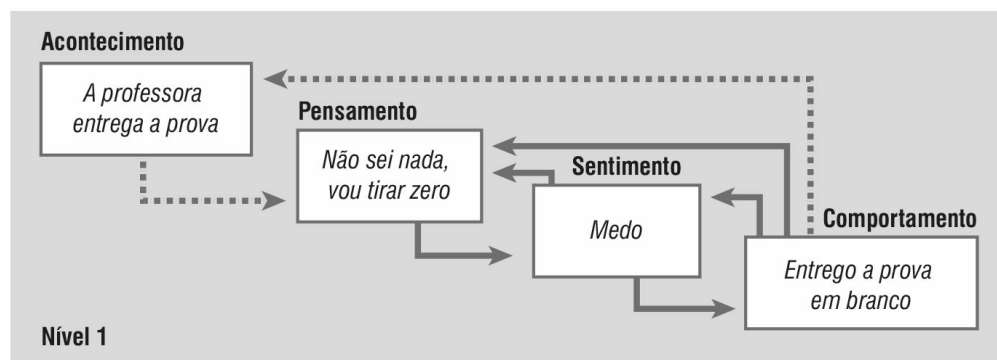


Figura 6.1

APRESENTAÇÃO DO MODELO COGNITIVO E SEUS ELEMENTOS.

Fonte: De Oliveira (2015).

Também cabe ao “detetive da mente” investigar possíveis erros ou distorções cognitivas, introduzidas por meio de uma lista contendo os principais tipos de distorções, suas definições e exemplos (Tab. 6.2), e

objetivamente avaliadas por meio da versão para adolescentes do Questionário de Distorções Cognitivas (De Oliveira, 2014). A psicoeducação a respeito das distorções cognitivas é proposta desde os primeiros encontros do TCP-G, dado seu importante papel na modificação de respostas emocionais desadaptativas (Burns, 2012; Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011). A identificação de erros cognitivos típicos promove certo distanciamento, que favorece o reconhecimento de inconsistências totais ou parciais na interpretação dos acontecimentos (Beck, 2011).

TABELA 6.2 LISTA DE DISTORÇÕES COGNITIVAS

NOMES DAS DISTORÇÕES	DEFINIÇÕES	EXEMPLOS	MEUS EXEMPLOS
1. Tudo ou nada	Vejo os acontecimentos e as pessoas como “tudo ou nada” ou “oito ou oitenta”. Não considero o que está no meio	“Se não tiro um 10, isso significa que fracassei na prova.” “Ou consigo estudar todo o assunto, ou é melhor nem tentar.”	
2. Previsão do futuro	Adivinho o futuro, como se tivesse uma bola de cristal, geralmente prevendo o pior	“Vou ficar nervoso e me dar mal na prova.” “A diretora me chamou para ir à secretaria. Ela vai brigar comigo.” “A festa vai ser muito ruim.”	
3. Desqualificação do positivo	Desmereço ou diminuo o valor das coisas boas e positivas que acontecem comigo	“Só tirei nota boa na prova porque estava fácil.” “Minha mãe ficou contente porque eu a ajudei, mas isso não foi mais do que minha obrigação.”	

4. Rotulação	Coloco um carimbo, um rótulo ou uma etiqueta geralmente negativo em mim ou nos outros	“Maria é metida.” “Paulo é antipático.” “Sou burro.” “Sou um fracasso.”
5. Leitura mental	Acredito que posso adivinhar o que as pessoas estão pensando ou que elas podem adivinhar meus pensamentos	“Alice não me ligou porque não quer sair comigo.” “Pela cara do professor, tirei nota baixa.” “Jane passou e nem me olhou. Deve estar zangada comigo.”
6. Generalização	Generalizo e exagero as coisas usando palavras como “sempre”, “nunca”, “tudo”, “nada”, “só”, etc.	“Ninguém gosta de mim.” “Nada comigo dá certo.” “Meus pais nunca me entendem”
7. Conclusão precipitada	Tiro conclusão precipitada e faço as coisas de forma apressada, sem observar melhor o que está se passando	“Fui mal na primeira unidade. Não adianta continuar, vou abandonar o colégio.” “Se não respondeu a minha mensagem é porque não se importa comigo”. “Se olhou para minha namorada, é porque está paquerando ela.”
8. Culpar	Culpo as pessoas pelo que	“Meus pais são os únicos culpados por

me acontece,	minha infelicidade.”
não	“Tirei nota baixa por
considerando	culpa da professora.”
minha	“Cheguei atrasado
responsabilidade	porque minha mãe não
no	me acordou.”
acontecimento	

Fonte: De Oliveira (2015).

Essas primeiras atividades preparam os adolescentes para o uso da “lente do detetive da mente”. Principal instrumento do “detetive”, o registro de pensamentos simplificado do original para adultos (RP-Intra) foi especialmente desenvolvido para auxiliar na reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais (Fig. 6.2). Um aspecto importante dessa ferramenta é a presença dos mesmos componentes do primeiro nível do diagrama de conceituação, reforçando a familiaridade com o modelo cognitivo e seus “quatro mentos” (Fig. 6.2). Outro benefício é a utilização de perguntas específicas que, além de auxiliarem na padronização da atuação dos facilitadores, ao serem sistematicamente respondidas pelos adolescentes sob supervisão em sala de aula, podem ser mais facilmente utilizadas na identificação e avaliação de pensamentos automáticos disfuncionais em situações pessoais como parte da tarefa de casa (De Oliveira, 2014). Por fim, com a prática da identificação e reestruturação de pensamentos automáticos por meio da “lente do detetive da mente”, também pode ser observada a melhora progressiva na flexibilidade cognitiva nos outros níveis de processamento da informação.

Observe, na Figura 6.2, a utilização da “lente do detetive da mente” no mesmo exemplo do adolescente que recebe a prova entregue pela professora.

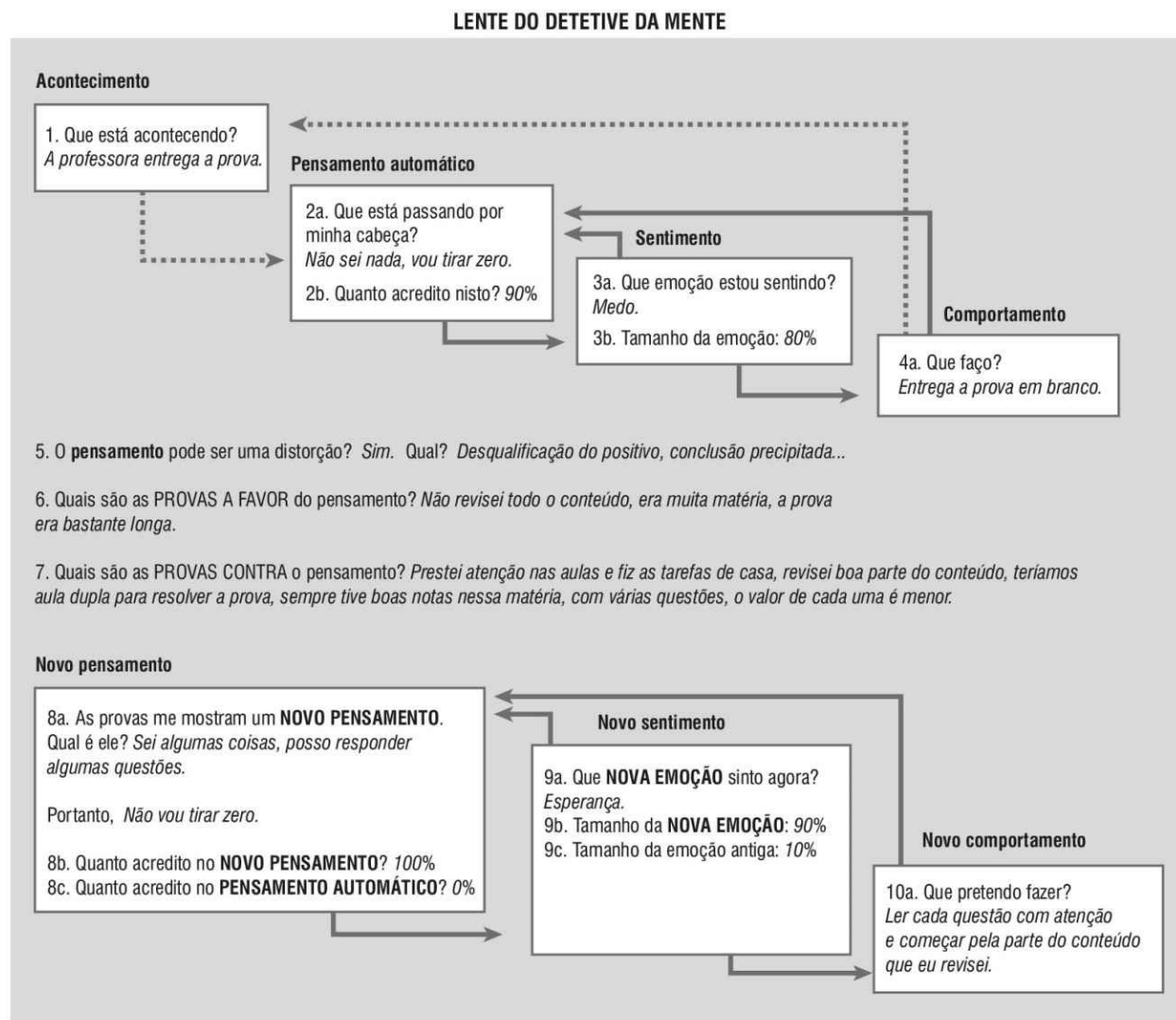


Figura 6.2

REGISTRO DE PENSAMENTOS SIMPLIFICADO DO ORIGINAL PARA ADULTOS.

Fonte: De Oliveira (2015).

Durante a primeira fase do treinamento, uma vez aperfeiçoada a habilidade de reestruturação cognitiva pelo uso da “lente do detetive da mente”, os adolescentes são apresentados à investigação mais importante do “detetive”, por meio da técnica da seta descendente (Burns, 2012), aqui denominada escada descendente. Utilizando perguntas-chave (“Se este pensamento for verdade, o que isso significa *para* mim?” e “Se este pensamento for verdade, o que isso significa *sobre* mim?”), cabe ainda ao “detetive da mente” descobrir o pensamento mais quente em cada situação-problema (Fig. 6.3).

Esse pensamento mais quente ou crença central corresponde à autoacusação que será levada a julgamento pelos “advogados da mente” na próxima etapa do treinamento.

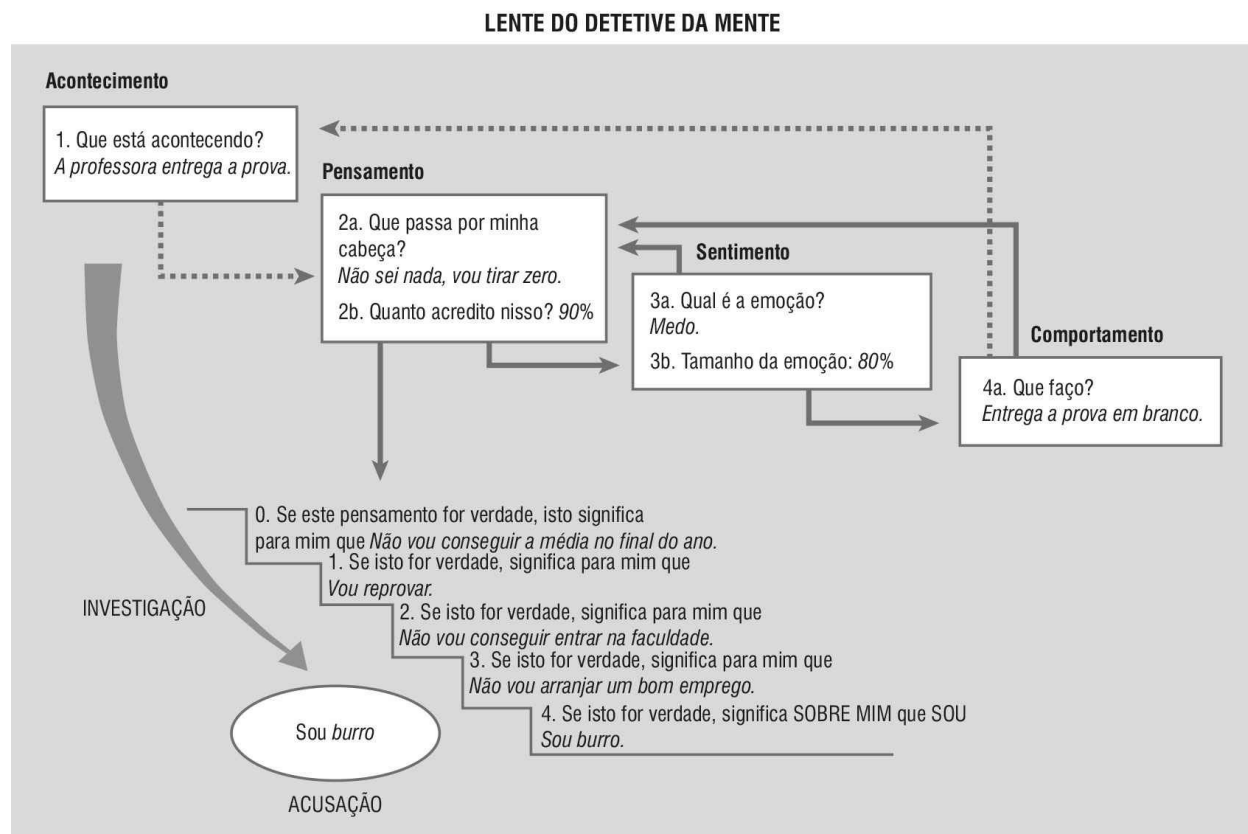


Figura 6.3

USO DA ESCADA DESCENDENTE NA INVESTIGAÇÃO DA AUTOACUSAÇÃO QUE SERÁ LEVADA A JULGAMENTO PELOS “ADVOGADOS DA MENTE”.

Fonte: De Oliveira (2015).

FASE 2: ADVOGADO DA MENTE

Na segunda fase desse programa, os alunos são treinados para ser “advogados da mente”, aprendendo a avaliar e flexibilizar crenças nucleares negativas por meio da intervenção mais importante do TCP-G, o RPBP – ou, simplesmente, “processo”, pela analogia em relação a um processo jurídico. Em cada *role-play* conduzido nessa fase, o adolescente tem a oportunidade de interpretar não apenas o réu e seu acusador – o promotor –, mas também o personagem responsável por sua defesa (De Oliveira et al., 2013), em contraposição ao

que geralmente ocorre com as crenças centrais negativas disfuncionais, tidas como verdades absolutas e inquestionáveis (De Oliveira, 2015). Logo após a intervenção dos “advogados da mente”, entre 6 e 12 alunos participam da simulação como membros do corpo de jurados, cuja missão consiste em identificar possíveis distorções cognitivas cometidas pelos advogados de defesa e acusação. Cabe ao facilitador o papel de juiz, ao passo que o cofacilitador assume a função de escrivão, registrando na lousa as informações coletadas (Fig. 6.4). Todos os participantes acompanham o *role-play* com uma cópia do RBPB, na qual serão registradas as informações pertinentes, o que facilita a aprendizagem e aumenta o envolvimento de todo o grupo.

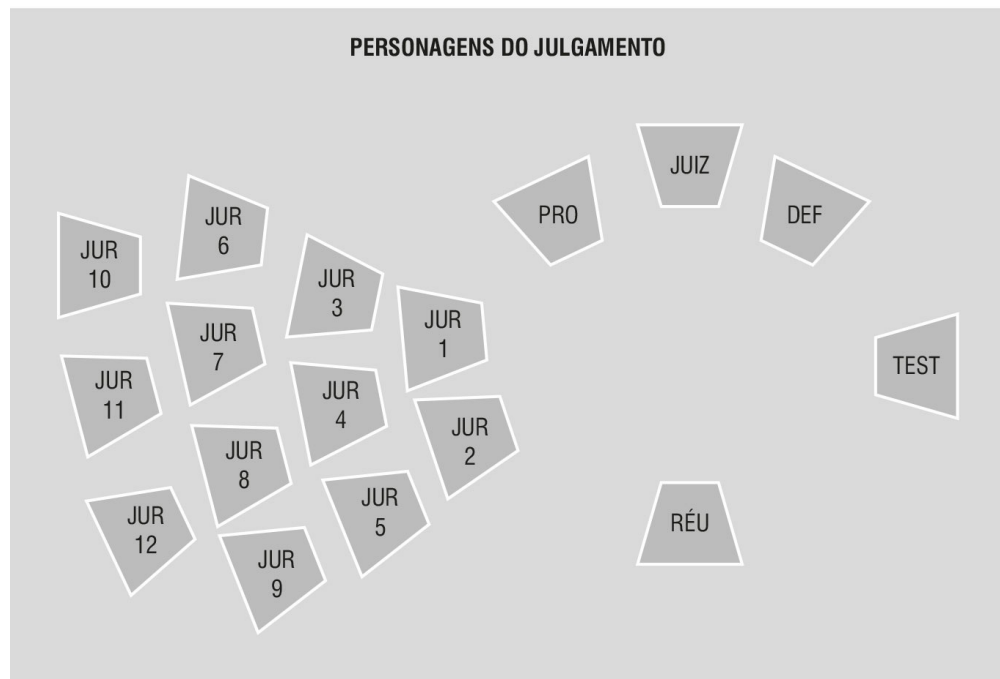


Figura 6.4

DISPOSIÇÃO DOS PERSONAGENS DURANTE A FASE DOS “ADVOGADOS DA MENTE”.

Fonte: De Oliveira (2015).

É importante ressaltar que a tradicional técnica da TCC de reversão de sentenças (Freeman & DeWolf, 2014) não apenas precede, mas também facilita a introdução e utilização do “processo”. Essa estratégia proporciona a maior familiaridade dos adolescentes em relação à tendência de

desqualificação das informações positivas, bem como a aprendizagem de como reverter o sentido das frases utilizando a conjunção “mas”.

Registro de pensamentos baseado no processo

Além de possibilitar o reconhecimento das autoacusações como manifestações da ativação de crenças centrais negativas, em vez de verdades absolutas, o “processo” tem o mérito de incorporar de forma estruturada e sequencial diversas técnicas já consagradas por sua eficácia em TCC e em outras abordagens (De Oliveira et al., 2013):

- Cadeira vazia (Carstenson, 1955)
- Seta descendente (Burns, 2012)
- Exame das evidências (Beck, 2011; Greenberger & Padesky, 1999)
- Advogado de defesa (Freeman & DeWolf, 2014; Leahy, 2006)
- Reversão de sentenças (Freeman & DeWolf, 2014)
- Seta ascendente (De Oliveira, 2008; Leahy, 2006)
- Desenvolvimento de um esquema positivo (Leahy, 2006)
- Diário de autoafirmações positivas (Beck, 2011).

Para introduzir a intervenção ao grupo, os facilitadores apresentam uma situação típica da vida de um adolescente (problemas no desempenho escolar, *bullying*, etc.) e encenam o uso do “processo”. Em seguida, um aluno assume o papel de um estudante imaginário em um novo *role-play*, o que se repete ao longo de toda a segunda fase do treinamento, uma vez que a participação do grupo é ativamente estimulada pelos facilitadores.

Passo 1: Investigação

A investigação do RPBP tem o objetivo de descobrir possíveis crenças centrais negativas responsáveis por pensamentos automáticos disfuncionais e seus estados emocionais negativos associados, a partir de uma situação desconfortável, por meio do uso da técnica da seta descendente (Burns, 2012). A crença central negativa identificada é a autoacusação que será levada a julgamento pelos “advogados da mente”. Após sua identificação, percentuais indicando o quanto o adolescente acredita na autoacusação (CC) e a intensidade da emoção a ela associada são registrados na parte inferior da primeira coluna do formulário. Esse registro é realizado ao final de cada

passo do RPBP, quando o jovem é convidado a ocupar a cadeira do réu, indicando a flutuação do crédito dado à CC e à emoção a ela associada ao longo da intervenção.

Passos 2 e 3: Alegações do promotor e do advogado de defesa

Após a fala da acusação, o promotor é convidado a apresentar suas primeiras alegações, evidências da veracidade da acusação, que são registradas na coluna 2 do formulário por todos os participantes da atividade. Com frequência, a fala da promotoria surge repleta de novos pensamentos automáticos e distorções cognitivas que rotineiramente fortalecem a crença central negativa. Em seguida, o advogado de defesa apresenta as evidências que apontam para a inocência do réu, sendo ativamente encorajado pelo facilitador a buscar fatos contrários à acusação, que serão registrados na terceira coluna do formulário. É importante observar que, ao final de cada passo, o adolescente é novamente convidado a avaliar a intensidade da crença e da emoção a ela associada.

Passo 4: Réplica da promotoria

Neste passo, é resgatada a técnica de reversão de sentenças, introduzida e exaustivamente exercitada no início da formação dos “advogados da mente”. A quarta coluna do formulário preenchido pelos alunos traz a réplica do advogado de acusação, expressa por meio de pensamentos do tipo “Sim, mas...”, que são utilizados para desconsiderar ou desqualificar os argumentos apresentados pela defesa (coluna 3), geralmente diminuindo o crédito desses elementos.

Passo 5: Tréplica do advogado de defesa

A tréplica do “advogado de defesa” é o momento crítico do RPBP. Nela, o adolescente é orientado a inverter os argumentos trazidos pela defesa e pela acusação (colunas 3 e 4, respectivamente), conectando-os por meio da conjunção “mas”. Assim, o facilitador lê cada frase das alegações da promotoria (coluna 4) e acrescenta a conjunção “mas”, convidando o jovem a completar a sentença com o argumento apresentado pela defesa em suas alegações iniciais (coluna 3), que é então registrada na coluna 5. O facilitador, em seguida, investiga o significado de cada frase invertida, que

passa a ter um tom positivo, e incentiva o adolescente a avançar o raciocínio por meio da inclusão da conjunção “portanto”, completando o significado positivo da sentença (coluna 6).

Passo 6: Veredito do júri

Etapa analítica do “processo”, o sexto passo compreende a deliberação do corpo de jurados, composto pelo adolescente voluntário e outros 6 a 12 integrantes do grupo. O júri é instruído a avaliar o desempenho dos advogados de defesa e acusação, considerando possíveis distorções cognitivas cometidas em suas argumentações. Após a identificação das distorções cometidas, geralmente em grande número, pelo promotor e dos dados de realidade trazidos pelo advogado de defesa, o réu é, na quase totalidade dos casos, absolvido da acusação trazida a julgamento (coluna 7). O uso do RPBP é ilustrado na Figura 6.5.

PROCESSO				
INVESTIGAÇÃO (TÉCNICA DA ESCADA DESCENDENTE)	ADVOGADO DE ACUSAÇÃO (PROVAS A FAVOR DA ACUSAÇÃO)	ADVOGADO DE DEFESA (PROVAS CONTRA A ACUSAÇÃO)	RÉPLICA DO ADVOGADO DE ACUSAÇÃO	TRÉPLICA DO ADVOGADO DE DEFESA (INVERSÃO DAS FRASES)
<p>Não sei nada, vou tirar zero.</p> <p>↓</p> <p>Vou reprovar.</p> <p>↓</p> <p>Não vou arranjar um bom emprego.</p> <p>↓</p> <p>ACUSAÇÃO: Sou burro.</p> <p>EMOÇÃO: Tristeza.</p>	<p>1. Ele nunca entende a explicação dos professores.</p> <p>2. Ele não presta atenção em sala de aula.</p> <p>3. Ele vive tirando notas baixas.</p>	<p>1. Ele costuma fazer as tarefas de casa.</p> <p>2. Nunca reprovou de ano na escola.</p> <p>3. Ele soube resolver os exercícios mais difíceis da prova de Metamática.</p>	<p>MAS...</p> <p>1. Deixa tudo para a última hora</p> <p>2. Ele ficou de recuperação ano passado.</p> <p>3. Ele esqueceu a fórmula mais simples.</p>	<p>MAS...</p> <p>1. Ele costuma fazer as tarefas de casa.</p> <p>2. Nunca reprovou de ano na escola.</p> <p>3. Ele soube resolver os exercícios mais difíceis.</p>

					da prova de Matemática
Inicial	Final	100%	80%	90%	
100%	0%	100%	80%	90%	
90%	0%				

Figura 6.5

REGISTRO DE PENSAMENTOS BASEADO NO PROCESSO.

Fonte: De Oliveira (2015).

Passo 7: Preparação para o recurso

Uma vez identificado o significado da argumentação do advogado de defesa e anunciado o veredito do corpo de jurados, cabe ao facilitador complementar a atividade com o uso da seta ascendente (De Oliveira, 2008, 2011). Crenças nucleares positivas podem ser identificadas ou ativadas por meio da pergunta “Supondo que seu advogado de defesa e o júri estejam certos, o que isso diz sobre você?”. No exemplo aqui utilizado, de um adolescente que se autoacusava de ser “burro”, a possibilidade de o veredito favorável ao réu ser correto significaria que ele é “capaz”. A preparação para um possível recurso da promotoria constitui a tarefa de casa de todo o grupo, que então aprende a observar e registrar diariamente evidências que sustentam a crença central positiva recentemente descoberta ou ativada, juntamente com o crédito a ela atribuído ao fim de cada dia (Fig. 6.6). Vale ressaltar que o mesmo procedimento se aplica aos casos em que o acusado é considerado culpado da acusação, uma vez que cabe a ele decidir se continuará trabalhando para a promotoria ou se integrará a equipe do advogado de defesa, ocupando-se, ao longo da semana, da coleta de evidências que o defendam de forma realista das acusações da promotoria.

NOVA CRENÇA: *SOU CAPAZ*

<p>Data: 12/10 (70%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Fiz toda a tarefa de casa. 2.Ajudei meu colega a entender um exercício. 3.Entendi a explicação da professora. 	<p>Data: 13/10 (90%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Estudei para a prova de sexta sozinho. 2.A professora disse que eu melhorei. 3.Prestei atenção na aula de História. 	<p>Data: 14/10 (80%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Respondi uma pergunta em sala. 2.Entreguei o trabalho no dia certo. 3.Copiei a matéria nova.
<p>Data: 15/10 (85%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Tirei nota acima da média na prova. 2 Terminei de ler um livro. 	<p>Data: 16/10 (90%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Fiz a tarefa do treinamento. 2.Lembrei de todas as atividades. 3.Minha mãe elogiou meu boletim. 	<p>Data: 17/10 (80%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Uma colega pediu meu caderno emprestado para copiar a matéria. 2.A professora disse que meu trabalho estava bom.
<p>Data: 18/10 (85%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Minha mãe me pediu para ajudar meu irmão a fazer sua tarefa. 2.Consegui explicar a matéria para ele. 3.Acertei a maioria das perguntas do questionário de Geografia. 	<p>Data (%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 	<p>Data (%)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3.

Figura 6.6

FORMULÁRIO DE PREPARAÇÃO DO RÉU PARA AUXILIAR O ADVOGADO DE DEFESA NOS CASOS DE PEDIDO DE RECURSO PELA PROMOTORIA.

FASE 3: JUIZ DA MENTE

Após a realização de vários encontros em que crenças centrais são levadas a julgamento dentro e fora da sala de aula, o facilitador promove uma discussão no grupo a respeito da atuação do promotor nesse período e propõe que ele seja processado pelos adolescentes em uma nova série de *role-plays*. Assim, na terceira fase do treinamento, o promotor é acusado de incompetência, por nunca ter conseguido ganhar uma causa; abuso, por fazer acusações falsas; e assédio, uma vez que faz acusações em qualquer hora e local. Ao ser considerado culpado das acusações pelo corpo de jurados, cabe ao “juiz da mente” a definição da sentença. Nesse momento, o conceito de “metacognição” é introduzido aos alunos que, a essa altura, já reconhecem o impacto negativo causado por um promotor interno abusivo. A exposição contínua à *performance* do promotor nos encontros anteriores facilita a constatação dos efeitos nocivos das autoacusações em sua vida cotidiana, bem como a decisão de reabilitar o promotor para que possa desempenhar sua importante função adequadamente.

FASE 4: MESTRE DA MENTE

A última fase do TCP-G tem como objetivo refinar habilidades de tomadas de decisão. Para tanto, os adolescentes são instruídos a respeito do que seriam comportamentos éticos e assertivos, a fim de serem então introduzidos a uma técnica de tomada de decisão denominada *role-play* consensual (RPC) (De Oliveira et al., 2013). Por meio dela, o estudante pode alcançar uma percepção mais unitária de si mesmo, ao explicitar a ambivalência presente no conflito entre as dimensões racional e emocional, para depois evoluir até o consenso entre elas.

O RPC abrange sete passos e tem como objetivo o processo de aprendizado resultante, e não a tomada de decisão propriamente dita, de modo que o adolescente pode vivenciar o processo de investigação desobrigado de um posicionamento específico. Após a construção de um consenso entre razão e emoção, havendo ou não uma prontidão para a mudança, é desenvolvido um plano para aumentar a chance de sucesso na ação ou preparar o adolescente para tomar essa decisão no futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se consideram tanto o acesso restrito de adolescentes a diagnóstico precoce e tratamento adequado em saúde mental como as consequências desastrosas dessas deficiências na vida adulta, programas de prevenção implementados em sala de aula podem parecer uma solução óbvia. No entanto, a despeito dos benefícios potenciais, o contexto escolar pode apresentar desafios muito específicos, como conquistar o envolvimento de professores e alunos e encontrar horários disponíveis para os grupos durante o tempo em que os alunos estão na escola, para não mencionar dificuldades psicossociais e culturais (Sawyer et al., 2010; Stallard et al., 2013).

Revisões sistemáticas recentes a respeito de programas oferecidos em sala de aula apontam discretas evidências em favor de programas de prevenção e intervenção precoce em escolas, apesar das numerosas limitações metodológicas, dos resultados heterogêneos, do período de acompanhamento restrito e da ausência de grupos-controle (Calear & Christensen, 2010; Merry et al., 2012;; Neil & Christensen, 2007; Sawyer et al., 2010). Alguns estudos sugerem que o benefício obtido inicialmente não se sustenta ao longo do tempo (Merry et al., 2012; Sawyer et al., 2010; Spence & Shortt, 2007), ao passo que outros recomendam cautela e maiores investigações antes de sua implementação em massa (Neil & Christensen, 2007; Spence & Shortt, 2007; Stallard et al., 2012; Stallard et al., 2013).

No estudo-piloto do TCP-G, o uso de *role-plays* pareceu especialmente atraente para os grupos de adolescentes. Ao se envolverem de maneira ativa nos papéis de detetives, advogados de defesa e acusação, juízes e, por fim, mestres da mente, os estudantes tiveram a oportunidade de aprender e exercitar habilidades valiosas, como a descoberta e avaliação de CCs, consciência metacognitiva e tomadas de decisão, em uma atmosfera lúdica e bem-humorada. Entretanto, os resultados positivos parecem depender também da qualidade do treinamento oferecido aos facilitadores periodicamente, bem como do apoio e envolvimento dos professores.

Embora o TCP-G ainda não tenha a sustentação empírica necessária para sua implementação em maior escala, estudos avaliando a eficácia dessa intervenção preventiva abrangente visando a modificação de crenças em contexto escolar encontram-se atualmente em curso, com dados preliminares encorajadores.

REFERÊNCIAS

- Auerbach, R. P., & Hankin, B. L. (2012). Cognitive vulnerability, stress, and symptom specificity in children and adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3), 237-239.
- Auerbach, R. P., Kertz, S., & Gardiner, C. K. (2012). Predicting adolescent risky behavior engagement: The role of cognitive vulnerability and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3), 300-315.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Philadelphia: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed). Philadelphia: Guilford Press.
- Burns, D. D. (2012). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: HarperCollins.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33(3), 429-438.
- Carstenson, B. (1955). *The auxiliary chair technique: A case study*. New York: Group Psychotherapy.
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Ross, D. A., & Shek, D. T. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, 379(9826), 1653-1664.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441.
- Cossu, G., Cantone, E., Pintus, M., Cadoni, M., Pisano, A., Otten, R., ... Carta, M. G. (2015). Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 11(Suppl 1 M3), 41-57.
- Creed, T. A., Reisweber, J., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy for adolescents in school settings*. Philadelphia: Guilford Press.
- De Oliveira, I. R. (2008). Trial-Based Thought Record (TBTR): Preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of analogy with a judicial process. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 12-18.
- De Oliveira, I. R. (2011). Kafka's trial dilemma: Proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. *Medical Hypotheses*, 77(1), 5-6.
- De Oliveira, I. R. (2014). *Trial-based cognitive therapy: A manual for clinicians*. Florence: Routledge.
- De Oliveira, I. R. (2015). *Terapia cognitiva processual: Manual para clínicos*. Porto Alegre: Artmed.
- De Oliveira, I. R., Hemmany, C., Powell, V. B., Bonfim, T. D., Duran, É. P., Novais, N., ... Cesnik, J. A. (2012a). Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums*, 17(1), 16-23.
- De Oliveira, I. R., Powell, V. B., Wenzel, A., Caldas, M., Seixas, C., Almeida, C., ... Sudak, D. (2012b). Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 328-334.

- De Oliveira, I. R., Schwartz, T., & Stahl, S. M. (2013). *Integrating psychotherapy and psychopharmacology: A handbook for clinicians*. Florence: Routledge.
- Freeman, A., & DeWolf, R. (2014). *As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem*. Rio de Janeiro: Guarda-Chuva.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor: Mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Philadelphia: Guilford Press.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2012). Cochrane review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Review Journal*, 7(5), 1409-1685.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2007). Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: A systematic review. *Medical Journal of Australia*, 186(6), 305.
- Powell, V. B., Oliveira, O. H. de, Seixas, C., Almeida, C., Grangeon, M. C., Caldas, M., ... De-Oliveira, I. R. (2013). Changing core beliefs with trial-based cognitive therapy may improve quality of life in social phobia: a randomized study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 243-247.
- Rice, F., Rawal, A., Riglin, L., Lewis, G., Lewis, G., & Dunsmuir, S. (2015). Examining reward-seeking, negative self-beliefs and over-general autobiographical memory as mechanisms of change in classroom prevention programs for adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 186, 320-327.
- Rosin-Pinola, A. R., & Del Prette, Z. A. P. (2014). Inclusão escolar, formação de professores e a assessoria baseada em habilidades sociais educativas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20(3), 341-356.
- Sawyer, M. G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D., ... Sheffield, J. (2010). School-based prevention of depression: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyond blue schools research initiative. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 297-304.
- Spence, S. H., & Shortt, A. L. (2007). Research review: Can we justify the widespread dissemination of universal, school-based interventions for the prevention of depression among children and adolescents? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 526-542.
- Stallard, P., Phillips, R., Montgomery, A. A., Spears, M., Anderson, R., Taylor, J., ... Sayal, K. (2013). A cluster randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of classroom-based cognitive-behavioural therapy (CBT) in reducing symptoms of depression in high-risk adolescents. *Health Technology Assessment*, 17(47), vii-xvii, 1-109.
- Stallard, P., Sayal, K., Phillips, R., Taylor, J. A., Spears, M., Anderson, R., ... Montgomery, A. A. (2012). Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: Pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 345, e6058.
- Sudak, D. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental na prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Taylor, J. A., Phillips, R., Cook, E., Georgiou, L., Stallard, P., & Sayal, K. (2014). A qualitative process evaluation of classroom-based cognitive behaviour therapy to reduce adolescent depression.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 11(6), 5951-5969.

Wenzel, A. (2012). Modification of core beliefs in cognitive therapy. In I. R. de Oliveira (Ed.), *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy* (pp. 17-34). Croatia: Interchopen.

7



ESTRATÉGIAS DE MANEJO TERAPÊUTICO COM ADOLESCENTES

CARMEM BEATRIZ NEUFELD
JULIANA MALTONI
LEONARDO ZAIDEN LONGHINI
JULIE ALMEIDA GURGEL DO AMARAL

Os jovens de agora adoram o luxo; têm péssimos modos, desdenham a autoridade; mostram desrespeito pelos mais velhos e adoram conversar ao invés de trabalhar. Os jovens são agora tiranos, não os servos de seus lares. Eles já não se levantam quando os anciãos entram na sala. Eles contradizem seus pais, conversam antes da companhia, devoram guloseimas à mesa, cruzam as pernas e tiranizam seus mestres. (Sócrates, 469-399 a.C.).

Com essa citação inicial, percebemos que a juventude, incluindo a adolescência, desde os registros mais antigos da História, parece ser interpretada como um período complexo, pouco compreendido e fonte de problemas. Apesar dos avanços na área, ainda nos deparamos com inúmeras lacunas acerca dessa fase do desenvolvimento. No primeiro capítulo deste livro, as especificidades dessa fase desenvolvimental são discutidas, evidenciando a importância de intervenções psicológicas adequadas. O tratamento psicológico de adolescentes tanto da primeira fase quanto da final exige, dos profissionais da área da saúde, adaptações e modificações na intervenção para que o atendimento seja possível e efetivo. Assim, primeiramente, deve-se ter em mente que, para engajar os jovens no processo terapêutico de modo efetivo, é essencial que o terapeuta compreenda os desafios desenvolvimentais da fase e suas implicações (Lock, 2005).

A Vinheta Clínica 7.1 traz uma pequena descrição de um caso fictício, baseado em inúmeras vivências de nossa prática clínica. Ao nos depararmos

com a história de Tatiane, é mais provável que não imaginemos se tratar de uma paciente com um transtorno específico, mas alguém que passa por um período do desenvolvimento com características marcantes, como comportamentos de risco, variações do humor, importância dada aos pares, distanciamento da família e construção de nova identidade. Em qualquer outra etapa da vida, talvez essa tristeza profunda causada pelos sentimentos não correspondidos ou mesmo a preocupação exagerada com novas amizades do melhor amigo merecessem atenção diferenciada e nos mostrassem outras possibilidades diagnósticas e de intervenção. Assim, não apenas para profissionais da área, a adolescência apresenta-se como um período “turbulento”, “difícil”, com certos tipos de comportamento mais esperados. Isso nos coloca diante de um dilema: se, de um lado, temos a compreensão e descrição em vasta literatura (não necessariamente científica) sobre as características adolescentes, de outro, na prática, sabemos pouco sobre como realizar uma intervenção verdadeiramente diferenciada, pautada em trabalhos e pesquisas específicas, voltada para a realidade e para as demandas singulares dessa etapa.

VINHETA CLÍNICA 7.1

Considere Tatiane, 14 anos e estudante do 8º ano. Seu cotidiano é marcado pelas horas que passa na escola, em cursos extras e em atividades com os colegas, sejam presenciais ou *on-line*. Ela tem notas satisfatórias na escola e uma relação boa com sua família nuclear – pai, mãe e irmão mais novo. No entanto, ultimamente sua mãe vem reclamando muito sobre a ausência da filha em programas familiares, como participar das conversas no almoço ou assistir a filmes em conjunto. Além disso, preocupa-se muito com o sono excessivo de Tatiane, que chega da escola e já quer cochilar depois do almoço. No entanto, para ela, o mais preocupante é o isolamento da filha – o tempo inteiro no quarto, ouvindo músicas pelo celular, respondendo “monossilabicamente” à mãe quando esta entra no quarto, sempre conversando com colegas que a família não conhece pessoalmente. O estopim da preocupação da mãe, que a fez buscar psicoterapia para a garota, foi ter lido no diário dela sobre sentimentos intensos de tristeza,

dúvidas e incertezas sobre a vida e a vontade de fugir e se casar com um homem de quem a família nunca ouvira falar – aparentemente cantor de alguma banda. Os pais apresentam-se muito preocupados, indagando-se sobre possibilidades de depressão ou mesmo ideação suicida, pois, na época em que viveram a adolescência, não se depararam com essas questões.

Tatiane chora muito com a terapeuta e relata uma tristeza insuportável – o garoto pelo qual estava interessada acaba de mudar seu *status* em uma rede social de “solteiro” para “em um relacionamento sério”. Para piorar, sua melhor amiga agora fez amizade com outra colega da turma e a está deixando de lado. Tati chora muito durante o dia, e gosta de ouvir música para “ajudar esses sentimentos a passar”. Durante quase quatro meses, as sessões foram marcadas por essas questões, e humor deprimido foi observado em muitos dias da semana da paciente. Experimentou álcool e tabaco nesse meio tempo, e seus pais, quando descobriram isso, intensificaram ainda mais sua supervisão, retirando o celular e o computador da menina. As notas de Tati começaram a cair, ela isolou-se mais da família e ainda não superou o namoro do garoto pelo qual estava interessada, explicando o desinteresse dele pelo fato de ela não se adequar aos padrões de beleza, como não ter seios fartos nem um rosto muito bonito.

MANEJO DE ADOLESCENTES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UMA PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTAL

Basta uma rápida busca na literatura para perceber que muitos trabalhos irão colocar crianças e adolescentes em um mesmo grupo, sem distingui-los quanto às especificidades de manejo e tratamento. A própria definição da faixa etária correspondente à adolescência (10 a 19 anos) da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância ([Unicef], 2011) agrupa indivíduos com características muito distintas. Qualquer um que tenha contato com um indivíduo de 10 e outro de 15 anos,

por exemplo, saberá que as diferenças entre eles são enormes. Além das diferenças em relação a aspectos físicos e cognitivos, papéis sociais diversos e demandas específicas são esperados desses indivíduos. Assim, enquanto interações com o sexo oposto são mais comuns e uma maior independência é esperada em uma garota de 15 anos, brincadeiras mais lúdicas, bem como o relacionamento maior com pares do mesmo sexo e maior dependência familiar são características esperadas de uma menina de 10 anos.

Se avaliarmos a diferença no próprio pensamento, de acordo com a teoria piagetiana, iremos nos deparar com o estágio operatório formal em desenvolvimento a partir dos 12 anos, em comparação com operações mais concretas em indivíduos mais novos. Correlações típicas para cada gênero ao lidar com as dificuldades no desenvolvimento da adolescência também são necessárias. O pensamento abstrato, ainda incipiente nessa fase, pode explicar em parte comportamentos socialmente imaturos (Elkind, 1984, 1998), como maior envolvimento em discussões para testar sua recente capacidade de raciocínio aumentada; encontrar e procurar defeitos em figuras de autoridade, já que agora percebem falhas nos adultos, anteriormente venerados; hipocrisia aparente, ao expressar ideais, mas não agir de acordo; autoconsciência, ou seja, suposição de que os demais estão pensando o mesmo que eles ou, ainda, deveriam saber o que eles pensam; indecisão, ao perceber as diversas escolhas às quais estão sujeitos no cotidiano e ao longo da vida; e suposição de invulnerabilidade, ou seja, acreditar que são especiais, não estando sujeitos às regras do resto do mundo. Nesse sentido, faz-se necessário diferir o comportamento adolescente do comportamento adulto, uma vez que nem todas as capacidades e habilidades relevantes para a vida estão plenamente desenvolvidas na adolescência, como também autocontrole e reflexão sobre consequências futuras de ações próprias (Steinberg & Scott, 2003).

A formação de identidade se dá de forma rápida e intensa durante essa fase (Syed & Sieffge-Kenke, 2012), sendo que o meio social e os pares são instâncias de extrema importância no desenvolvimento de adolescentes. A maturação cognitiva ajusta-se ao funcionamento social, e os jovens passam a buscar cada aspecto de sua identidade a partir da comparação social, seja pelo comportamento imitativo, seja pela opinião e avaliação de seus pares (M.

Cole & S. R. Cole, 2004). Monahan e Seinberg (2011) demonstram, em seu estudo sobre competência social e eficácia das relações sociais, a fragilidade relativa ao autoconceito durante a adolescência, indicando a validade de uma intervenção que aborde a competência social, como grupos de treinamento de habilidades sociais. Na transição para a adolescência, indivíduos que já tinham certa competência social adquirida na infância tiveram essa característica intensificada. Já aqueles com menor competência social passaram a ter ainda maior prejuízo nesse aspecto. As interações sociais dessa época tornam-se cada vez mais complexas e podem, como visto, aumentar repertórios comportamentais relacionados, assim como atuar de maneira prejudicial ao indivíduo.

É sabido que o comportamento de intimidação, ou *bullying*, é comum entre grupos de adolescentes. Ele demonstra o significado das relações sociais para os jovens, em que uma situação de humilhação e desrespeito pode acontecer, em detrimento do senso crítico individual sobre a situação, a fim de promover a relação socioafetiva do grupo. Assim, o indivíduo mantém a homogeneidade do grupo e a posição social conquistada entre os pares, afirmando a própria identidade em situações de intimidação, inseridas geralmente em contexto de brincadeira (Nascimento & Menezes, 2013). A discriminação entre grupos étnicos e de gênero também ocorre já no fim da infância, e atua na formação da própria identidade (Brown, Alabi, Hyunh, & Masten, 2011).

A capacidade de se envolver na reprodução sexual pode ser um dos marcos da fase, no entanto, a reprodução cultural também aparece como elemento fundamental, em que novos papéis sociais são – e necessitam ser – adotados, e novas habilidades são esperadas e adquiridas (M. Cole & S. R. Cole, 2004). Comportamentos de risco aparecem em conjunto com experiências inéditas para o adolescente. Apesar do senso comum de que a crença de invulnerabilidade, fenômeno desenvolvimental característico da faixa etária, coloca os adolescentes apenas em comportamentos de risco, consequências adaptativas também podem ser esperadas, uma vez que permitem vivências de experiências inéditas relacionadas ao próprio aumento no repertório comportamental, podendo traduzir-se em um desenvolvimento saudável (Hill, Duggan, & Lapsley, 2011). Nesse sentido, Carrell (2010)

indica que é importante lembrar os adolescentes de que esses comportamentos estão de acordo com sua tarefa desenvolvimental, ou seja, que determinadas atitudes ou características são esperadas, mas que, no entanto, podem passar por essas dificuldades sem necessariamente terminar em problemas maiores.

O principal desafio do indivíduo em desenvolvimento é o movimento em direção à autonomia e à independência. No entanto, uma vez que ainda não são totalmente independentes da família, instância central desse momento, suas escolhas e comportamentos continuarão a se pautar nesse sistema. O relacionamento adequado com familiares e pares caracteriza-se como componente crucial no desenvolvimento infantil satisfatório, sendo o entendimento dessas relações essencial para a avaliação e a intervenção eficazes (Kendall, 2011). O terapeuta precisa estar ciente da estrutura familiar e de seu sistema de crenças, bem como de situações de abuso ou negligência, considerando ainda informações da escola valiosas para o tratamento (Bailey, 2001). Dessa maneira, família e escola são sistemas que devem ser envolvidos no tratamento a fim de potencializar os ganhos terapêuticos (Friedberg & McClure, 2004).

Para adolescentes, a centralidade do contexto social deve, portanto, ser destacada. O modelo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) enfatiza o processo de aprendizagem e as influências do contexto social experienciadas ao longo do desenvolvimento do indivíduo, sem negligenciar o papel do estilo de processamento de informação e emoções vivenciadas. Considerando a trajetória de desenvolvimento natural, o ajuste psicológico saudável e as habilidades necessárias para lidar com os desafios da fase, o objetivo da terapia é preparar o indivíduo para os desafios intrínsecos da vida, focando em habilidades facilitadoras na resolução de problemas. Uma intervenção de alta qualidade é aquela que irá construir e alterar com o paciente sua maneira de fazer sentido, se comportar, pensar e sentir, buscando uma melhor adaptação (Kendall, 2011).

Uma questão importante a ser considerada é que, na maioria das vezes, a procura espontânea por atendimento psicológico não é feita pelo jovem, o que pode interferir na motivação para o tratamento e no vínculo terapêutico. Frequentemente, crianças e adolescentes são encaminhados porque suas

dificuldades psicológicas interferem na escola ou na família, e muitas acabam verbalizando esse senso de incontrolabilidade, o que não deve ser ignorado. Como psicólogos, temos conhecimento da diferença nos resultados terapêuticos quando o adolescente vem ao consultório trazido por alguém e quando busca ajuda espontaneamente, fator que deve ser considerado no momento da intervenção. O jovem precisa ser visto como a pessoa que está no controle desde o início do serviço, mesmo que não tenha chegado à terapia por conta própria. Isso pode ser generalizado para o controle dos próprios problemas (Donnellan, Murray, & Harrison, 2012). Assim, esforços devem ser empregados para que o ambiente seja agradável, fazendo com que ele queira estar lá e que veja o benefício potencial da terapia (Kendall, 2011).

O atendimento psicológico com pacientes adolescentes deverá refletir, então, todas as nuances da fase, bem como suas características, a fim de proporcionar o melhor tratamento. É senso comum que intervenções com essa população serão um desafio ainda maior, uma vez que a adolescência é tida como uma fase “complicada”, “rebelde”, “difícil”. Essa crença não é exclusiva dos adultos, os próprios jovens têm consciência a respeito de tais características, que muitas vezes são usadas de forma negativa para explicitar comportamentos considerados inadequados pela família ou pela escola. No entanto, em meio a tantas generalizações sobre esse estágio da vida, uma delas parece ser verdadeira: a adolescência é, ainda, incompreendida.

Considerando todas as dificuldades e “turbulências” do momento, é essencial, então, que o psicólogo demonstre empatia para com seu paciente. É fundamental tentar enxergá-lo através de seus olhos, em uma tentativa de entrar em seu universo e, talvez, identificar traços de sua própria adolescência nele. Kazdin (2003) indica que vários problemas emocionais e comportamentais que chegam até a clínica são muitas vezes evidenciados de maneiras menos extremas como parte normal do desenvolvimento, devendo receber atenção clínica quando interferem no funcionamento diário e não diminuem conforme a maturação. A atitude mental de um terapeuta cognitivo-comportamental trabalhando com crianças e adolescentes deve ser de qualidade colaborativa, integrando e decodificando informações sociais e ensinando por meio de experiências, podendo, assim, trabalhar como consultor, diagnosticista e educador, respectivamente (Kendall, 2011). Essas

são as três características que Kendall propõe à postura do “terapeuta como treinador”, aquele que evoca o melhor de alguém por meio de oportunidades e *feedbacks*, com o apoio e as exigências necessárias.

Para tratar adolescentes, é preciso também estar disposto. Disposto a embarcar em seu universo e em suas questões, como, por exemplo, atualizar-se em relação a filmes, séries, jogos, tecnologias e músicas que são do interesse do paciente, a fim de, de alguma maneira, começar a compreender seu mundo. Além disso, muitas situações trazidas por um jovem podem parecer banais para um adulto, mas podem ter um significado muito importante para o adolescente. Essa empatia e essa disposição devem, acima de tudo, ser genuínas, do contrário, o processo terapêutico certamente estará prejudicado. Também o comportamento opositivo característico deve ser trabalhado com a validação dos pensamentos e das emoções do paciente, mas nunca de maneira confrontativa ou autoritária.

Diante de todas essas questões, verifica-se a necessidade de apontar instrumentos, técnicas e estratégias terapêuticas que podem ser utilizados e adaptados à necessidade da demanda característica dessa fase, objetivando o engajamento no processo terapêutico, facilitando a comunicação e a intervenção propriamente dita, bem como auxiliando o entendimento das questões a serem trabalhadas.

Lock (2005) sugere, em seu programa-piloto, que o desenvolvimento do *rappport* e a colaboração com os clientes merecem empenho especial do terapeuta. Os profissionais devem também lidar com a falta de foco do adolescente com flexibilidade no tempo de tratamento direcionado a problemas indiretos à demanda principal, uma vez que outros aspectos da vida do jovem podem surgir com importância maior do que com adultos. Assim, dada a importância dos pares nesse momento, uma desavença com um amigo pode ser algo muito mais marcante para um adolescente do que seria para um adulto.

Ainda considerando os primeiros momentos do tratamento, Lock (2005) propõe que a psicoeducação deve ser realizada com maior empenho, explicitando o propósito e o processo da terapia. Ao lançar mão de técnicas de reestruturação cognitiva com adolescentes, é necessária maior dedicação para ajudar o paciente a utilizar perspectiva, desenvolver e utilizar

alternativas. No início, essa base deve ser bem trabalhada, e o profissional precisa manter-se ativo, mas nunca assumir todo o processo. O autor ainda propõe o aumento da intensidade de contato cedo no tratamento, a simplificação da linguagem e do estilo de comunicação, bem como uma maior flexibilidade em relação às tarefas de casa. Considerando o término do tratamento, outra característica importante a ser considerada é o desenvolvimento de conexões emocionais fortes com os terapeutas, que devem estar preparados para lidar com tais sentimentos.

Crianças e adolescentes, no entanto, não irão perceber automaticamente os benefícios do tratamento, o que Kendall (2011) chama de “efeitos adormecidos”. O aprendizado e seus benefícios podem ter ocorrido, mas as evidências só aparecerão após um ponto do desenvolvimento ou quando surgir uma situação. Além disso, é possível que o efeito de “derramamento”, quando um ganho do tratamento fica evidente em outras instâncias da vida do indivíduo, ocorra. Esperar a cura é irracional, mas facilitar o ajustamento por meio da troca de conhecimentos e experiências é sábio. Após um tempo de desenvolvimento do indivíduo e da terapia, as competências adquiridas começam a se refletir em melhor ajuste do jovem. Uma parcela de adolescentes bem motivados pode responder rapidamente aos princípios de TCC para adultos; contudo, trabalhar com abstrações mais complexas, como refletir sobre hipóteses e avaliar evidências contra uma crença, pode ser uma capacidade que muitos desenvolverão apenas na adolescência média. Um terapeuta cognitivo-comportamental precisa ser habilidoso para engajar o paciente e criar uma aliança de trabalho colaborativa (Bailey, 2001). Lock (2005) sugere que a resolução de problemas seja utilizada quando a reestruturação cognitiva formal mostrar-se muito difícil para o indivíduo.

A aceitação dos pares e a identificação com um grupo para formação da identidade grupal estão entre as maiores preocupações dos adolescentes, constituindo um eixo central da roda do desenvolvimento dessa fase, motivo pelo qual a terapia em grupo pode ser tão proveitosa e natural para essa população (Carrell, 2010). O contexto de grupo com adolescentes, de acordo com a autora, permite que se desafiem os mitos de singularidade, problemas ou qualidades individuais do adolescente, promovendo a liderança adulta que tanto almejam e, ao mesmo tempo, permitindo que desenvolvam sua própria

independência. Em geral, o grupo possibilita ao jovem confrontar seu próprio narcisismo e praticar habilidades sociais. As técnicas nesse contexto também devem ser adaptadas de acordo com perfis específicos do grupo, que podem variar em função do número de participantes, da demanda, do contexto sociocultural, da distribuição de gênero ou dos padrões de hierarquia e comportamento estabelecidos pelos componentes do grupo.

QUADRO 7.1 DICAS DE MANEJO DE ADOLESCENTES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UMA PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTAL

- Demonstrar empatia para com o paciente, com empenho especial ao *rapport* e à colaboração.
- Ver o jovem como quem está no controle do processo a partir da ênfase em combinar o andamento da terapia.
- Envolver a família e a escola.
- Objetivar a preparação do indivíduo para os desafios da vida, focando em habilidades para a resolução de problemas.
- Proporcionar ambiente agradável.
- Investir em uma postura aberta, demonstrando desejo de apreender a perspectiva do adolescente.
- Trabalhar o comportamento opositivo a partir da validação dos pensamentos e das emoções do paciente, nunca de forma confrontativa ou autoritária.
- Realizar psicoeducação, ressaltando o propósito e o processo da terapia.
- Usar linguagem e estilo de comunicação simples.
- Flexibilizar as tarefas de casa.
- Usar a resolução de problemas quando a reestruturação cognitiva formal mostrar-se difícil.
- Lembrar que adolescentes precisam de agenda para aspectos cotidianos.
- O contato breve entre sessões tende a aumentar a motivação e a adesão ao tratamento.

MANEJO DE ADOLESCENTES EM GRUPOS

Considerando as possibilidades de intervenção em grupo relacionadas a limitações e potencialidades da adolescência, é preciso observar algumas características da terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG), como referido por Christner, Stewart e Freeman (2007). A primeira vantagem dessa

abordagem pode ser chamada de conveniência, visto que permite o atendimento de um grande número de jovens, em tempo reduzido e sem prejuízo da efetividade do tratamento, em que se aproveitam fatores terapêuticos únicos. Apesar da desvantagem de uma reduzida atenção individual aos participantes do grupo, essa modalidade permite a redução do tempo de espera e proporciona aos adolescentes, por meio da interação social do grupo e da psicoeducação, a aquisição de habilidades específicas. O ambiente terapêutico, assim, permite a prática dessas habilidades de uma forma segura, em que o participante poderá, em ambiente controlado, perceber a reação de terceiros a seus comportamentos, como um “laboratório social”, no qual os membros do grupo podem praticar e seu progresso pode ser avaliado. Considerando esses aspectos, o grupo terapêutico serve ainda como motivador ao participante, pela valorização da atividade de seus membros e outros fatores facilitadores.

Christner, Stewart e Freeman (2007) também destacam aspectos que merecem atenção, como a alta variabilidade dentro dos estágios desenvolvimentais, em termos de capacidade cognitiva, emocional e comportamental, considerando ainda a vasta gama de mudanças ocorridas na adolescência e seus efeitos psicossociais. Com relação às competências limitadas pela idade, é preciso ter paciência para que o vocabulário de um grupo se adapte a fim de haver um bom desempenho, por exemplo, em uma conversa sobre emoções, em que todos os participantes possam saber nomear e expressar as emoções sentidas, nunca deixando de lado influências externas como família, mídia e a pressão dos pares.

Stone (2007) considera a eficácia do tratamento em grupo com adolescentes dependente de três fatores fundamentais: os participantes, os terapeutas e o contexto em que os encontros acontecem. Os participantes devem ser selecionados cuidadosamente, a fim de se criar um grupo coeso; além disso, devem concordar com os objetivos e a forma do grupo – o que pode ser solucionado por meio de uma entrevista inicial antes dos primeiros encontros. Prover informação sobre o grupo ao realizar um convite também ajuda a esclarecer as metas e evitar que um participante que não concorde se inscreva por desconhecimento. Estabelecer metas específicas, atingíveis e mensuráveis, de forma a permitir que se observe o avanço no decorrer dos

encontros do grupo, é outro fator crucial para o sucesso do tratamento. Objetivos compartilhados pelos participantes e terapeutas dão senso de responsabilidade a todos, promovem avanços e possibilitam que a tarefa de elaborar objetivos seja construtiva para os membros do grupo.

Estabelecer normas e uma agenda, assim como objetivos, também é citado como fator produtivo e estratégia eficaz para estabelecer compromisso entre os participantes, favorecendo a adesão. Além disso, possibilitar o convívio com a diversidade, seja étnica ou mesmo de gênero e cultura, catalisa mudanças e uma dinâmica de convivência no grupo. Tais fatores permitem flexibilizar crenças e pensamentos, como pontos de vista diversos, e demonstrar que não apenas um pode ser válido. Stone (2007) também cita a prática de cooperação entre terapeutas em um grupo, tirando o trabalho solitário de apenas um profissional, como algo produtivo para o grupo. É comum que o grupo tenha fases específicas, de exploração inicial e adesão, manutenção da adesão e exploração de novos repertórios, o que fica evidente quando aumenta a profundidade de sua comunicação.

O uso de assentos em círculo é preferível ao uso de mesas, por exemplo, por estimular a interação e a atenção. Mesmo quando dinâmicas de grupo necessitem de mesas, é recomendado que se retorne ao círculo logo após o término do exercício. Outra recomendação básica é utilizar o método de sequência e revezamento de falas ao redor do círculo, em um padrão, o que contribui para que os participantes inicialmente saibam quando poderão falar e não se sintam ameaçados, embora a conversa espontânea seja recomendada em outras circunstâncias. As regras e os objetivos do grupo também podem ser lidos a cada novo encontro, por um voluntário ou por revezamento, a fim de garantir o foco no início e relembrar as metas estabelecidas (Carrell, 2010). As atividades precisam ser flexíveis às demandas e preferências de cada grupo. Alguns podem ter traços mais infantis ou maduros, e, nesse caso, o recurso mais seguro é ir ao encontro dos interesses individuais, buscando conciliá-los entre as atividades propostas e atentando-se para não impor atividades.

É também preciso “diluir” círculos de amigos que possam facilitar conversas paralelas ou desvio da atenção da sessão, bem como círculos que rivalizam entre si, trazendo, quando necessário, tais questões para discussão

em conjunto e retomando regras e objetivos do grupo. Essas são questões que, em nossa experiência, costumam ocorrer em praticamente todos os grupos de adolescentes, dada a importância dos pares e das interações sociais. A competição saudável pode ser proveitosa e até mesmo estimulada nas atividades, possibilitando debates e estimulando o manejo emocional e comportamental diante da derrota e da vitória. A adesão ao tratamento em grupo é assunto bastante discutido na literatura.

Em Neufeld (2014, 2015), podem ser encontradas diferentes possibilidades de intervenção em TCCG para crianças e adolescentes com foco em grupos de promoção de saúde a partir do ensino de habilidades para a vida (Programa Cognitivo-comportamental de Habilidades de Vida para Crianças e Adolescentes – PRHAVIDA), desenvolvidas em escolas, desde 2009, pelo Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-comportamental da Universidade de São Paulo (LaPICC-USP). As intervenções ocorrem com crianças e adolescentes separadamente. Cabe a este capítulo o foco nas especificidades de manejo de adolescentes nessa modalidade de intervenção, e não sua descrição em pormenores.

QUADRO 7.2 DICAS DE MANEJO DE ADOLESCENTES EM GRUPOS

- Selecionar os participantes do grupo, a fim de criar um grupo coeso.
- Informar os participantes sobre os objetivos e a forma do grupo, buscando sua concordância.
- Traçar metas específicas, tangíveis e mensuráveis.
- Estabelecer normas e agenda, fortalecendo o compromisso entre os participantes e a adesão.
- Retomar as regras e os objetivos a cada novo encontro.
- Possibilitar o convívio com a diversidade – étnica, de gênero e cultural.
- Prover cooperação entre diferentes terapeutas.
- Dispor assentos em círculo, o que é preferível ao uso de mesas.
- Diluir círculos de amigos, bem como círculos que rivalizam.
- Utilizar o método de sequência e revezamento de falas ao redor do círculo, em um padrão.
- Observar as demandas e preferências de cada grupo.
- Buscar ir ao encontro dos interesses individuais, conciliando-os entre as atividades propostas, evitando impor atividades.

TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS ADAPTADAS PARA O TRABALHO COM ADOLESCENTES

Em nosso trabalho, também adaptamos e desenvolvemos estratégias específicas para a intervenção com adolescentes. Uma vez que a psicoeducação das emoções é um componente essencial de qualquer processo terapêutico, utilizamos diferentes técnicas, como o baralho das emoções (Caminha, Soares, & Caminha, 2011), para o aquecimento e reconhecimento inicial; o vulcão da raiva, de Stallard (2004), metáfora utilizada para demonstrar as consequências do acúmulo da raiva e discutir como manejá-la; e o desenho do contorno do corpo dos participantes em papel pardo, para que indiquem quais emoções sentem e seus respectivos locais (Neufeld, 2015).

A utilização de *role-plays* sempre foi um elemento bem recebido em nossos grupos com adolescentes, cujos participantes geralmente pedem para que as atividades envolvam o que chamamos, com eles, de “teatros”. Para trabalhar a noção de direitos humanos, treino de empatia e assertividade, a encenação de diferentes situações para ilustrar conceitos ou adivinhar e comparar comportamentos é quase sempre empregada. Por exemplo, os direitos humanos são discutidos por meio da encenação de um dia comum, passando por café da manhã, hábitos de higiene, escola, necessidade de atendimento médico, respeito ao próximo e brincadeiras que fazem parte de seu cotidiano. Assim, após todos encenarem algumas dessas cenas (em geral cada um faz um personagem do dia), pede-se que indiquem os direitos básicos observados, como o direito das crianças de ir à escola e brincar, em vez de trabalhar, o direito à alimentação e à saúde, etc. O conceito de empatia é trabalhado com a formação de duplas, que encenarão duas vezes uma mesma cena, invertendo-se os papéis na repetição, juntamente com a troca de crachás com seus respectivos nomes. Questiona-se cada participante sobre o que gostaria que fosse feito a ele mesmo, como na situação do falecimento de um animal de estimação – a notícia é dada de maneira brincalhona ou séria, com demonstração de tristeza pelo colega? Assim, os terapeutas podem sugerir situações ou pedir alguns exemplos para o grupo. Nesse sentido, para o treino de assertividade, as situações são encenadas com diferentes reações, e os participantes devem indicar qual foi o tipo de resposta emitida (passiva,

assertiva ou agressiva). Para facilitar a compreensão e memorização desses conceitos, a metáfora do semáforo pode ser utilizada – amarelo para passividade, verde para assertividade e vermelho para agressividade (Neufeld, 2015).

Em nossa experiência com os grupos de adolescentes, as ausências também são costumeiras, mas, muitas vezes, se devem a fatores externos, como o cotidiano de cada participante. Foi preciso desenvolver estratégias para garantir a frequência nas sessões, sendo uma delas lembretes semanais presenciais do terapeuta na escola, motivação durante as sessões, entrega de um certificado para quem concluir o grupo dentro do número de faltas máximas estabelecidas e uma confraternização final. Nesse dia, todos ficam encarregados de levar alguma comida ou bebida, e uma lembrança é entregue a todos os membros em forma de “sacolinha surpresa”, contendo adesivos ou marcadores de livro com o personagem do grupo e ainda alguns doces, como balas e chocolates. Segundo Lock (2005), a estratégia de contatos mais frequentes e pontuais ao longo da semana também se mostra eficaz para a adesão à tarefa de casa e a presença na psicoterapia individual.

Na atualidade, a tecnologia também vem desempenhando um importante papel na vida das pessoas, sobretudo na dos adolescentes, e se mostrando um riquíssimo recurso terapêutico. Rossi (2015) ressalta que profissionais da saúde mental estão cada vez mais empenhados em encontrar formas para que o processo terapêutico seja mais criativo e eficiente nessa faixa etária. Ao utilizar recursos tecnológicos em TCC com adolescentes, o terapeuta pode acessar esquemas cognitivos, emocionais e comportamentais mais facilmente, motivando e aumentando a possibilidade de memorização da sessão, bem como a consequente generalização dos conceitos aprendidos (Anderson, Jacobs, & Rothbaum, 2004). Assim como no caso de adultos, a TCC com adolescentes busca identificar, avaliar, flexibilizar e modificar crenças que podem ser disfuncionais. Há uma diversidade de aplicativos disponibilizados que contribuem de forma intensa no atendimento com jovens.

Para os primeiros contatos e o auxílio ao acesso de informações acerca da história de vida do paciente, podem ser utilizadas várias atividades a fim de “quebrar o gelo” inicial. A “Minha vida em um livro” (Castro & Sturmer, 2009) é uma proposta de estratégia terapêutica utilizada para acessar

informações importantes em conjunto com o adolescente, facilitando, por consequência, o vínculo terapêutico. O paciente é convidado a transformar sua história de vida em uma narrativa na terceira pessoa. Juntamente com o terapeuta, ele escolhe algumas informações principais e fictícias, como, por exemplo, ano da história, local, personagens e seus respectivos nomes e características. Partindo desses dados, o terapeuta auxilia o “empréstimo” da história de vida do paciente aos personagens nomeados, e ambos desenvolvem o enredo em conjunto. Isso pode ser trabalhado em formato de livro, com prólogo, capítulos e até mesmo uma capa que possa representá-lo.

O jogo “Túnel do Tempo”, criado por Arenales-Loli (2011), também atua nesse sentido. É um jogo de tabuleiro que pode ser utilizado individualmente ou em grupo, contendo questões de três períodos da vida do paciente (passado, presente e futuro). Assim, evocam-se fatos vivenciados no passado, reestruturando sua história de vida no momento atual e situando-a com relação a seu futuro. O principal objetivo é encorajar o adolescente a abordar diversos assuntos, facilitando a interação.

“Conversinha Teens”, desenvolvido por Moura (2010), consiste em um jogo terapêutico muito simples, com o objetivo de facilitar e aprimorar o vínculo terapêutico. Uma pilha de cartões com perguntas voltadas para baixo é disposta, e cada participante escolhe um cartão, que deve ser lido e ter sua questão respondida pelo adolescente, pelo terapeuta ou por ambos. Algumas das perguntas foram propositadamente formuladas para introduzir o adolescente na linguagem e nos assuntos de interesse da psicoterapia ou acrescidas como sugestão pelo terapeuta sobre assuntos mais específicos e pertinentes à necessidade do jovem. Da mesma forma, o jogo “Novo Puxa Conversa”, elaborado por Tadeu (2012), utiliza-se de cartas para conhecer o paciente, mas qualquer uma pode ser pega para iniciar uma conversa.

A “Roleta dos Sentimentos”, comercializada desde 2014 por MSimeão Serviços em Psicologia Ltda., é uma ferramenta que visa auxiliar o trabalho do psicólogo, favorecendo a expressão emocional, a reflexão e o autoconhecimento a partir de indicações de sentimentos, estados e comportamento. O objetivo é facilitar o compartilhamento de expressões emocionais e aumentar o repertório dos jovens acerca de seus sentimentos.

O aplicativo de celular chamado “COGNI”, comercializado por Spotwish (2014), auxilia no registro de pensamentos disfuncionais (RPD). O dispositivo gera uma sequência de registros diários das emoções, situações, pensamentos e comportamentos indicados no RPD, produzindo um histórico do estado de humor e dos pensamentos, que deve ser enviado ao terapeuta por *e-mail* ao fim da semana. Entre alguns dos benefícios ao adolescente está a praticidade de seu uso, como a facilidade em efetuar os registros do gráfico de humor e produzir o histórico. Assim, os registros começam a revelar padrões de comportamento que o adolescente e seu terapeuta podem identificar e trabalhar.

Por meio do instrumento “Sou, não sou”, desenvolvido por Moura (2013), é possível auxiliar de forma lúdica o jovem a estabelecer objetivos e metas para o processo terapêutico. O instrumento conta com 260 cartões contendo características pessoais que devem ser divididos em blocos, pelo adolescente, da seguinte forma: “Eu sou”, “Não gostaria de ser”, “Eu não sou” e “Eu gostaria de ser”. Essa ferramenta auxilia no processo de autoconhecimento e configura-se como um recurso riquíssimo para acessar a identificação de suas crenças pessoais e distorções cognitivas. Como sugestão, uma “tempestade de ideias” pode ser realizada a fim de levantar possíveis soluções para problemas. Após ter selecionado suas cartas de “Eu sou”, o jovem recebe um bloco de anotações autoadesivo (*Post-it*) e é solicitado a escolher qual das ideias sobre si mesmo considera mais forte. A medição no termômetro de intensidade e frequência é indicada para registro e verificação posterior da crença. Escreve-se em uma lousa ou quadro branco a ideia escolhida, e então o adolescente registra no bloco de anotações as evidências que o fazem acreditar nela. Logo após, ele deve fixar os lembretes no quadro o máximo que puder. Como exemplo, podemos citar “preguiçoso” como a ideia de *self* do adolescente, em uma intensidade “forte” e com a frequência “sempre”. Na “tempestade de ideias”, as evidências a favor da crença são levantadas, como, por exemplo, “estou sempre atrasado”, “faço as coisas de qualquer jeito”, “todos dizem isso”, “gosto de ficar na cama”. Dessa forma, iniciam-se a técnica de descoberta guiada e a posterior reestruturação cognitiva.

O “Jogo do Eu”, concebido por Silva (2012), propõe uma técnica diferente por se tratar de um livro que tem suas páginas soltas, permitindo criar

diferentes dinâmicas para que o leitor possa interagir com os textos, de forma envolvente e divertida, proporcionando vivências de autoconhecimento. Como sugestão para adaptação, pode-se usar essa técnica propondo ao adolescente que crie o seu próprio livro de páginas soltas. Para tanto, ele pode utilizar fatos relacionados à problemática pessoal que o ajudarão a construir soluções criativas, beneficiando-se novamente da técnica de “tempestade de ideias”. Utilizando o papel autoadesivo para descrever sua percepção da problemática, o jogo permite a sinalização de suas crenças de forma criativa, contribuindo com a construção da conceitualização cognitiva.

Ainda com foco na conceitualização cognitiva, Rodrigues e Neufeld (2016) publicaram o baralho de histórias que visa auxiliar o terapeuta no levantamento de dados para a conceitualização e pode ser utilizado tanto com crianças como com adolescentes. A ideia da ferramenta é tanto auxiliar na identificação de situações, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos como oferecer à dupla terapêutica uma estrutura para a conceitualização cognitiva.

O presente capítulo não visa esgotar as técnicas ou estratégias que podem ser empreendidas, mas tão somente apresentar algumas ideias para que o terapeuta possa se lançar na difícil, mas recompensadora, tarefa de mergulhar no universo adolescente. Dessa forma, pode-se contribuir consideravelmente para o atendimento do jovem, motivando sua participação efetiva na terapia. Ao se beneficiar de todos os materiais existentes, o profissional deve estar atento aos sinais de interesse que o adolescente emite, de forma a propor a técnica que lhe seja interessante, bem como aproveitar para construir, com ele, uma nova proposta, capaz de beneficiar outros.

QUADRO 7.3 DICAS DE TÉCNICAS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS NO TRABALHO COM ADOLESCENTES

- Aplicar técnicas de psicoeducação para emoções, como baralho das emoções, vulcão da raiva e desenho do contorno do corpo dos participantes em papel pardo.
- Usar *role-plays*.
- Desenvolver estratégias para garantir a frequência nas sessões, como lembretes semanais, motivação, entrega de certificado na conclusão, entre outras.
- Utilizar recursos tecnológicos para motivar a participação e aumentar a memorização da sessão.

- Desenvolver atividades e jogos para “quebrar o gelo”, como A “Minha vida em um livro”, “Túnel do Tempo”, “Conversinha Teens”, “Roleta dos Sentimentos”, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto neste livro acerca das características da adolescência, ficam evidentes a complexidade dessa fase desenvolvimental e a necessidade de adaptações em intervenções e tratamentos psicológicos. Essa adequação também deve se refletir no terapeuta ou profissional da saúde, uma vez que o trabalho com os jovens exigirá uma postura empática, validativa e colaborativa, além da disposição para adentrar no universo adolescente de forma genuína, objetivando um bom vínculo terapêutico e motivação por parte do paciente. A família e a escola são sistemas que sempre acompanharão as intervenções com adolescentes, dado o papel que exercem em suas vidas.

A adolescência ainda é uma fase permeada por mitos e incompreensões. No entanto, não queremos insinuar com isso que as ideias sobre esse período sejam totalmente imprecisas. A percepção que se generaliza está embasada em evidências, porém a experiência clínica e de pesquisa sugere a existência de supergeneralizações importantes, que podem atrapalhar a vinculação e a oferta de um tratamento psicoterápico adequado aos indivíduos nessa etapa do desenvolvimento. Isso não significa, no entanto, que os problemas específicos e decorrentes da adolescência devam ser tidos como “apenas uma fase”.

O processo terapêutico deve ocorrer percebendo-se comportamentos ou problemas que não diminuem com o passar do tempo e, obviamente, atentando para os prejuízos decorrentes, a fim de que a intervenção foque no que pode não ser apenas uma característica da fase. Assim, para um tratamento efetivo, o terapeuta deve ter um bom conhecimento acerca das características do período, bem como da flexibilização e adequação de técnicas e instrumentos. Apesar do progresso na área, muitas questões sobre como os tratamentos funcionam e qual a extensão dos resultados de pesquisa para a prática permanecem sem resposta (Kazdin, 2003), demonstrando o quão pouco ainda sabemos sobre a eficácia das intervenções e o quanto a

pesquisa ainda deve melhorar em termos de metodologia e foco de estudo. Como no trabalho com outras populações, devemos sempre buscar a atualização e o aperfeiçoamento no campo de trabalho.

REFERÊNCIAS

- Anderson, P., Jacobs, C., & Rothbaum, B. O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 253-267.
- Arenales-Loli, M. S. (2011). *Túnel do tempo: Um jogo lúdico no processo interativo entre profissionais e adolescentes/pré-adolescentes*. Assis: Triunfal.
- Bailey, V. (2001). Cognitive-behavioral therapies for children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 224-232.
- Brown, C. S., Alabi, B. O., Huynh, V. W., & Masten, C. L. (2011). Ethnicity and gender in late childhood and early adolescence: Group identity and awareness of bias. *Developmental Psychology*, 47(2), 463-471.
- Caminha, M. G., Soares, T., & Caminha, R. M. (2011). Conceitualização cognitiva na infância. In B. Rangé, *Terapia cognitivo-comportamental: Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Carrell, S. (2010). *Group exercise for adolescents: A manual for therapists, school counselors, and spiritual leaders* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.
- Castro, M. G. K., & Sturmer, A. (2009). *Crianças e adolescentes em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Christner, R. W., Stewart, J., & Freeman, A. (2007). An introduction to cognitive-behavior group therapy with youth. In R. W. Christner, J. Stewart, A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems* (Vol. 1, pp. 3-22). New York: Routledge.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (4. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Donnellan, D., Murray, C., & Harrioson, J. (2012). An investigation into adolescent's experience of cognitive behavioural therapy within a child and adolescent mental health service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 199-213.
- Elkind, D. (1984). *All grown up and no place to go: Teenagers in crisis*. Reading: Addison-Wesley.
- Elkind, D. (1998). Behavior disorders: A postmodern perspective. *Behavioral Disorders*, 23(3), 153-159.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). Situação mundial da infância 2011: Adolescência: Uma fase de oportunidades. New York: UNICEF.
- Hill, P. L., Duggan, P. M., & Lapsley, D. K. (2011). Subjective invulnerability, risk behavior, and adjustment in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 32(4), 489-501.

- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kendall, P. C. (2011). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive behavioral procedures* (3rd ed., vol. 1, pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Lock, J. (2005). Adjusting cognitive behavior therapy for adolescents with bulimia nervosa: results of case series. *American Journal of Psychotherapy*, 59(3), 267-281.
- Mohanan, K. C., & Steinberg, L. (2011). Accentuation of individual differences in social competence during the transition to adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 576-585.
- Moura, C. B. (2010). *Conversinha Teens: Jogo terapêutico para adolescentes*. São Paulo: Terapia Criativa.
- Moura, C. B. (2013). *Jogo sou não sou: Autoconhecimento para crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Terapia Criativa.
- Nascimento, A. M. T., & Menezes, J. A. (2013). Intimidações na adolescência: Expressões da violência entre pares na cultura escolar. *Psicologia Social*, 25(1), 142-151.
- Neufeld, C. B. (Org.). (2014). *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos em grupos*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Neufeld, C. B. (Org.). (2015). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, M., & Neufeld, C. B. (2016). *Baralho de histórias: Instrumento para conceitualização e intervenção cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Rossi, M. L. (2015). *Jogo terapêutico computadorizado na terapia com crianças* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina).
- Silva, R. D. (2012). *O jogo do eu* (2. ed.). São Paulo: Matrix.
- Spotwish. (2014). *Cogni*. Recuperado de: <https://itunes.apple.com/br/app/cogni/id902479424?mt=8>
- Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos – bons sentimentos: Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Steinberg, L., & Scott, E. S. (2003). Less guilty by reason of adolescence: Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *American Psychologist*, 58(12), 1009-1018.
- Stone, M. H. (2007). CBT group treatment with children and adolescents: What makes for effective group therapy? In R. W. Christner, J. Stewart, A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems* (Vol. 2, pp. 23-38). New York: Routledge.
- Syed, M., & Seiffge-Krenke, I. (2012). Personality development from adolescence to emerging adulthood: Linking trajectories of ego development to the family context and identity formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(2), 371-384.
- Tadeu, P. (2012). *Novo puxa conversa: 100 perguntas para trocar ideias*. São Paulo: Urbana.

LEITURAS RECOMENDADAS

Lima, R. G. L. (2014). *Aplicação smartphone para auto-monitorização nas perturbações de ansiedade com crianças e adolescentes* (Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Mestrado Integrado em Psicologia).

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Desenvolvimento humano* (10. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Raphael, M. (2014). *Roleta dos sentimentos*. Recuperado de <https://itunes.apple.com/nz/app/roleta-dos-sentimentos/id777243666?mt=8>



PARTE II

ASPECTOS TRANSDIAGNÓSTICOS



USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

LAISA MARCORELA ANDREOLI SARTES
RENATA BRASIL ARAUJO

USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase de mudanças diversas, tanto físicas quanto psicológicas e emocionais. Nesse período do desenvolvimento, o indivíduo precisa tomar atitudes e realizar tarefas para passar da infância para a fase adulta, as quais envolvem a busca pela identidade sexual, social e psíquica (Steinberg, 1996). Além disso, a busca pela independência favorece a redução do papel principal da família na formação das opiniões do adolescente e abre espaço para grande influência dos amigos e do grupo social de pertencimento. As mudanças físicas também levam ao surgimento de dúvidas e inseguranças quanto à sexualidade, o que reforça a necessidade do jovem de pertencer a um grupo – e ele, para tanto, tende a seguir o comportamento grupal no processo de obtenção de identidade. Embora existam muitos conceitos diferentes sobre a adolescência, Saito (2000) destaca que a principal tarefa do adolescente é a construção da identidade própria, de sua imagem e de seu papel social.

Para Scivoletto (2011), embora existam diferenças culturais, a aquisição da capacidade reprodutora na adolescência, especialmente na puberdade, tem um significado social. Hoje, para além dessa capacidade, o jovem sofre ainda a pressão social de que, para entrar no mundo adulto, é preciso ser capaz de guiar a própria vida e obter o sustento financeiro. A adolescência pode ser vista, portanto, como uma etapa difícil. Além das mudanças psicológicas e sociais, a fase inicial desse período, a puberdade, ainda promove mudanças neuropsicológicas. O sistema nervoso central começa a produzir neuro-hormônios que determinam as mudanças físicas, refletindo em alterações psíquicas e comportamentais. Sabe-se, no entanto, que essas alterações

também sofrem influência ambiental. A partir de uma das fases identificadas por Piaget como operacional concreta, que se dá por volta dos 10 anos, um pouco antes ou bem no início da puberdade, a cognição da criança torna-se gradativamente mais abstrata; é nessa etapa que são apreciadas, por exemplo, maiores capacidades de generalização e de síntese. Desse modo, na adolescência, o indivíduo já é capaz de fazer relações e conexões com outros conhecimentos, bem como processar as informações de modo mais complexo. Enquanto uma criança acredita no que lhe é dito, o adolescente já é capaz de identificar lacunas e refletir sobre o que está ouvindo.

Nessa fase, a curiosidade e a força do grupo culminam na oportunidade de experimentar coisas novas, ter novas experiências, o que, adicionado à busca por independência e identidade, pode tornar o adolescente vulnerável, já que os conflitos típicos desse período dificultam sua capacidade de escolha entre os diferentes motivos para uma ação, como a de usar drogas (Kaminer, 1994).

A primeira e a segunda fase da adolescência são as épocas mais comuns para a experimentação de substâncias de abuso (Sloboda & David, 1997), e isso tem acontecido cada vez mais cedo. Em um estudo recente no Brasil, o qual envolveu 74.589 adolescentes, 24,1% informaram ter iniciado o consumo de vodka, cerveja, rum ou tequila antes dos 12 anos de idade, e essa proporção é maior entre jovens do sexo masculino. Além disso, dois terços deles haviam consumido álcool no último mês (Coutinho et al., 2016). Cinco levantamentos com estudantes brasileiros dos ensinos fundamental e médio, realizados entre 1987 e 2004, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), mostraram que as drogas mais consumidas entre os adolescentes são o álcool e o tabaco (Galduróz, Fonseca, Noto, & Carlini, 2004). Em 2004, na faixa dos 10 aos 12 anos, 41,2% já haviam consumido álcool na vida; 7%, tabaco; 9,9%, inalantes; 0,6%, *Cannabis*; e 0,5%, cocaína. Na faixa dos 13 aos 15 anos, 69,5% já haviam consumido álcool; 24,7% relataram já ter consumido tabaco; 16,9%, inalantes; e 3,9%, *Cannabis*. Já dos 16 aos 18 anos, mais de 80% haviam consumido álcool; 39,7%, tabaco; e 11,2%, *Cannabis*. Nota-se, portanto, que a porcentagem de consumo na vida das substâncias aumenta com o passar dos anos. Porém, é necessário destacar que o início é bastante precoce, especialmente do uso das drogas lícitas.

A precocidade do uso de álcool e outras drogas aumenta seu potencial de risco de lesões não intencionais, acidentes de carro, comportamentos sexuais de risco, comprometimento cognitivo (Paavola, Vartiainen, & Haukkala, 2004) e atraso no desenvolvimento (Kandel, Yamaguchi, & Chen, 1992). Porém, apesar de a experimentação de drogas ser comum na adolescência, nem sempre acarretará no desenvolvimento de problemas significativos (Tarter, 1990). É necessário ter em mente que a grande maioria dos jovens não irá avançar para padrões de uso de drogas mais pesados, ainda que uma parte deles possa iniciar um consumo habitual e arriscado, subsequentemente começando a apresentar problemas decorrentes do uso. O nível e a gravidade do uso de drogas são influenciados por uma inter-relação complexa de variáveis chamada de fatores de risco e proteção.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO DO USO DE DROGAS

Os modelos teóricos sobre o uso de substâncias em adolescentes fornecem um quadro para a compreensão de fatores de risco e proteção. O conhecimento desses fatores pode ajudar o clínico na avaliação do adolescente individualmente. São vários os fatores de risco e proteção do uso de drogas, como atributos individuais e familiares e o meio sociocultural (Kodjo & Klein, 2002). Para a compreensão do desenvolvimento do abuso de drogas, é necessário levar em conta e balancear o conjunto de quais desses aspectos estão presentes na vida do adolescente e podem coibir o desenvolvimento da dependência de drogas, bem como o conjunto de fatores que aumenta tal risco.

De modo mais amplo, fatores de risco podem ser compreendidos como características pessoais e sociais que tornam o indivíduo mais vulnerável ao envolvimento com comportamentos de risco, entre eles o de usar drogas (Albertani, Scivoletto, & Zemel, 2004). Vale ponderar que nem sempre esses aspectos são individuais para que possam ser tratados ou trabalhados em um contexto psicoterápico. Podem ser características do seu meio microssocial ou ainda mais amplos, como condições socioculturais e estruturais (Zweig, Philips, & Lindberg, 2002).

Em contrapartida, muitos estudos, hoje, tendem a focar nos fatores de proteção, ou seja, naquele conjunto de características que agem para contrabalancear as vulnerabilidades do indivíduo, reduzindo as chances do envolvimento em comportamentos de risco (Albertani et al., 2004). Os fatores de proteção atuam no sentido de minimizar os fatores de risco. Sob a ótica da resiliência, alguns estudos enfatizam os elementos positivos que ajudam os indivíduos a superar as adversidades da vida.

Do ponto de vista do desenvolvimento individual, Sloboda, Glantz e Tarter (2012) buscaram sintetizar os resultados de diversos estudos que tratavam dos fatores de risco para o uso de drogas nas diferentes fases do desenvolvimento. No que se refere ao início e meio da adolescência, os autores identificaram como fatores de risco individual o transtorno da conduta, o uso precoce de substâncias, a rebeldia e baixas aspirações na vida. Como fatores de risco provenientes do contexto familiar, foram relatados:

- 1** ter mãe pouco afetiva
- 2** modelo dos pais que também são usuários
- 3** educação permissiva
- 4** pouco afeto dos pais
- 5** disciplina severa
- 6** tolerância ao uso de substâncias
- 7** monitoramento inadequado

Fatores advindos do contexto escolar e dos pares também foram descritos, entre eles o fracasso escolar, a rejeição dos pares, o baixo comprometimento da escola, pares desviantes e usuários de substâncias. Já entre os aspectos relacionados ao bairro e à comunidade, os autores identificaram a tolerância do uso de substâncias e a acessibilidade/disponibilidade de drogas. Na fase final da adolescência e no início da idade adulta, os fatores individuais identificados na literatura foram falta de compromisso com papéis da vida adulta e atitudes antissociais. Na etapa final, sair de casa aparece como um fator do contexto familiar, e convívio com pares desviantes como um aspecto relacionado a escola e pares. Os fatores de risco relacionados ao bairro e à comunidade foram os mesmos da primeira fase da adolescência. Observa-se, portanto, que, estruturalmente, os fatores de risco não são estáticos, mas

podem variar ao longo do tempo. Esses mesmos dados foram descritos no Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, elaborado pela United Nations Office on Drugs and Crime ([UNODC], 2015).

No Brasil, Schenker e Minayo (2005) descreveram os fatores de risco e proteção identificados em 67 estudos e obtiveram resultados que se aproximam daqueles descritos por Sloboda e colaboradores (2012). Foram identificados como predominantes os seguintes fatores:

- 1** atitude positiva da família em relação ao uso de drogas
- 2** envolvimento grupal, quando os amigos são como um modelo e aprovam o uso
- 3** ambiente escolar como local onde ocorrem as relações cotidianas e também quando há falta de motivação para as atividades escolares
- 4** disponibilidade de drogas na comunidade

Adicionalmente, as autoras relatam o papel da mídia na propaganda de drogas lícitas, associando seu uso a momentos de prazer, bem como os efeitos cumulativos das substâncias e sua relação com a vulnerabilidade, que associa ao aumento dos fatores de risco a intensidade do uso, a toxicidade da droga e as características individuais e ambientais. Schenker e Minayo (2005) ressaltam que o entendimento de risco no uso de drogas para profissionais da saúde que trabalham com adolescentes deve ir além daquele proposto em epidemiologia, ou seja, aquele que tem apenas consequências negativas. É necessário compreender que quem usa substâncias, principalmente no início, o faz em busca de prazer, e não de dor. Como consequência, os indivíduos correm o risco de se tornar abusadores ou dependentes e de apresentar prejuízos nas diferentes fases do desenvolvimento, em diversos setores da vida. Essa compreensão mais ampla pode auxiliar os profissionais na concepção das abordagens com adolescentes, com vistas tanto à prevenção quanto ao tratamento.

Do ponto de vista dos fatores individuais – e que afeta diretamente profissionais que visam a prevenção e o tratamento dessa população –, é preciso levar em consideração a potencial presença de psicopatologias. As doenças mentais são reconhecidas como um forte fator de risco para o uso de drogas, independentemente da idade. Os estudos mostram que há uma relação

causal de via dupla, com a presença do transtorno tanto antes como depois do abuso de substâncias (Alati et al., 2008; Kessler, 2004). De acordo com Sloboda e colaboradores (2012), entre a variedade de teorias que buscam explicar a relação entre as psicopatologias e o uso de drogas, podem-se citar:

- 1** a hipótese da automedicação
- 2** a ideia de que há fatores comuns que influenciam o surgimento de ambas as condições
- 3** a hipótese de que pessoas com comorbidades têm maior chance de recaídas no uso de substâncias
- 4** a ideia de que o uso de substâncias agrava o transtorno mental

Destaca-se, portanto, que é fundamental para o clínico que trabalha com adolescentes usuários de substâncias realizar uma avaliação completa, que vise avaliar a presença de comorbidades psiquiátricas. O uso de drogas pode dissimular os sintomas psicopatológicos para mais ou para menos, e o diagnóstico diferencial tornar-se difícil. Por essa razão, recomenda-se que, após a retirada da substância, ou seja, durante a abstinência, os sintomas sejam reavaliados.

Alguns fatores podem ter um papel duplo. Relacionamentos significativos com pares e com familiares podem ser tanto fatores de risco como de proteção. Estudos têm indicado que a família desempenha um papel fundamental no uso de substâncias psicoativas durante a infância, não só no seu início, mas também na progressão para padrões mais pesados, como o abuso e a dependência (Velleman & Templeton, 2007; Velleman, Templeton, & Copello, 2005). Por isso, esse aspecto tem sido alvo de interesse de muitos pesquisadores (Lilja, Larsson, Wilhelmsen, & Hamilton, 2003; Poikolainen, 2002; Rees, 2005). Para Albertani e colaboradores (2004), é função da família proporcionar que a criança aprenda a lidar com limites e frustrações. Regras claras ajudam a manter crianças e adolescentes seguros e conscientes do que devem fazer para agradar aos pais. Nesse sentido, na ausência de regras claras, o adolescente torna-se inseguro e, conforme as busca externamente e testa seus próprios limites, depara-se com frustrações. As drogas, para as referidas autoras, agem nesses casos como uma solução mágica, já que fazem desaparecer, ao menos momentaneamente, as sensações

ruins. Obviamente, o conflito familiar, tanto com o adolescente quanto entre os pais, também aparece como um dos fatores de risco e que precisa ser trabalhado em um contexto clínico. Para exemplificar o discutido pelas autoras, citamos um estudo realizado com 2.410 estudantes dos ensinos médio e fundamental, em Pelotas (RS), no qual a prevalência do uso de drogas (exceto álcool e tabaco) no último ano havia sido de 17,1%. O uso de substâncias estava associado a separação dos pais, relacionamento ruim ou péssimo com o pai e com a mãe, presença em casa de familiar usuário de drogas, ter pai liberal, ter sofrido maus-tratos, ter sido assaltado ou roubado no ano anterior e ausência de prática religiosa (Tavares, Béria, & Lima, 2004). Nesse estudo, os autores concluem que os problemas familiares têm grande associação com o uso de drogas dos filhos.

Além desses aspectos, no relacionamento familiar, uma das variáveis de interesse é o apego, definido classicamente por Bowlby (1969) como a ligação emocional que a criança desenvolve com os cuidadores e que fornece a segurança emocional essencial para o bom desenvolvimento da personalidade. O apego é considerado, hoje, como um dos maiores fatores de risco ou de proteção ao uso de drogas na adolescência. Uma revisão de literatura que avaliou estudos dos últimos 30 anos sobre o tema concluiu que o apego seguro ou maior apego entre pais e filhos atua como fator de proteção ao uso de substâncias. Os autores identificaram, porém, que outras variáveis podem condicionar a influência do apego entre pais e filhos no consumo de drogas da prole. Foram destacadas nos estudos variáveis individuais, como sexo, idade e autoestima, bem como a influência de outras fontes de apego, como a relação com os pares e suas circunstâncias (Iglesias, Fernández del Río, Calafat, & Fernández-Hermida, 2014).

Como citado anteriormente, a relação com os pares parece ter papel fundamental como fator de risco e proteção, uma vez que, na adolescência, o grupo representa um modelo de comportamento. Os pares agem como fatores de risco quando também são usuários ou mostram aprovação com relação ao uso. Um estudo realizado com 1.778 estudantes tailandeses mostrou que ter amigos que usavam drogas e amigos com comportamentos delinquentes aumentava o risco do uso de álcool e drogas ilícitas em mais de seis vezes (Wongtongkam, Ward, Day, & Winefield, 2014). Porém, como destacam

Schenker e Minayo (2005), essa relação não pode ser vista de maneira simplista, em que o adolescente teria um papel passivo. Deve-se considerar que há uma sintonia entre os amigos, ou seja, as pessoas procuram construir amizades com indivíduos que apresentam desejos e pensamentos semelhantes. Além disso, o comportamento do consumo de drogas será influenciado pelas diversas outras variáveis individuais, familiares e sociais já comentadas.

Um aspecto que tem sido destacado como fator de proteção ao uso de drogas em adolescentes é a religiosidade/espiritualidade. No estudo com adolescentes tailandeses já referido, aproximadamente 40 a 60% dos alunos com níveis elevados de crença moral, participação em atividades religiosas e habilidades sociais eram menos propensos a usar álcool (Wongtongkam et al., 2014). Uma revisão que incluiu estudos sobre religiosidade, espiritualidade e consumo de drogas publicados entre 1976 e 2006 encontrou evidências de que diferentes formas de envolvimento religioso podem afetar o consumo de substâncias. Especificamente, aquelas pessoas que frequentam com regularidade um culto religioso, dão importância relevante para sua crença religiosa ou de fato praticam propostas religiosas no dia a dia apresentavam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Além disso, os dependentes químicos em tratamento que utilizava abordagem espiritual apresentaram maior índice de recuperação do que aqueles submetidos a um tratamento puramente médico (Sanchez & Nappo, 2007). Um estudo conduzido no Brasil com adolescentes em situação de risco apontou que um dos fatores que diferenciava usuários de não usuários era o envolvimento do indivíduo e da sua família com a religiosidade (Sanchez & Nappo, 2005). Os fatores de religiosidade têm sido discutidos inclusive do ponto de saúde pública. O assunto também despertou, recentemente, grande interesse entre clínicos e pesquisadores, que visam compreender de que maneira e até que ponto a religiosidade pode ser benéfica ou não para a saúde física e mental.

Ainda no campo individual, Albertani e colaboradores (2004) descrevem fatores de proteção que podem ser trabalhados em um contexto clínico:

- 1** as habilidades sociais e de resolução de problemas
- 2** a cooperação

3 os vínculos positivos

4 a autonomia

5 a autoestima

Em contrapartida, os fatores individuais de risco incluiriam:

1 insegurança

2 insatisfação com a vida

3 sintomas depressivos

4 curiosidade

5 busca de prazer

Especificamente sobre as habilidades sociais, vale destacar sua relevância e importância na questão do uso de drogas. A insuficiência de habilidades sociais pode ser fonte de conflitos interpessoais e, por consequência, constituir um fator de risco para diversos problemas, como o uso de drogas (Aliane, Lourenço, & Ronzani, 2006). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é um espaço em que tais habilidades podem ser desenvolvidas e aprendidas. Já as habilidades sociais podem ser aprendidas em outros contextos, visando desenvolver nas crianças e adolescentes comportamentos mais adaptativos.

O contexto escolar foi apontado anteriormente como um ambiente que pode atuar tanto como fator de risco quanto como promotor de apoio ao não uso de drogas. Albertani e colaboradores (2004) apontam que a escola pode funcionar como proteção na medida em que promove um bom desempenho escolar, boa inserção e adaptação no ambiente estudantil, ligações fortes com a instituição, oportunidades de participação e decisão, vínculos afetivos com professores e colegas, realização pessoal, possibilidade de desafios e expansão da mente, descoberta de possibilidades pessoais, obtenção de prazer em aprender e possibilidade de descoberta e construção de um projeto de vida. Assim, a escola torna-se um local de grandes possibilidades, especialmente para aqueles profissionais que visam desenvolver trabalhos pautados na prevenção.

Outros fatores são descritos na literatura, como fatores neurobiológicos, genéticos e inerentes à substância de preferência e ao contexto de uso. Contudo, estão para além do escopo deste capítulo e, portanto, não foram

tratados aqui. Conhecer todos esses fatores, tanto os incluídos quanto os excluídos neste capítulo, bem como seu impacto nas diferentes fases da vida, pode auxiliar no planejamento de ações de prevenção e no tratamento.

PREVENÇÃO

Quando pensamos em prevenção ao uso de drogas, nos remetemos a pelo menos três tipos de prevenção. A prevenção primária é aquela que deve ser dirigida a pessoas que nunca experimentaram substâncias ou que fazem uso de baixo risco. Muito adequada para jovens adolescentes, visa manter o comportamento de não uso ou baixo risco e informar sobre o consumo. A prevenção secundária é apropriada para os indivíduos que já iniciaram o consumo e se encontram em um padrão de uso considerado de risco, ou seja, já fazem um consumo associado a algumas consequências, mas ainda não estão dependentes. A prevenção terciária, por sua vez, é voltada para aqueles já dependentes e visa interromper ou reduzir a chance de progressão da gravidade. Os adolescentes podem estar em qualquer um desses padrões de consumo, de forma que o tipo de prevenção deverá se adequar à avaliação realizada previamente pelo profissional. As intervenções preventivas com adolescentes podem se dar em contextos de saúde, clínicos, na escola, de modo individual ou coletivo. No que se refere ao modo individual, uma das estratégias mais difundidas é a utilização da intervenção breve (IB), que será mais bem explicada posteriormente neste capítulo. Trata-se de uma estratégia baseada na TCC, focada na mudança de comportamento de usar drogas, com elementos motivacionais e que pode ser realizada em apenas uma sessão. Um estudo realizado no Brasil com 99 adolescentes que buscaram tratamento em um serviço ambulatorial específico para essa população comparou o consumo de drogas entre aqueles que receberam a IB e os que receberam apenas orientação preventiva. Os autores observaram que o grupo que recebeu IB teve significativamente maior redução do consumo de álcool e outras drogas após seis meses (De Micheli, Fisberg, & Formigoni, 2004).

Para Kodjo e Klein (2002), quando pensamos em intervenções com foco na prevenção primária ao uso de drogas, uma das ações possíveis é trabalhar com as famílias e as comunidades, de forma que as crianças aprendam a ser

mais objetivas e perspicazes, bem como a manter sintonia com suas culturas e crenças. Os pais também podem ser encorajados a estabelecer limites claros, monitorar comportamentos de seus adolescentes, ser bons modelos e proporcionar um ambiente de amor e de suporte. No contexto psicoterapêutico, a terapia familiar de base cognitivo-comportamental tem se mostrado efetiva para o tratamento de adolescentes e adultos, tendo como foco a identificação e mudança do sistema familiar que mantém o consumo de drogas (Silva, 2011)

O contexto escolar pode ser um importante aliado para projetos de prevenção ao uso de substâncias. Segundo Albertani (2011), ações de prevenção nas escolas devem pautar-se em três eixos:

- 1** a estrutura da escola
- 2** as ações implícitas
- 3** as ações explícitas

Na estrutura da escola, deve-se levar em conta a cultura e o projeto pedagógico da escola, já que ela pode ser mais autoritária, democrática, acolhedora ou formalista, por exemplo. A autora cita, entre os fatores favoráveis à proteção na instituição, o clima acolhedor e afetivo, altas expectativas pelos educadores, parâmetros de comportamento claros e consistentes, participação e envolvimento dos jovens nas tarefas e decisões institucionais, bem como desenvolvimento de ensino de qualidade. Entre as ações implícitas, estão aquelas voltadas para a construção de uma vida autônoma, ou seja, que focam no desenvolvimento da capacidade de fazer escolhas responsáveis, tornando-se ações preventivas implícitas. Como exemplo, tais ações visam o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões; fortalecer a autoestima, a habilidade de resolver problemas e a capacidade de reflexão; construir um projeto de vida; e capacitar os jovens a manejar suas emoções. Todas essas habilidades também devem ser observadas em um contexto clínico. Já as ações explícitas teriam como foco explicar sobre o uso de drogas, a realidade e os riscos. Como exemplos, a autora cita ações que visem a desmistificação do uso e dos usuários, bem como informar sobre as substâncias, os padrões de consumo, as formas de redução de danos, entre outros.

Apesar de, neste capítulo, salientarmos as estratégias preventivas quanto ao uso de substâncias psicoativas por adolescentes, não podemos deixar de abordar aqueles casos nos quais o problema já está instalado, exigindo medidas específicas do profissional que atende o caso.

TRATAMENTO

Para um efetivo tratamento de pacientes dependentes químicos, um ponto a ser analisado é a avaliação de seu uso de substâncias psicoativas e da presença de possíveis comorbidades psiquiátricas. É alta a taxa de comorbidades psiquiátricas em indivíduos de diversas faixas etárias com o transtorno por uso de substâncias psicoativas; no entanto, isso não é algo simples de ser avaliado, pois efeitos de drogas e sintomas de suas síndromes de abstinência podem ser confundidos com sintomas de doenças psiquiátricas (Zaleski et al., 2006). Além disso, as drogas podem induzir sintomas de doenças psiquiátricas que podem durar até seis meses (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993). Por essa dificuldade diagnóstica, não é incomum que os familiares dos adolescentes confundam os sintomas de doenças psiquiátricas com o efeito de substâncias, sendo necessário que seja feita uma adequada avaliação psiquiátrica e, se for o caso, que seja oferecido um tratamento sinérgico tanto da dependência química quanto do transtorno comórbido (Zaleski et al., 2006).

Na Vinheta Clínica 8.1, podemos ver um caso de doença psiquiátrica confundida com efeitos de uma substância psicoativa; na Vinheta Clínica 8.2, observamos um adolescente que, além da dependência química, apresentava uma comorbidade psiquiátrica; já na Vinheta Clínica 8.3, temos uma jovem que apresentou um “surto psicótico” induzido por substância (OMS, 1993). Todas essas situações ocorrem na prática clínica, sendo importante que seja realizado o diagnóstico diferencial entre elas para que a melhor conduta terapêutica seja tomada (Marques & Cruz, 2000).

Marina, 14 anos, começou a andar com amigos do colégio considerados usuários de drogas (álcool, tabaco e maconha). Seus pais recomendaram seu afastamento desse grupo; no entanto, isso não ocorreu, pois Marina disse que não gostava de drogas e que não via sentido em perder as amizades. A jovem relatou sintomas de depressão (tristeza, perda de apetite, insônia, desânimo e ideação suicida), e seus pais a levaram para tratamento psiquiátrico, considerando que tinha “problema com drogas”. Após a realização de exames toxicológicos e de entrevista psicológica/psiquiátrica, concluiu-se que ela estava apresentando um episódio depressivo e que não usava substâncias.

VINHETA CLÍNICA 8.2

Sérgio, 17 anos, usava *Cannabis* há dois anos e começou a apresentar sintomas psicóticos (tinha alucinações auditivas e visuais, bem como ideias delirantes de cunho persecutório). Foi internado, pois apresentava risco de suicídio e de agressão, interrompendo o uso da droga. Após a alta, com 30 dias de internação e sem os sintomas psicóticos, ficou em abstinência por um ano; então, voltou a ter sintomas psicóticos, o que o fez recair no uso da substância.

VINHETA CLÍNICA 8.3

Viviane, 16 anos, usava cocaína inalada. Um dia, ao chegar do colégio, foi surpreendida por seus pais falando rápido demais e manifestando ideias grandiosas e conduta hipersexualizada. Estava muito agitada e agressiva. Levada para avaliação psiquiátrica, foi internada. Depois de sete dias, com o uso de medicação antipsicótica, houve o esbatimento dos sintomas, e Viviane teve alta do hospital.

Vamos apresentar, a seguir, os modelos mais utilizados no tratamento de adolescentes com uso de substâncias psicoativas e suas taxas de efetividade.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Muitos dos adolescentes que usam substâncias psicoativas chegam ao tratamento psicoterápico desmotivados para interromper o consumo. Defendem que as drogas não fazem mal à saúde, que não têm prejuízo com o seu consumo e que “todos os seus amigos usam” (Marques & Cruz, 2000). Nesses casos, antes da utilização do modelo da TCC, deverá ser utilizada a entrevista motivacional (EM) de Miller e Rollnick (2013).

A EM é um estilo breve de *counseling* que tem como objetivo auxiliar os pacientes a avaliar e resolver a ambivalência quanto à mudança de comportamentos autodestrutivos, como é o caso do uso de substâncias psicoativas. Ela foi influenciada por diversas linhas teóricas, como: a abordagem centrada na pessoa, a terapia sistêmica e a TCC (Miller & Rollnick, 2013).

Li, Zhu, Tse, Tse e Wong (2016) realizaram uma metanálise que continha 10 ensaios clínicos randomizados e 1.466 participantes a fim de avaliar a efetividade da EM no tratamento de adolescentes usuários de drogas ilícitas. Não foi encontrado efeito significativo da EM na mudança de comportamentos de consumo de drogas nos adolescentes pesquisados, porém se observou uma maior intenção de mudar naqueles que receberam a intervenção. Os autores, no entanto, são cautelosos quanto a essas conclusões, pois consideraram, de acordo com a análise estatística, que haveria um viés na pesquisa, de modo que pequenos estudos com tamanhos de efeito maiores teriam seus resultados favorecidos.

Em 2011, Jensen e colaboradores (2011), realizando outra metanálise com o mesmo objetivo, dessa vez composta por 21 estudos e 5.471 participantes, verificaram que a EM produziu um pequeno, mas significativo, tamanho de efeito no pós-tratamento e no *follow-up* quanto ao comportamento de usar substâncias psicoativas. Concluíram que a entrevista é efetiva para a mudança do comportamento de usar drogas e que, tendo em conta esse resultado, bem como a literatura científica atualizada, a EM deve ser considerada como um tratamento de escolha para o uso de substâncias psicoativas em adolescentes.

INTERVENÇÃO BREVE

Uma das modalidades terapêuticas de baixo custo que podem ser utilizadas no tratamento dos adolescentes usuários de substâncias psicoativas é a IB. Ela é composta, muitas vezes, por uma única entrevista que pode utilizar princípios da EM ou de psicoeducação (Samson & Tanner-Smith, 2015).

Samson e Tanner-Smith (2015) realizaram uma metanálise que investiga a eficácia das intervenções breves de sessão única (IBU) para reduzir o uso de álcool entre estudantes universitários que apresentavam um comportamento de beber pesado. Pesquisaram 73 estudos que compararam a IB ao tratamento usual (TU) e ao não tratamento (NT). Os resultados indicaram que as IBUs acarretam efeitos modestos para reduzir o consumo pesado de álcool entre estudantes universitários e podem ser particularmente eficazes quando incorporam princípios da EM, em comparação à psicoeducação. Os autores encontraram também evidências de que os efeitos de longo prazo das IBUs foram mais fracos do que os de curto prazo.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A TCC de Beck, Wright, Newman e Liese (1993) para dependência química é um modelo de tratamento bastante pesquisado. Ele aborda não somente as situações de risco de recaída no uso de substâncias e as estratégias de enfrentamento, mas também modificações nas crenças centrais e aditivas que se ativam no indivíduo, desencadeando a fissura e levando ao comportamento de busca pela droga (Beck et al., 1993).

No Brasil, foi desenvolvido um jogo terapêutico, do tipo *role-playing game*, destinado a adolescentes e fundamentado na TCC, o qual pode ser usado individualmente ou em grupo, tanto na prevenção quanto no tratamento do uso de drogas. O jogo tem como objetivos o treinamento de habilidades para lidar com situações que podem levar ao consumo da substância e à mudança das crenças aditivas. Ele pode ser aplicado não só por terapeutas, mas por professores e pais, também podendo a ser utilizado em famílias (Araujo, 2009).

Hogue, Henderson, Ozechowski e Robbins (2014), avaliando tratamentos ambulatoriais baseados em evidências para adolescentes usuários de substâncias psicoativas, concluíram que a TCC, tanto individual quanto em

grupo, é um modelo bem estabelecido e eficaz para o tratamento dessa população. Waldron e Turner (2008), em contrapartida, compararam, em semelhante amostra, TCC individual, TCC em grupo, terapia familiar e tratamentos menores (grupo-controle), concluindo que a TCC em grupo e a terapia familiar são modelos bem estabelecidos de tratamento, ao contrário da TCC individual.

MANEJO DE CONTINGÊNCIAS

O manejo de contingência (MC) é uma técnica comportamental que pode ser utilizada em conjunto com outro tipo de abordagem, como a TCC ou a EM, e visa, em um primeiro momento, identificar comportamentos cuja ocorrência se deseja aumentar (reforçar) e aqueles que se quer diminuir (punir). Posteriormente, determina-se um sistema de pontos a serem dados ou retirados, dependendo do que se pretende quanto ao comportamento (quando se quer reforçar, são acrescentados pontos, e quando se deseja punir, são retirados). Por fim, os pontos são trocados por prêmios quando o paciente consegue atingir um escore previamente combinado com o terapeuta (Guilhardi, 2004).

Kaminer, Burleson, Burke e Litt (2014), pesquisando adolescentes de 14 a 18 anos dependentes de *Cannabis*, não puderam verificar que o fato de agregar o MC à TCC melhorasse as taxas de abstinência. Em contrapartida, comparando adolescentes dependentes dessa droga em grupos de EM + MC e somente EM, Stewart, Felleman e Arger (2015) concluíram que o grupo que recebeu o MC apresentou maior redução do uso de *Cannabis* ao longo do tempo, menos consequências negativas do uso da substância no fim do tratamento, maior uso de estratégias de enfrentamento e aumento da probabilidade de participar de tratamento adicional para o uso da droga.

TERAPIA FAMILIAR

O tratamento de adolescentes que usam substâncias psicoativas não pode prescindir de algum tipo de abordagem com a família, pois esta tem participação importante na vida dos jovens (Marques & Cruz, 2000).

Rowe (2012), revisando artigos publicados de 2003 a 2010 a respeito da terapia familiar (TF), concluiu que os modelos baseados na família não são

apenas uma alternativa de terapia viável, mas são consistentemente reconhecidos entre as abordagens mais eficazes para o tratamento de adultos e adolescentes com problemas com drogas. Waldron e Turner (2008), da mesma forma, defendem que a TF é uma alternativa que demonstra ser efetiva no tratamento dessa clientela.

REFERÊNCIAS

- Alati, R., Kinner, S. A., Hayatbakhsh, M. R., Mamun, A. A., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2008). Pathways to ecstasy use in young adults: Anxiety, depression or behavioural deviance? *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 108-115.
- Albertani, H. M. B. (2011). Prevenção na escola: um novo olhar, uma nova prática. In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.), *Adolescência: Uso e abuso de drogas: Uma visão integrativa* (pp. 637-656). São Paulo: FAP Unifesp.
- Albertani, M. B., Scivoletto, S., & Zemel, M. de L. S. (2004). Prevenção do uso indevido de drogas: Fatores de risco e fatores de proteção. In Secretaria Nacional Antidrogas, *Curso de capacitação Atualização de conhecimento sobre redução da demanda de drogas* (pp. 63-86). Florianópolis: UFSC.
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M., & Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 83-88.
- Araujo, R. B. (2009). *RPG desafios: Treino de habilidades para prevenção e tratamento do uso de drogas na adolescência*. São Paulo: Vetor.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Coutinho, E. S., França-Santos, D., Magliano, E. da S., Bloch, K. V., Barufaldi, L. A., ... Szklo, M. (2016). ERICA: Patterns of alcohol consumption in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 50(Suppl 1), 1s-9s.
- De Micheli, D., Fisberg, M., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(3), 305-313.
- Galduróz, J., Fonseca, A., Noto, A., & Carlini, E. (2004). *V levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Cebrid.
- Guilhardi, H. J. (2004). Terapia por contingências de reforçamento. In C. N. Abreu, & H. J. Guilhardi (Eds.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: prática clínica* (pp. 3-40). São Paulo: Roca.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J., & Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 695-720.

- Iglesias, E. B., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.
- Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. New York; London: Plenum Medical Book.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., Burke, R., & Litt, M. D. (2014). The efficacy of contingency management for adolescent cannabis use disorder: A controlled study. *Substance Abuse*, 35(4), 391-398.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcoholism*, 53(5), 447-457.
- Kessler, R. C. (2004). Impact of substance abuse on the diagnosis, course, and treatment of mood disorders: The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Kodjo, C. M., & Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of adolescents, families, and communities. *Pediatric Clinics of North America*, 49(2), 257-268.
- Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(5), 795-805.
- Lilja, J., Larsson, S., Wilhelmsen, B. U., & Hamilton, D. (2003). Perspectives on preventing adolescent substance use and misuse. *Substance Use & Misuse*, 38(10), 1491-1530.
- Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl 2), 32-36.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Paavola, M., Vartiainen, E., & Haukkala, A. (2004). Smoking, alcohol use, and physical activity: A 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 35(3), 238-244.
- Poikolainen, K. (2002). Antecedents of substance use in adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(3), 241-245.
- Rees, C. A. (2005). Thinking about children's attachments. *Archives of Disease in Childhood*, 90(10), 1058-1065.
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003-2010. *The Journal of Marital & Family Therapy*, 38(1), 59-81.
- Saito, M. I. (2000). Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria*, 22(3), 217-219.

- Samson, J. E., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Single-session alcohol interventions for heavy drinking college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(4), 530-543.
- Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2005). Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 599-605.
- Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl 1), 73-81.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Scivoletto, S. (2011). Uso, abuso e dependência de drogas. In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.), *Adolescência: Uso e abuso de drogas: Uma visão integrativa* (pp. 93-100). São Paulo: FAP Unifesp.
- Silva, E. A. (2011). Prevenção ao uso de drogas: O papel da família. In: In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.), *Adolescência: Uso e abuso de drogas: Uma visão integrativa* (pp. 679-692). São Paulo: FAP Unifesp.
- Sloboda, Z., & David, S. I. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents (National Institute on Drug Abuse Publication No. 97-4212)*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 944-962.
- Steinberg, L. (1996). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Stewart, D. G., Felleman, B. I., & Arger, C. A. (2015). Effectiveness of motivational incentives for adolescent marijuana users in a school-based intervention. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 58, 43-50.
- Tarter, R. E. (1990). Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(1-2), 1-46.
- Tavaresa, B. F., Bériab, J. U., & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 787-796.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2015). *World Drug Report 2015*. Vienna: UNODC.
- Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93-109.
- Velleman, R., & Templeton, L. (2007). Substance misuse by children and young people: The role of the family and implications for intervention and prevention. *Current Paediatrics*, 17(1), 25-30.
- Waldron, H. B., & Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- Wongtongkam, N., Ward, P. R., Day, A., & Winefield, A. H. (2014). The influence of protective and risk factors in individual, peer and school domains on Thai adolescents' alcohol and illicit drug use: A survey. *Addictive Behavior*, 39(10), 1447-1451.

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., ... Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142-148.

Zweig, J. M., Phillips, B. S., & Lindberg, L. D. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: Looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health*, 31, 343-353.

LEITURA RECOMENDADA

Needle, R., McCubbin, H., Wilson, M., Reineck, R., & Lazar, A. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use: The role of older siblings, parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 21(7), 739-766.



ALIMENTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL

GABRIELA SALIM XAVIER MOREIRA

RAQUEL DE MELO BOFF

ROSANE PILOT PESSA

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA

CARMEM BEATRIZ NEUFELD

O IMPACTO DAS ALTERAÇÕES FÍSICAS NA IMAGEM CORPORAL DO ADOLESCENTE

Entre as mudanças que ocorrem na adolescência, destaca-se o início da puberdade, processo que leva ao amadurecimento dos órgãos sexuais. Nas meninas, os ovários aumentam a produção de estrogênio, o qual estimula o crescimento dos órgãos genitais femininos, bem como o desenvolvimento dos seios e dos pelos púbicos e axilares. Já nos meninos, os testículos aumentam a produção de testosterona, a qual estimula o crescimento dos órgãos genitais masculinos, bem como o desenvolvimento da massa muscular e dos pelos corporais (Papalia & Feldman, 2013).

Além do desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários, a puberdade é marcada pelo aumento rápido de altura, peso, musculatura e ossatura, conhecido como “estirão” de crescimento. Nessa fase, os adolescentes ganham cerca de 20% de sua estatura e 50% de seu peso adulto. Meninos e meninas crescem diferentemente, tanto em termos de ritmo quanto de formato de corpo (Papalia & Feldman, 2013). O pico de velocidade do crescimento se dá, em média, entre 11 e 12 anos, nas meninas, e entre 13 e 14 anos, nos meninos. Nestes, há um maior aumento do diâmetro da largura dos ombros do que nas meninas, enquanto nestas o diâmetro da bacia (cintura pélvica) cresce em maior magnitude (Silva & Leal, 2008).

Somam-se, às diferenças entre os sexos quanto ao desenvolvimento puberal, as modificações na composição corporal em função do

desenvolvimento musculoesquelético e da modificação da quantidade e distribuição de gordura. O desenvolvimento muscular é mais evidente no sexo masculino, resultado da estimulação androgênica, que faz o homem ter cerca de 30% mais massa muscular do que a mulher. Já entre as adolescentes, ocorre maior acúmulo progressivo de tecido adiposo, predominantemente nos quadris e nas mamas (Silva & Leal, 2008). Assim, os meninos tornam-se maiores, de modo geral, com o aumento de ombros, braços, pernas e estatura. As meninas, por sua vez, experimentam alargamento da pelve e acúmulo de camadas de gordura, tornando-se mais arredondadas.

O rápido e intenso desenvolvimento físico faz as necessidades nutricionais do adolescente serem maiores do que em qualquer outro momento da vida, tornando-o altamente sensível à restrição proteico-calórica. As necessidades nutricionais não dependem do critério cronológico, mas da maturação sexual do adolescente, de modo que as necessidades de adolescentes impúberes são inferiores às daqueles que já apresentam fenótipos adultos (Saito & Ruffo, 2008).

Essas mudanças físicas notáveis têm consequências psicológicas importantes, uma vez que ocorrem em um período de construção da própria identidade e em uma fase em que o desenvolvimento psicossocial é marcado pela forte influência social e pela importância atribuída aos pares. Isso porque essas alterações físicas impõem para as meninas um formato corporal mais distante do padrão corporal ideal de magreza ocidental, enquanto aproximam e estimulam os meninos a alcançar o padrão ideal de corpo masculino, caracterizado por aumento dos músculos e redução da gordura corporal (Fitzsimmons-Craft et al., 2012).

Desse modo, em geral as meninas estão insatisfeitas, por desejarem ser mais magras, enquanto os meninos desejam corpos maiores. Isso determina, por sua vez, as estratégias comportamentais adotadas em busca de mudanças na imagem corporal, visando perda de peso, no sexo feminino, e aumento da musculatura, no masculino. A insatisfação com a imagem corporal e as preocupações com a aparência podem desencadear comportamentos alimentares anormais, em que restrições ou excessos dietéticos podem comprometer a saúde de forma mais grave do que em outras fases da vida (Papalia & Feldman, 2013).

Nesse panorama, merece destaque a obesidade, uma vez que é associada ao desenvolvimento de aspectos negativos da imagem corporal. Atualmente, a obesidade é abordada como um grave problema mundial de saúde pública, tanto por sua crescente prevalência como pelas comorbidades associadas (World Health Organization [WHO], 2016). A prevalência dos quadros de sobrepeso e obesidade vem crescendo vertiginosamente entre adolescentes brasileiros nas últimas décadas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010).

Assim, apesar das diferenças existentes no espectro de problemas relacionados a peso, imagem corporal e alimentação, podem ser consideradas características importantes em comum que podem levar aos quadros de transtorno alimentar (TA) e obesidade (Evans, Tovée, Boothroyd, & Drewett, 2013):

- 1 resultam de mudanças nos padrões alimentares e alterações no peso corporal;
- 2 estão associados às mensagens confusas e conflitantes da mídia.

DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL

A insatisfação com a imagem corporal é o componente mais investigado desse construto em pesquisas nacionais e internacionais por sua associação importante com indicadores negativos à saúde, como baixa autoestima, sintomas depressivos e comportamentos alimentares de risco (Ferreiro, Seoane, & Senra, 2012; Miranda, Conti, Bastos, & Ferreira, 2011; Petroski, Pelegrini, & Glaner, 2012). Trata-se de um aspecto preocupante, pois vem sendo considerada um dos mais importantes preditores para o desenvolvimento de TAs (Stice, Marti, & Durant, 2011).

Comportamentos alimentares de risco à saúde referem-se a prática de dietas, episódios de compulsão alimentar, restrição de grupos de alimentos e “pulo” de refeições, além do uso de medicamentos para emagrecer e da adoção de métodos purgativos. Esses comportamentos ocorrem anteriormente ao desenvolvimento dos TAs clássicos, levando a prejuízos de ordem física e

emocional, além de risco de evolução para os quadros completos. Segundo a revisão de Leal, Philippi, Polacow, Cordás e Alvarenga (2013), a prevalência de comportamentos de risco para TAs variou de 0,24 a 58,4% em adolescentes, de acordo com estudos nacionais e internacionais publicados nos últimos anos.

Tanto no âmbito nacional quanto no internacional, são altas também as prevalências de insatisfação com a imagem corporal na população - adolescente, variando de 60 a 82% em estudos nacionais e acentuando-se ainda mais no sexo feminino e naqueles com quadros de sobrepeso e obesidade (Bibiloni, Pich, Pons, & Tur, 2013; Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013; Glaner, Pelegrini, Cordoba, & Pozzobon, 2013; Miranda et al., 2011; Miranda, Amaral, Fortes, Conti, & Ferreira, 2013; Petroski et al., 2012; Pelegrini et al., 2014). Também há indícios consistentes de que as adolescentes pós-púberes são mais insatisfeitas, desejando ser mais magras, em relação às pré-púberes, e que as meninas que apresentam puberdade precoce têm uma imagem corporal mais negativa (Conti, Gambardella, & Frutuoso, 2005; Lee, Ahn, & Choi, 2015).

No sexo masculino, a insatisfação com a imagem corporal é associada ao peso, mas de modo diferente do que ocorre no sexo feminino. Os garotos dividem-se entre os que querem emagrecer e aqueles que desejam silhuetas maiores. Com base em uma amostra brasileira de mais de 1.500 meninos, - Fidelix, Minatto, Ribeiro, Santos e Petroski (2013) verificaram que 74,7% estavam insatisfeitos com sua imagem corporal, de modo que a maior parte (46,6%) desejava um corpo maior. Aqueles que apresentavam índice de massa corporal (IMC; relação entre o peso e a estatura) adequado estavam mais propensos a desejar silhuetas maiores, enquanto o oposto foi observado para os meninos com excesso de peso.

Em relação à idade, acredita-se que a insatisfação com a imagem corporal e as preocupações com o peso aumentam tanto para meninas quanto para meninos, mantendo os padrões específicos para cada sexo, conforme crescem (Calzo et al., 2012). Na primeira fase da adolescência, em geral as meninas com sobrepeso e obesidade apresentam níveis significativos de preocupações com o peso e a forma corporal, de modo que, no fim da adolescência, a maioria das jovens, com exceção daquelas com baixo peso, apresenta tais

preocupações. Em relação aos meninos, baixo peso e obesidade são considerados fatores de risco para insatisfação com a imagem corporal durante toda a adolescência.

Assim, embora o início da adolescência seja o período em que as preocupações acerca da imagem corporal começam a se desenvolver, à medida que os jovens crescem, mesmo entre aqueles que têm peso normal, aumentam os riscos de que apresentem preocupações com o peso e forma corporal (Calzo et al., 2012). Especificamente, a insatisfação aumenta da primeira para a segunda fase da adolescência e ainda mais no final do período, isto é, na transição para a vida adulta (Bucchianeri et al., 2013).

Nesse sentido, os achados de Ferreiro e colaboradores (2012) agregam mais informações explicativas, indicando que, no início da adolescência, o peso corporal é um fator de risco para o desenvolvimento da insatisfação com a imagem corporal e de TAs, mas, com o passar dos anos, a percepção subjetiva do próprio corpo se torna o principal preditor. Ou seja, ao longo da adolescência, é a percepção de estar acima do peso, e não o peso em si, que leva à referida insatisfação.

Em relação ao nível socioeconômico, os estudos brasileiros existentes não apontam um consenso. O recente estudo publicado por Felden e colaboradores (2015) concluiu que a insatisfação com o excesso de peso está associada à maior escolaridade do chefe de família. Embora haja indícios de que a prevalência da insatisfação com a imagem corporal seja mais elevada entre os adolescentes dos grandes centros urbanos (Miranda et al., 2011; Petroski et al., 2012), ela também é prevalente em cidades brasileiras de pequeno porte (Glaner et al., 2013; Miranda et al., 2013). Em síntese, acredita-se que, talvez, melhores condições de vida não protejam os adolescentes desse fator de risco à saúde.

O PAPEL DOS PAIS, DOS PARES E DA MÍDIA

A propagação dos ideais de forma e aparência físicas, pautados pela extrema magreza para as meninas e por corpos definidos e musculosos para os meninos, é transmitida no ambiente social, com destaque para a família e os pares. Os pais exercem papel crucial no desenvolvimento de preocupações com o corpo, sendo que aqueles que incentivam os filhos a controlar seu

peso, na verdade, contribuem para gerar insatisfação com a imagem corporal nos adolescentes (Helfert & Warschburger, 2011).

Os amigos representam importantes modelos, não somente por causa do grande tempo que passam juntos, mas também em razão do valor especial dessas relações. Como exemplo, há evidências de que as meninas selecionam amigas que sejam mais parecidas consigo quanto ao nível de insatisfação com a imagem corporal e a comportamentos bulímicos (Rayner, Schniering, Rapee, Taylor, & Hutchinson, 2013).

Especificamente, os relacionamentos amorosos que se iniciam nessa fase também podem exercer impacto negativo nesse sentido. Isso porque as meninas associam magreza a beleza, popularidade e sucesso nos relacionamentos amorosos, e os meninos também avaliam a magreza feminina como um importante fator na determinação da atratividade. Assim, os relacionamentos heterossexuais podem também contribuir para acentuar a pressão pela magreza e a conseqüente insatisfação com a imagem corporal no sexo feminino (Ferreiro et al., 2012; Gondoli, Corning, Salafia, Bucchianeri, & Fitzsimmons, 2011).

No entanto, a mídia é considerada o principal agente influenciador negativo na imagem corporal de adolescentes, os quais passam a buscar a morfologia imposta pelos meios de comunicação de massa, como televisão, revistas e cinema (Gondoli et al., 2011). Quando os jovens são expostos a imagens que se encaixam no padrão de beleza atual, recebem a mensagem de como devem parecer para que sejam julgados atraentes. Ao ver essas imagens, quase em sua totalidade manipuladas digitalmente, o que as torna ainda mais perfeitas, os adolescentes percebem-se diferentes, o que incita a insatisfação. Soma-se a isso a associação constante entre o ideal sociocultural de corpo e atributos positivos, como autocontrole, felicidade, poder, liberdade, autonomia, bem-estar e mobilidade social, o que acentua ainda mais o desejo de corresponder a esses padrões e alcançar o sucesso (Benowitz-Fredericks, Garcia, Massey, Vasagar, & Borzekowski, 2012).

Os veículos midiáticos vêm evoluindo rapidamente, e a internet tornou-se uma grande fonte de comunicação. Mais do que qualquer outra mídia, ela possibilita que o adolescente selecione de fato o que lhe interessa, a qualquer momento e sem limite de tempo, o que impacta ainda mais sua relação com a

mídia (Tiggemann & Miller, 2010). Pesquisas têm apontado que, assim como a televisão, o tempo gasto navegando na rede está associado a maiores índices de insatisfação com a imagem corporal (Bair, Kelly, Serdar, & Mazzeo, 2012). Nesse sentido, os adolescentes constituem um grupo de risco importante, já que têm fácil acesso à internet, principalmente às redes sociais (Tiggemann & Slater, 2013).

Estudos correlacionais demonstraram que meninas que acessam as redes sociais com mais frequência estão mais insatisfeitas com seus corpos, sendo que algumas chegam a editar suas fotos para criar imagens mais atrativas de si mesmas (Tiggemann & Miller 2010; Tiggemann & Slater 2013). Meier e Gray (2014) avaliaram especificamente o impacto do Facebook na imagem corporal e concluíram que as garotas que desejam emagrecer e tentam se encaixar no padrão ideal de corpo feminino envolvem-se com mais frequência em atividades dessa rede social para exposição da própria aparência (p. ex., postar fotos); essas atividades, por sua vez, reforçam ou acentuam os problemas existentes com a imagem corporal.

Somam-se a essas informações os achados do recente estudo longitudinal publicado por Vries, Peter, Graaf e Nikken (2016), revelando que a alta frequência de uso das redes sociais prediz o aumento da insatisfação com a imagem corporal ao longo do tempo. É importante ressaltar que o impacto do uso dessas redes foi igual para meninos e meninas, o que vai de encontro à literatura que, anteriormente, apontava as meninas como sendo mais vulneráveis às influências da mídia (Warren, Schoen, & Shafer, 2010).

Um dos principais modelos explicativos da influência da cultura e da sociedade na imagem corporal é o modelo tripartite, proposto por Thompson, Coover e Stormer (1999). De acordo com esse modelo, as três influências já abordadas constituem a base para o desenvolvimento de distúrbios da imagem corporal: os pares, a família e a mídia. Esses fatores são mediados pela comparação social e pela internalização dos ideais de aparência, de modo que ambos, em conjunto, podem explicar como as influências sociais levam à insatisfação com a imagem corporal.

A comparação social se refere ao mecanismo pelo qual as imagens idealizadas afetam o modo como o indivíduo se autoavalia, sendo deflagrada pela comparação com outros indivíduos, considerados superiores. A

internalização refere-se a quanto uma pessoa acredita e tenta se encaixar nos ideais sociais. A associação entre exposição a imagens da mídia, sobretudo em redes sociais, e internalização do ideal de beleza tem sido evidenciada em diversos estudos com meninas (Fortes, Amaral, Almeida, & Ferreira, 2013; Gondoli et al., 2011; Tiggemann & Slater, 2013), corroborando que a internalização é um preditor importante dos problemas relacionados à imagem corporal entre as adolescentes.

No entanto, apesar de todos os jovens serem expostos às imagens midiáticas relacionadas a corpo e aparência, não são todos que desenvolvem preocupações extremas com a imagem corporal. Isso indica a existência de fatores que tornam alguns indivíduos mais suscetíveis, ou seja, outros mecanismos estão mediando essa relação, como fatores desenvolvimentais ou individuais (Tiggemann & McGill, 2004; Vries et al., 2016).

MODELO BIOPSISSOCIAL: A INCLUSÃO DOS FATORES INDIVIDUAIS E DESENVOLVIMENTAIS

Embora o modelo tripartite já tenha sido confirmado empiricamente em amostras de diversas nacionalidades, com adultos e adolescentes, há evidências da existência de influências psicológicas individuais no desenvolvimento de preocupações com a imagem corporal e TAs. O modelo biopsicossocial proposto por Rodgers, Paxton e McLean (2014) ampliou o modelo sociocultural, incluindo essas variáveis psicológicas, e os resultados apontam a importância da consideração de fatores de risco biológicos, psicológicos e socioculturais para esses quadros.

De acordo com o modelo biopsicossocial, o afeto negativo, incluindo sintomas depressivos e baixa autoestima, exerce um papel importante, intensificando a internalização e a comparação social, sendo também associado a sintomas bulímicos em meninas no início da adolescência. Isso sugere que as garotas com baixa autoestima e altos níveis de sintomas depressivos podem ser particularmente vulneráveis à adoção dos padrões sociais de beleza como medida do autoconceito, buscando avaliar-se por meio da comparação social (Rodgers et al., 2014).

Estudos anteriores também apontaram os sintomas depressivos como fatores de risco para o desenvolvimento de TAs em adolescentes (Ferreiro et

al., 2012; Stice et al., 2011). Esse panorama sustenta a inclusão do afeto negativo como um fator de risco para os problemas relacionados a imagem corporal e TAs, e não apenas como uma consequência destes, como já conceituado anteriormente.

IMAGEM CORPORAL POSITIVA

A pesquisa em imagem corporal teve, por muito tempo, foco na patologia, com o objetivo de entender aspectos negativos da imagem corporal e tratar seus sintomas, em detrimento da compreensão de aspectos relativos à imagem corporal positiva – a qual, por sua vez, pode promover saúde e bem-estar, além de reduzir esses sintomas (Smolak & Cash, 2011). A redução dos sintomas negativos da imagem corporal não leva ao aumento dos positivos, mas àquilo que os teóricos chamam de *imagem corporal neutra*. A adoção da imagem corporal positiva auxilia o indivíduo a apreciar, celebrar, respeitar e honrar seu corpo, o que torna as intervenções terapêuticas mais eficazes e duradouras (Tylka, 2012).

Uma síntese desses aspectos sugere que a imagem corporal positiva reflete amor e respeito pelo próprio corpo. Isso permite que o indivíduo aprecie como seu corpo é único, bem como as funções que ele realiza, gerando um esquema cognitivo que auxilia na interpretação das informações externas de modo protetivo, sendo internalizadas informações positivas, e rejeitadas ou reformuladas as negativas. As potencialidades do corpo são enfatizadas, enquanto suas imperfeições são minimizadas, de modo que esses indivíduos se sintam bonitos, confortáveis, confiantes e felizes com seus corpos mesmo sem alcançar o padrão social ideal (Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010).

Uma investigação realizada com adolescentes suecos com imagem corporal positiva revelou que viam seus corpos como importante aspecto de si mesmos, que precisavam apreciar e cuidar – por exemplo, realizando exercícios físicos para manter ou melhorar as funções do corpo (Frisén & Holmqvist, 2010). Dois terços desses jovens mencionaram uma ou mais áreas corporais com as quais não estavam satisfeitos. No entanto, não se preocupavam com elas, aceitavam suas características físicas. Outro estudo com adolescentes suecos e afroamericanos revelou que aqueles com imagem

corporal positiva apreciavam diversos tipos de aparência e formas corporais, o que lhes permitia valorizar a singularidade da própria aparência (Holmqvist & Frisén, 2012; Pope, Corona, & Belgrave, 2014). Esses jovens enfatizaram que ser atraente ou bonito não implica parecer com os padrões sociais de beleza e acreditavam que as pessoas devem “tentar ser elas mesmas”, em vez de tentar atingir os referidos ideais (Holmqvist & Frisén, 2012).

Em síntese, evidências preliminares sugerem que a imagem corporal positiva é provavelmente um fator de proteção para a saúde física e o bem-estar psicológico (Tiggemann, 2015). Pesquisas indicam que a apreciação do corpo é positivamente associada a alimentação intuitiva (alimentar-se de acordo com os sinais físicos de fome e saciedade), satisfação com a vida, afeto positivo e engajamento em exercícios físicos intensos e regulares entre mulheres universitárias norte-americanas. Do mesmo modo, aspectos da imagem corporal positiva são inversamente associados ao perfeccionismo, a conversas sobre assuntos relacionados ao peso e ao emagrecimento, à prática de dietas não saudáveis e aos sintomas depressivos.

Embora os teóricos em imagem corporal positiva não conceituem o baixo ou médio IMC como indicador da saúde física (Tylka, 2012), os estudos apontam que a apreciação do corpo é inversamente associada ao IMC, inclusive entre adolescentes – ou seja, altos níveis de apreciação estão relacionados a baixos valores de IMC. Dessa forma, acredita-se que a promoção da aceitação do corpo e de outros aspectos da imagem corporal positiva não resultem em ganho de peso ou na baixa adesão a um estilo de vida saudável. Ao contrário, apesar das escassas investigações em amostras nacionais, os estudos internacionais vêm demonstrando que a promoção da imagem corporal positiva pode aumentar a adesão a comportamentos saudáveis relacionados às saúdes física e mental (Frisén & Holmqvist, 2010; Wood-Barcalow et al., 2010).

PROBLEMAS RELACIONADOS A ALIMENTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL

A alimentação é uma atividade humana que desempenha papel fundamental na vida do indivíduo, em termos biológicos, psicológicos e sociais.

Primordialmente, sua função é garantir a sobrevivência, mas seu papel não se limita a essa dimensão. Em todos os tipos de organizações sociais, desde o início da vida a alimentação dita o ritmo do cotidiano e circunscreve situações sociais, nas quais se encontram pessoas que mantêm algum tipo de vínculo. Assim, além da nutrição, a alimentação proporciona momentos prazerosos, muitas vezes marcando celebrações e acontecimentos importantes. Desse modo, indivíduos com dificuldades alimentares têm, por consequência, problemas que afetam também seu equilíbrio fisiológico e seu relacionamento social (Dumas, 2011).

TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os TAs caracterizam-se pela recusa alimentar ou imposição de uma dieta inadequada e caótica visando o emagrecimento ou a manutenção do peso. Em adolescentes, esses transtornos são seguidos de preocupações incessantes com o peso corporal e com esforços obsessivos para seu controle; além disso, são acompanhados de uma visão irrealista da aparência física e pela negação obstinada da gravidade de seu estado de saúde.

Uma perspectiva multifatorial é a mais adequada para explicar a etiologia complexa dos TAs. Nessa perspectiva, tais transtornos têm antecedentes biológicos, psicológicos e familiares, além de envolver imposições sociais e culturais. Esses fatores interagem de forma complexa e difícil de elucidar, pois sua influência não depende unicamente de sua natureza, mas também do momento em que agem. É provável que os TAs façam parte de um *continuum* de desenvolvimento que caracteriza o ser humano, mas por meio do qual uma disfunção pode se expressar em alguns casos. Isso iria se agravando à medida que o indivíduo faz dietas regulares (Dumas, 2011).

A anorexia nervosa (AN) tem três características essenciais, a saber (American Psychiatric Association [APA], 2014):

- 1** restrição persistente da ingestão calórica
- 2** medo intenso de ganhar peso ou engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso e
- 3** perturbação na percepção do próprio peso ou da forma do corpo

A gravidade da desnutrição na AN não se limita ao baixo peso dos adolescentes, mas também pela recusa a se alimentar de forma adequada, estabelecendo dietas extremamente restritivas.

Em relação aos subtipos desse transtorno, há indivíduos com AN do tipo restritivo que não apresentam crises regulares de bulimia e não recorrem aos comportamentos compensatórios, perdendo peso pela restrição extrema da ingestão alimentar associada à prática excessiva de exercícios físicos. Já aqueles com AN do tipo compulsão alimentar purgativa têm crises de bulimia ou apresentam comportamentos compensatórios. No entanto, a quantidade ingerida é bastante inferior àquela consumida pelos pacientes com bulimia nervosa (BN) durante as crises. Além disso, os anoréxicos utilizam esses comportamentos purgativos de forma regular, mesmo após terem comido muito pouco.

No que se refere à BN, há três aspectos importantes (APA, 2014):

- 1** episódios recorrentes de compulsão alimentar
- 2** comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes, para impedir o ganho de peso
- 3** autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais

As crises de bulimia caracterizam-se pelo rápido consumo de alimentos, em quantidades nitidamente superiores ao normal e em um tempo limitado (inferior a um máximo de duas horas). Os comportamentos de hiperfagia são acompanhados por sensação de perda de controle e seguidos de sentimentos de culpa e vergonha. Ao contrário do que ocorre na AN, o adolescente com BN reconhece que seu comportamento é extremo, tem vergonha dele e procura escondê-lo. Assim, como as crises normalmente acontecem quando está sozinho, ele come escondido dos familiares e não há alteração na aparência física, o problema não é identificado pelos demais, acentuando-se ao longo do tempo (Dumas, 2011).

Os comportamentos de hiperfagia são seguidos por outros comportamentos inadequados na tentativa de compensar a grande ingestão alimentar e evitar o ganho de peso, como indução de vômitos, uso de laxantes e diuréticos e realização excessiva de exercícios físicos. No entanto, esses

comportamentos não são muito eficazes para evitar o ganho de peso e, apesar do alívio passageiro, levam a sentimentos depressivos, pensamentos de inadequação, baixa autoeficácia e preocupações com o peso e a alimentação. Assim como acontece com os adolescentes com AN, aqueles com BN apresentam flutuações de humor, mas de maneira mais intensa, o que interfere negativamente nas relações familiares e sociais. A BN de tipo purgativo caracteriza-se pela presença de vômitos ou pelo uso abusivo de purgativos, enquanto o tipo não purgativo refere-se à adoção de jejuns ou exercícios físicos exagerados como forma de compensação.

Duas distinções são importantes para o diagnóstico apropriado desses TAs:

- 1** os adolescentes com AN sofrem de desnutrição, o que não ocorre com os pacientes bulímicos
- 2** as condições têm cursos distintos, com a AN iniciando-se mais cedo e com prognóstico pior em relação à BN. No entanto, AN e BN são muitas vezes comórbidas, uma vez que é comum que os pacientes transitem regularmente de um transtorno para o outro (Dumas, 2011).

Estudos epidemiológicos realizados ao longo dos últimos anos indicam que a prevalência de 12 meses de AN entre jovens do sexo feminino é de aproximadamente 0,4% (APA, 2014). Mais de 90% dos indivíduos anoréxicos são adolescentes ou mulheres jovens, e, ainda que o transtorno seja muito mais raro em homens, ele geralmente se apresenta e evolui de forma semelhante. A AN em geral começa entre os 15 e os 19 anos, sendo que pelo menos 40% dos afetados encontram-se nessa faixa etária. É raro que ela se inicie antes da puberdade, e sua incidência aumenta consideravelmente na adolescência, decrescendo com a idade (Dumas, 2011).

A BN é apontada pelos estudos epidemiológicos como sendo mais - frequente que a AN, em geral iniciando um pouco mais tarde, no período final da adolescência. Nos países industrializados, a prevalência de 12 meses de BN entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%, também tendo aumentado nos últimos anos. Em relação ao sexo masculino, a BN também é bem menos comum, com uma proporção feminino-masculino de cerca de 10:1 (APA, 2014).

No entanto, essas taxas não consideram um grande número de pessoas que não chegam a preencher todos os critérios diagnósticos. Por exemplo, muitos adolescentes buscam ativamente emagrecer, embora já estejam - excessivamente magros para sua saúde, ainda que não apresentem um TA clássico. Além disso, há uma proporção elevada de jovens de ambos os sexos que manifestam diversos sintomas de AN ou BN, mas, por apresentarem peso dentro da normalidade ou crises de hiperfagia com frequência inferior a duas vezes por semana, não têm um diagnóstico estabelecido. Embora o futuro desses adolescentes seja mais favorável em relação ao daqueles com TAs, acredita-se que 7 a 10% desenvolverão posteriormente quadros clássicos de AN ou BN.

Tratamento dos transtornos alimentares

Os TAs são quadros que frequentemente cursam com cronicidade, de modo que o vínculo com os terapeutas tende a ser prolongado, intenso e desafiador, exigindo qualificação adequada, preparo específico e manejo contínuo por parte da equipe para lidar com suas peculiaridades. Essas habilidades se justificam pelo fato de que as complicações clínicas e emocionais dos TAs são variadas, algumas sendo potencialmente graves. Assim, o diagnóstico e o tratamento desses transtornos devem ser realizados precocemente, envolvendo a unidade paciente-família, e o atendimento, dependendo da modalidade terapêutica, pode ser individual e/ou grupal.

Tratamento cognitivo-comportamental

A comprovada eficácia das terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) no tratamento de diversas psicopatologias também se aplica aos TAs. No manejo da AN, evidências sugerem que a TCC melhora a adesão do paciente ao tratamento, minimizando o abandono, além de resultar em redução dos principais sintomas do quadro, levando a ganho de peso mais rápido, quando comparada à abordagem psicodinâmica (Galsworthy-Francis & Allan, 2014). Quanto à BN, a TCC também se mostrou mais eficaz em reduzir os comportamentos de compulsão alimentar e purgação do que a abordagem psicodinâmica, sendo mais rápida no alívio de sintomas psicopatológicos gerais e específicos à BN (Poulsen et al., 2014).

Murphy, Straebl, Cooper e Fairburn (2010) propuseram um modelo para o tratamento cognitivo-comportamental desses transtornos baseado na formulação transdiagnóstica da BN, a qual se estende para os demais TAs. De acordo com esse modelo teórico, a supervalorização do peso e da forma corporais e o controle desses atributos são centrais para a manutenção de todos os tipos de TAs. A maioria das características clínicas pode ser entendida como consequência direta dessa psicopatologia, resultando em:

- 1** restrição alimentar
- 2** preocupação com comida e alimentação, peso e forma corporais
- 3** verificação excessiva da forma e do peso corporais ou sua evitação
- 4** engajamento em métodos extremos para o controle do peso

A única característica que não é um reflexo direto da psicopatologia central é a compulsão alimentar, que ocorre em todos os casos de BN, em alguns casos de AN e em muitos casos de transtornos não especificados. A TCC entende que esses episódios são resultado de repetidas falhas em cumprir dietas altamente restritivas e específicas, sendo interpretados como prova de reduzido autocontrole. Assim, o abandono temporário da restrição alimentar resulta na compulsão, a qual, por sua vez, mantém a psicopatologia principal dos TAs, intensificando as preocupações do paciente sobre sua habilidade de controlar a própria alimentação, bem como sua forma e seu peso corporais. Ainda, a compulsão alimentar também incita maior restrição alimentar subsequente, e, dessa forma, aumenta o risco de um novo episódio de compulsão alimentar.

Três outros processos também podem manter a compulsão. Em primeiro lugar, as dificuldades interpessoais e as mudanças de humor associadas tornam difícil a manutenção da restrição alimentar. Segundo, à medida que temporariamente alivia o estado de humor negativo e dispersa os pacientes de suas dificuldades, a compulsão alimentar pode se tornar um meio de lidar com esses problemas. Em terceiro, em indivíduos que se engajam em comportamentos compensatórios, a crença equivocada na efetividade dos vômitos autoinduzidos e do uso de laxantes como forma de controlar o peso resulta em importante obstáculo para a extinção desses episódios.

Além disso, o isolamento social e a perda de interesse em situações sociais impossibilitam os pacientes de se expor a experiências que poderiam diminuir a importância atribuída à forma e ao peso corporais. Essa formulação transdiagnóstica é apresentada na Figura 9.1. É importante ressaltar que, para cada paciente, a formulação é resultante de seus sintomas psicopatológicos, devendo ser entendida como um guia para os principais processos psicológicos que serão focos do tratamento.

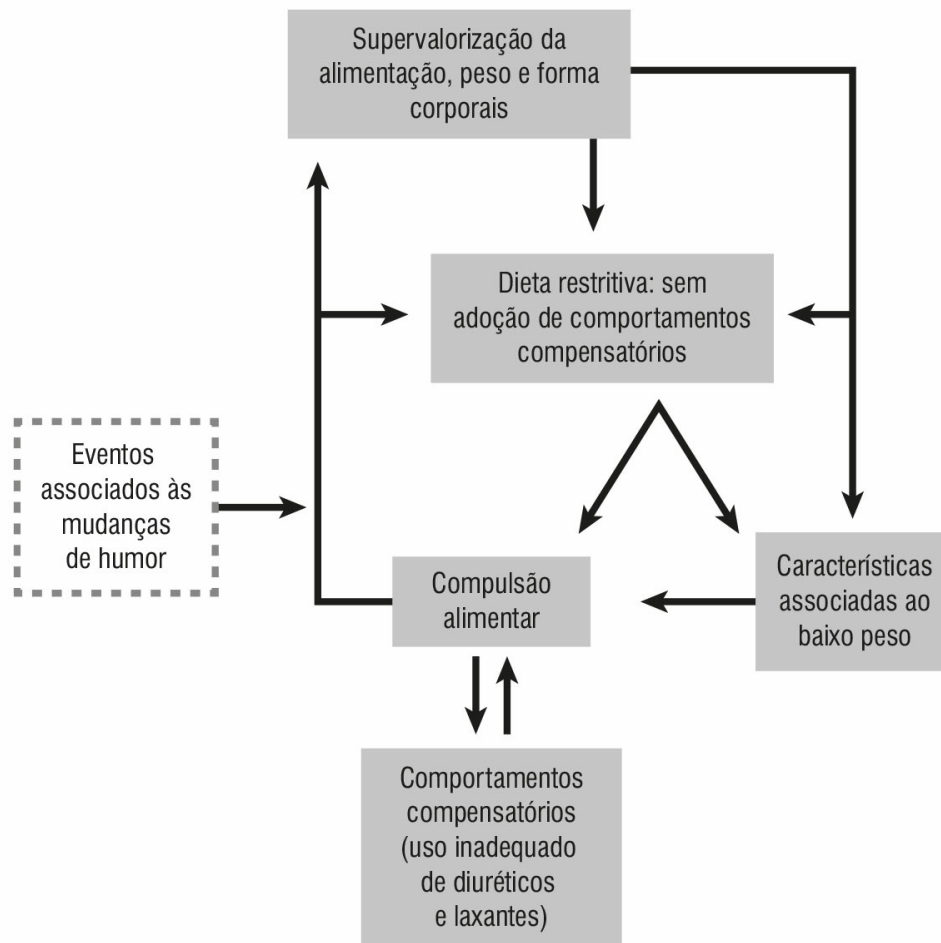


Figura 9.1

FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL TRANSDIAGNÓSTICA DA BN, ESTENDENDO-SE AOS DEMAIS TAs.

Fonte: Murphy e colaboradores (2010).

Com base nesse modelo, Murphy e colaboradores (2010) elaboraram um tratamento denominado “terapia cognitivo-comportamental potencializada”

(tradução livre de “*Enhanced*” *Cognitive Behavioral Therapy* [CBT-E]). A CBT-E foi desenvolvida para uso no tratamento de pacientes adultos com qualquer TA e pode ser adaptada para adolescentes. É descrita como “potencializada” porque utiliza várias estratégias e procedimentos novos para melhorar os resultados terapêuticos, abordando obstáculos que são “externos” às características dos TAs, como perfeccionismo clínico, baixa autoestima e dificuldades interpessoais. Existem duas intensidades da CBT-E: para pacientes que não estão significativamente abaixo do peso, consistindo em 20 sessões semanais; e para pacientes que apresentam baixo peso significativo, com 40 sessões.

Antes do início do tratamento, é importante que o terapeuta avalie a preparação do paciente para o tratamento e para mudanças, a partir de uma entrevista inicial a fim de acessar a natureza e extensão do problema. Essa entrevista leva, normalmente, duas sessões, tem caráter colaborativo e é desenvolvida tanto para deixar o paciente confortável como para iniciar o engajamento ao tratamento e à mudança. Nesse momento, o profissional deve expor os principais objetivos da terapia e encorajar o paciente a ver o tratamento de forma otimista, como uma oportunidade para lidar com seu transtorno.

Vale ressaltar que os adolescentes com AN e BN não reconhecem seus sintomas como problemas. Isso torna o tratamento ainda mais difícil, uma vez que a participação em terapia é predominantemente involuntária, resultando em baixa adesão inicial ao processo terapêutico. Assim, contextualiza-se uma relação terapêutica pouco colaborativa, que deve também ser foco terapêutico (Bowers, Evans, Le Grange, & Anderson, 2009).

O primeiro estágio da CBT-E é bastante intensivo, envolvendo aproximadamente oito sessões – duas por semana, totalizando quatro semanas. Os objetivos desse primeiro estágio são:

- 1** promover o engajamento ao tratamento e à mudança
- 2** psicoeducar o paciente sobre o tratamento e o transtorno
- 3** introduzir dois importantes procedimentos – “pesagem semanal” e “alimentação regular”

As alterações realizadas neste estágio formam uma base para as mudanças seguintes.

O engajamento pode ser alcançado quando o terapeuta envolve o paciente no tratamento, responsabilizando-o pelos ganhos e mostrando as possibilidades de mudança. Na formulação do caso, o profissional deve mostrar ao paciente o modo como os sintomas interagem e mantêm o transtorno, mostrando-lhe, inclusive, o esquema da Figura 9.1, bem como incorporando as experiências particulares do paciente, com suas próprias palavras. É interessante iniciar a formulação pelo comportamento que o paciente quer mais mudar, fazendo-o entender que o comportamento em questão é compreensível e mantido por uma série de mecanismos que podem ser alterados.

O automonitoramento também é introduzido nas sessões iniciais e continua a ocupar um papel central ao longo da maior parte do tratamento. O terapeuta deve explicar claramente ao paciente as razões dessa atividade: primeiro, ela possibilita maior entendimento do problema alimentar e identifica seu progresso; segundo, e mais importante, ajuda o indivíduo a se conscientizar sobre o que aconteceu em cada momento, de modo que comece a fazer mudanças comportamentais que podem se tornar automáticas ao longo do tempo.

Quanto ao estabelecimento da “pesagem semanal”, o peso do paciente deve ser verificado apenas uma vez por semana, montando-se um gráfico, para que ele consiga visualizar concretamente a evolução de seu peso corporal. Dessa forma, ele é orientado a não se pesar em outros momentos. Essa pesagem semanal inserida na sessão tem três objetivos:

- 1** psicoeducar sobre o peso corporal, abordando os princípios físicos de sua regulação
- 2** proporcionar um dado preciso ao paciente sobre seu peso quando seus hábitos alimentares estão em modificação e
- 3** trabalhar com a checagem ou evitação excessivas do peso corporal, o que é de grande importância

A partir dessas orientações, o terapeuta também inicia o estabelecimento de um padrão regular de alimentação, em consonância com as orientações

nutricionais. Nessa etapa, são usadas técnicas de distração para auxiliar o paciente a aderir à alimentação regular, a fim de desviar o foco atencional de situações ou locais que desencadeiam a compulsão. O paciente também é orientado a perceber que a sensação intensa que levaria ao início da compulsão é temporária e pode ser suportada.

Adicionalmente, desde a primeira etapa, deve ser enfatizado o trabalho com os pais e outras pessoas significativas para o adolescente. É importante que o terapeuta identifique as crenças disfuncionais que os pais podem transmitir ao jovem – incluindo aquelas relativas aos TAs – e que levem a práticas parentais mal-adaptativas, como tentativas coercitivas e controladoras para fazer o adolescente se alimentar (Bowers et al., 2009).

O segundo estágio é breve, mas essencial, compreendendo duas sessões semanais. Enquanto os processos introduzidos no primeiro estágio continuam, terapeuta e paciente conduzem, em conjunto, uma revisão do progresso, a fim de identificar obstáculos para a mudança e os problemas que ainda existem. Se perfeccionismo clínico, baixa autoestima ou dificuldades interpessoais parecem ser responsáveis pelo TA, tem-se uma indicação para a implementação da versão mais longa da CBT-E.

O terceiro estágio consiste na parte central do tratamento, cujo objetivo é acessar os procedimentos-chave que mantêm o TA do paciente. Geralmente, esse estágio dura oito sessões. O terapeuta deve explicar ao paciente o que é autoavaliação e ajudá-lo a compreender como ele se avalia, mostrando a grande importância atribuída ao corpo e à alimentação. O paciente deve entender os problemas inerentes a essa crença inadequada da autoavaliação, sendo o principal deles o fato de que, ao atribuir grande valor a esse aspecto, o sucesso em controlar o peso e a alimentação determina unicamente sua autoestima, marginalizando as demais áreas de sua vida.

Nesse estágio também é introduzida a abordagem dos outros sintomas clínicos externos ao TA. O perfeccionismo intensifica os principais sintomas do transtorno, interferindo na eficácia do tratamento, como, por exemplo, na dificuldade em flexibilizar a restrição alimentar. O primeiro passo é adicionar o perfeccionismo na formulação do caso do paciente, considerando suas consequências para ele e sua vida.

A baixa autoestima consiste em uma visão negativa duradoura e generalizada de si mesmo, sendo independente do TA, e não secundária a sua presença. Esse sintoma costuma ser uma barreira para o engajamento no tratamento, porque o paciente considera o fato de conseguir controlar seu peso e sua alimentação um importante aspecto de seu autoconceito, mantendo algum senso de autoestima, e, assim, não quer abrir mão desse controle. Com base nessa formulação, devem ser identificadas as principais distorções cognitivas, tais como a desconsideração de qualidades positivas e a supervalorização de aspectos negativos. Com o emprego da reestruturação cognitiva e dos experimentos comportamentais, os pacientes podem ser beneficiados, alcançando uma visão mais equilibrada de sua autoestima.

Tendo em vista que, ao final da adolescência, as habilidades de raciocínio abstrato se consolidam, é importante ressaltar que, a depender da fase da adolescência em que o paciente se encontra, bem como do nível de seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo, sua capacidade para auto-observação e compreensão de alternativas hipotéticas pode ser limitada. O mesmo vale para sua habilidade em manejar e guiar seu comportamento por princípios abstratos (modificação de crenças). Assim, o terapeuta deve utilizar recursos mais concretos, como a criação de um diário, para que o adolescente escreva sempre seus pensamentos, para obter uma visão mais objetiva das situações e, por fim, uma compreensão mais clara das suas principais crenças disfuncionais. Nesse sentido, as intervenções essencialmente comportamentais com frequência também são muito indicadas, sobretudo nesses casos mais graves, com destaque para técnicas de confrontação. Por exemplo, diante de pensamentos automáticos irracionais como “Após esta refeição, com certeza engordei uns três quilos, posso ver!”, o terapeuta pode orientar o paciente a se pesar exatamente após as refeições, de modo a obter uma evidência contrária ao seu pensamento disfuncional.

Como parte do tratamento cognitivo-comportamental, também é necessário que o profissional conduza um treino de habilidades sociais específico aos déficits de habilidade de cada paciente. É comum que os pacientes com TAs, especialmente aqueles com AN, apresentem dificuldades em:

- 1** expressar pensamentos e sentimentos

- 2 iniciar, manter e encerrar conversação
- 3 fazer e recusar pedidos
- 4 responder a críticas
- 5 fazer e receber elogios
- 6 defender seus direitos e opiniões

O desenvolvimento dessas habilidades favorece a modificação comportamental nas relações interpessoais, o cultivo de crenças de autoeficácia e o aumento da autoestima.

Por fim, o quarto estágio do tratamento consiste na prevenção de recaídas, visando a antecipação e preparação para o enfrentamento de situações de estresse que, anteriormente, ativavam os padrões disfuncionais. É importante que o adolescente entenda o aparecimento de recaídas como um processo normal de adaptação às mudanças e não como um fracasso terapêutico. A estratégia de prevenção de recaída consiste em identificar os fatores de risco, buscar estratégias para preveni-los e especificar como agir durante uma recaída. Recomenda-se que o paciente elabore, com o auxílio do terapeuta, anotações a que possa recorrer no momento e que contenham informações como as principais mudanças realizadas no período do tratamento e as estratégias empregadas para alcançá-las. Assim, o adolescente tem um recurso concreto para, sozinho, conseguir encontrar as estratégias que auxiliarão em seu processo de recuperação, buscando incorporá-las novamente em seu cotidiano (Murphy et al., 2010).

Terapêutica nutricional

Segundo a American Dietetic Association (ADA), o tratamento deve incluir o monitoramento do estado nutricional do paciente e a reabilitação nutricional, em que o nutricionista e a equipe trabalham juntos para modificar os comportamentos ligados ao peso e à alimentação. É um percurso demorado e nem sempre com resultados satisfatórios, uma vez que as questões emocionais e psicológicas interferem de forma significativa no processo de mudança (Ozier & Henry, 2011).

Avaliação inicial: antropométrica

A avaliação do estado nutricional por meio da antropometria é bem mais complexa em adolescentes devido à grande variabilidade no crescimento e nas dimensões corporais, que dependem do estado nutricional dos indivíduos, bem como do desempenho do crescimento nas idades anteriores e de fatores hormonais relacionados ao processo de maturação sexual.

O IMC, obtido dividindo-se o peso, em quilogramas (kg), pela estatura, em metros, elevada ao quadrado, é um indicador recomendado - internacionalmente para diagnóstico individual e coletivo dos distúrbios nutricionais na adolescência. Essa medida incorpora a informação da idade do jovem e foi validada como indicador de gordura corporal total nos percentis superiores. Além disso, proporciona a continuidade com o indicador utilizado entre adultos. Apesar de sofrer influência do estágio da maturação sexual, reflete o estado nutricional dos indivíduos, em particular o *status* do balanço energético e a extensão dos depósitos de tecido adiposo na massa corporal do adolescente.

Para avaliação nutricional de adolescentes, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) recomenda a adoção da referência proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007). A classificação do estado nutricional de adolescentes varia de magreza acentuada (< percentil 0,1) até obesidade grave (> percentil 99,9), de acordo com as curvas de crescimento (Brasil, 2011), conforme mostra a Tabela 9.1.

TABELA 9.1 VALORES CRÍTICOS E ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC PARA IDADE	ESTATURA PARA IDADE
< Percentil 0,1	< Escore z -3	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore z -3 e < Escore z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade

$\geq$ Percentil 3 e < Percentil 15	$\geq$ Escore z -2 e < Escore z -1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
$\geq$ Percentil 15 e $\leq$ Percentil 85	$\geq$ Escore z -1 e $\leq$ Escore z +1		
> Percentil 85 e $\leq$ Percentil 97	> Escore z +1 e $\leq$ Escore z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e $\leq$ Percentil 99,9	> Escore z +2 e $\leq$ Escore z +3	Obesidade	
> Percentil 99,9	> Escore z +3	Obesidade grave	

Fonte: WHO (2006).

Para determinar com precisão o limite de normalidade do peso do adolescente, é importante considerar a morfologia própria de cada indivíduo e seu peso corporal antes do início do quadro. Além disso, o peso pode ser considerado baixo demais quando inferior a 85% do esperado segundo as curvas de crescimento para idade, sexo e altura (Dumas, 2011). De acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), não há peso mínimo como critério diagnóstico, e sim níveis de gravidade (leve, moderado e grave), de acordo com os percentis correspondentes aos valores de IMC para adultos (APA, 2014).

A avaliação antropométrica deve ser realizada, de preferência, sempre pelo mesmo profissional (nutricionista ou enfermeiro), para minimizar a possibilidade de erros. O protocolo para pesagem dos adolescentes em um programa de internação ou em regime ambulatorial deve ser definido anteriormente, incluindo quem fará a pesagem, quando ela ocorrerá e se o paciente vai saber ou não seu peso.

Além dessas medidas, é importante também, quando disponível, a realização de outros métodos de avaliação da composição corporal, como, por exemplo, as pregas cutâneas, a circunferência da cintura e a bioimpedância elétrica, principalmente nos casos em que há alteração significativa de peso, incluindo perda de massa magra e massa gorda.

Avaliação inicial: alimentar

A anamnese alimentar deve ser realizada na primeira consulta, quando o nutricionista investiga o padrão de comportamento alimentar, desde hábitos e rotinas até consumo alimentar (de forma quantitativa, pela ingestão de nutrientes, utilizando o Recordatório de 24 horas; e de forma qualitativa, pelo Questionário de frequência alimentar). O profissional também interroga sobre preferências e aversões alimentares, mitos e tabus, hábito intestinal e ingestão hídrica, presença de compulsão alimentar e vômitos (espontâneos ou provocados), além do uso de laxantes, diuréticos e suplementos alimentares. A partir dessas informações, é possível calcular o valor calórico total da alimentação e compará-lo ao gasto energético, considerando que adolescentes com TAs tendem a desenvolver programas intensivos de atividade física, além daquelas de natureza escolar e profissional, com o objetivo de aumentar o gasto calórico e perder peso.

Nos casos de AN, é comum observar práticas alimentares extravagantes em relação a alimentos e refeições, ao mesmo tempo em que há preocupação acentuada com a alimentação (onde comprar os alimentos, o que comprar, quem vai preparar, onde comer, com quem comer, como comer). Os pacientes costumam, entre outros hábitos:

- 1** esconder alimentos nos armários, no banheiro e em roupas, na tentativa de burlar a família sobre a ingestão alimentar
- 2** dividir os alimentos em pequenas porções antes de comê-los e mastigar lentamente pequenas quantidades, podendo até cuspi-los
- 3** evitar comer na presença dos demais membros da casa
- 4** preparar pratos deliciosos para os outros, sem nada provar
- 5** observar curiosamente as refeições alheias e insistir para que os outros comam tudo
- 6** interessar-se por tudo que diga respeito a culinária e dietas, obter grande conhecimento a respeito das calorias dos alimentos, das dietas da moda e de nutrição
- 7** fiscalizar a cozinha e a despensa, cuidando da reposição dos estoques de alimento, e fazer compras no supermercado

Já na BN, outros comportamentos podem estar presentes, como expressar repugnância pelos alimentos, incômodo em comer na presença dos outros, sensação de não poder comer livremente; sentimento de raiva por sentir fome – interpretado como sinal de perda de controle, sensação de incompetência para lidar com o alimento, uso da comida como meio de adaptação externa e tentativa de controle interno (Alvarenga & Philippi, 2011).

Aconselhamento alimentar

Na assistência nutricional, o atendimento deve ser, em um primeiro momento, com o paciente e sua família, e, depois, individual. O nutricionista é o profissional responsável por realizar a avaliação e o seguimento nutricionais, cujas condutas devem estar em sintonia com as demais abordagens. Deve levar em consideração os hábitos e costumes alimentares, desmistificando as crenças e proibições de consumo de determinados alimentos que os próprios pacientes não se permitem consumir, por receio de engordar ou perder o controle da ingestão. Em um contexto de respeito e compreensão das dificuldades do adolescente, o profissional sugere e negocia constantemente as possíveis mudanças em seus hábitos alimentares, a fim de promover melhor equilíbrio e adequação quantitativa e qualitativa.

O aconselhamento nutricional tem como objetivo restabelecer o estado nutricional do jovem, melhorando a ingestão alimentar, o padrão das refeições e outros comportamentos associados por meio da educação alimentar. Ao longo do seguimento, o nutricionista trabalha com o paciente os conceitos de alimentação saudável, utilizando algum guia de orientação (roda de alimentos ou pirâmide alimentar), o número ideal de refeições por dia, buscando identificar com o paciente o sentimento de fome e saciedade, muitas vezes perdido no decorrer do adoecimento. Inicia-se, assim, a formação do vínculo entre o profissional nutricionista, o paciente e os familiares, sem perder de vista as dificuldades desse processo e as combinações necessárias para seu progresso (Bighetti et al., 2006).

Na anorexia nervosa

A realimentação é a primeira escolha para a recuperação do peso e a mais bem-sucedida na recuperação em longo prazo. Não é necessária a prescrição de alimentação modificada em termos de consistência e composição, mas

orientação para o aumento do número de refeições e do volume em cada uma delas. O plano alimentar tem de ser individualizado, contendo refeições principais e lanches intermediários, com variedade de alimentos, e mantendo em equilíbrio as preferências do paciente, suas crenças, mitos e medos, juntamente com aquilo que acredita ser mais saudável e balanceado. O aumento de calorias deve ser gradual, à medida que o adolescente consegue reintroduzir novos alimentos – inicialmente com aqueles que já fazem parte do seu repertório atual, e depois com os mais calóricos.

Assim, é comum que as necessidades calóricas e nutritivas não sejam atingidas no início do seguimento, e, se essa situação perdurar, com piora da perda de peso e do quadro clínico, suplementos por via oral devem ser prescritos de forma concentrada e hipercalórica. Caso não haja sucesso com essa conduta, o regime de internação pode ser indicado, com utilização de nutrição enteral e, em último caso, nutrição parenteral total. Por mais difícil que seja essa modalidade de tratamento, tanto para o adolescente quanto para a família, a hospitalização em serviços especializados pode trazer resultados terapêuticos mais satisfatórios (Palma, Dos Santos, & Ribeiro, 2013).

Nesse processo, é imprescindível que o terapeuta tenha clareza que a evolução é lenta e respeite os limites apresentados pelo adolescente quanto à aceitação do que está sendo proposto, compreendendo sua resistência como parte do tratamento. As metas devem ser exequíveis e praticáveis, com pequenas expectativas de recuperação do quadro nutricional, desde que essa situação não traga risco de vida ao paciente.

Na bulimia nervosa

Nessa situação, é necessário um planejamento alimentar que inclua o fracionamento das refeições, evitando-se ingestão energética excessiva e grandes volumes consumidos em pequenos intervalos de tempo. Deve ser priorizada a interrupção do método purgativo (autoindução de vômitos, uso indiscriminado de laxativos, diuréticos, anorexígenos e preparados tireoidianos, bem como prática exagerada de atividade física) ou, pelo menos, a minimização de sua frequência, na tentativa de reduzir os danos (Ribeiro & Santos, 2013).

Deve-se sempre enfatizar o consumo de alimentos habituais, e, na maioria dos casos, não é necessária a utilização de alimentos especiais. Suplementos alimentares são raramente indicados, e a terapia nutricional enteral ou a nutrição parenteral devem ser reservadas para os casos graves, em que a subnutrição e as complicações associadas aos distúrbios hidreletrolíticos põem em risco a vida do adolescente. Essas medidas não são isentas de complicações, podendo levar, por exemplo, a síndrome de realimentação com a retenção hídrica e alterações eletrolíticas graves em jovens já debilitados.

A ingestão calórica, inicialmente, deve ser suficiente para manter o peso e prevenir a fome, já que esta aumenta a possibilidade da compulsão alimentar. É necessário ajudar o paciente a reaprender – ou mesmo redescobrir – seus sinais de fome, quando se pode/deve comer, quanto alimento é suficiente e quais seriam os alimentos, o que é comer normalmente, aspectos que parecem simples, mas que se tornam confusos e perturbadores para esses adolescentes. O diário alimentar continua sendo uma ferramenta útil para o acompanhamento da evolução do consumo alimentar e a adoção de novos comportamentos e práticas.

No entanto, se há excesso de peso, uma perda razoável só será obtida após a estabilização do padrão alimentar. A interrupção da purgação pode levar a aumento de peso, atribuído parcialmente à reidratação. As flutuações de peso devem ser discutidas com o adolescente, sendo interessante utilizar a -avaliação da composição corporal como forma de monitoramento dos tecidos orgânicos. Em contrapartida, a retirada dos laxantes às vezes leva à constipação, e, assim, deve haver orientação alimentar para promover a função intestinal normal, com estímulo à ingestão de fibras e água.

OBESIDADE E TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR

É consenso que a obesidade tem causas multifatoriais, ou seja, há aspectos genéticos, congênitos, culturais e comportamentais que podem desencadear essa condição. Apesar das evidências consistentes de influência genética no estabelecimento dos quadros de obesidade, nas últimas décadas ocorreu uma mudança no padrão alimentar dos adolescentes, com aumento do consumo de açúcares e alimentos industrializados, bem como ingestão insuficiente de

frutas e hortaliças. Sabe-se que os hábitos alimentares iniciam na infância, por meio do reforço positivo dos pais e das associações que a criança estabelece com os mais diferentes sabores. No entanto, é na adolescência que o meio tem influência decisiva na dieta.

Por ser um período de busca da identidade, é nos pares que os adolescentes buscam se espelhar. É comum, nessa etapa do desenvolvimento, o desejo de “pertencer” a um grupo, de modo que o que a turma escolhe para comer passa a ser a escolha do jovem. Nesse sentido, levar lanches saudáveis para a escola pode parecer “careta” e feio, considerando que muitos adolescentes que estão em dieta comem frutas no banheiro para não “passar vergonha”. Mesmo diante de políticas públicas nacionais que preconizam a alimentação saudável nas escolas, ainda há cantinas e bares que disponibilizam uma variedade de alimentos industrializados na hora do lanche.

Com esses alimentos ganhando espaço na vida das pessoas, em nome da praticidade perde-se o hábito de preparar as próprias refeições, e a ingestão de gorduras transgênicas e saturadas, além de sódio, comuns nesses alimentos e nos *fast foods*, aumentam as chances do ganho de peso. O gosto pela praticidade é modelado em casa, já que as constituições familiares e a situação econômica muitas vezes não permitem que os pais preparem os alimentos para os filhos. Além disso, a mídia direcionada ao público jovem vende essa facilidade, rapidez e satisfação, associando muitos produtos não saudáveis a expectativas de sucesso.

O avanço tecnológico vem sendo considerado o grande vilão para o aumento do sedentarismo, considerando pesquisas que comprovam a relação positiva entre o aumento do peso e o número de horas diante do computador, do celular ou da televisão (Arora et al., 2012; Rosen et al., 2014). Os jovens priorizam essas atividades sedentárias por diversas questões, tais como a impossibilidade de atividades na rua por motivos de segurança e a falta de estímulo da família, que muitas vezes é inativa fisicamente, e da escola, que oferece aulas de educação física teóricas e com metodologias ultrapassadas.

Da mesma forma que em adultos, a obesidade na adolescência pode impactar nas condições de saúde principalmente em relação aos seguintes aspectos:

- 1** Risco cardiovascular: o acúmulo de gordura visceral, a resistência à insulina e as alterações do perfil lipídico podem desencadear precocemente doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes melito tipo II, uma vez que os eventos cardiovasculares oriundos dessa condição têm sido a principal causa de morte no mundo (Cobayashi, Oliveira, Escrivão, Silveira, & Taddei, 2010; Engeli, 2015).
- 2** Dificuldades para manutenção de um peso saudável: é durante a adolescência que o sujeito adquire 25% de sua estatura final e 50% do seu peso definitivo; por isso, nesse período há maior risco de desenvolver obesidade que pode persistir na vida adulta e comprometer a sobrevida (Onis et al., 2007).
- 3** Problemas físicos: a obesidade pode trazer consequências negativas a diversos órgãos na adolescência ou no início da vida adulta, como ovário policístico; doenças renais e hepáticas; cálculos renais; trombose venosa profunda; dores lombares, osteoartrite e hiperuricemia; gota; embolia pulmonar; falta de ar; e apneia (Yanovski, 2015).
- 4** Problemas relacionados à imagem corporal: é comum a insatisfação com a imagem do corpo em adolescentes obesos, considerando que há uma forte influência social determinando padrões de beleza. Com base nesses padrões, a insatisfação com o próprio corpo compromete uma construção positiva da autoimagem, como já abordado (Pelegrini et al., 2014).
- 5** Problemas sociais: independentemente da etnia, sexo ou classe social, adolescentes obesos tendem a ser mais estigmatizados em ambientes sociais, como a escola, em função do corpo. Assim, há uma tendência para isolamento social, bem como prejuízos no desempenho acadêmico e no desenvolvimento da sexualidade (Mattos, Perfeito, Carvalho, & Retondar, 2012).
- 6** Transtornos psiquiátricos: as consequências psicológicas por estar acima do peso podem comprometer o desenvolvimento saudável da personalidade, já que a adolescência é naturalmente marcada por mudanças cognitivas, sociais e pessoais significativas, em que o indivíduo busca maior autonomia, ampliação de seu meio social e novas formas de interagir com o mundo. Os prejuízos psicológicos prevalentes dessa condição são: depressão, ansiedade e estresse, além do

desenvolvimento do autoconceito negativo (Grønbaek & Holm, 2011; Harriger & Thompson, 2012).

Todos esses fatores têm impacto na qualidade de vida do paciente, o que reforça a probabilidade de que desenvolva transtornos psiquiátricos, aumentando o risco de suicídio (Farhat, 2015; Yen, Liu, Ko, Wu, & Cheng, 2014). Além disso, transtornos relacionados ao controle do impulso, em especial o transtorno de compulsão alimentar (TCA), também estão fortemente associados ao sobrepeso/obesidade, funcionando como um fator tanto determinante quanto impactante.

Compulsão alimentar no adolescente com obesidade

A compulsão alimentar (CA) foi incluída como transtorno alimentar no DSM apenas em sua quinta edição. O TCA é caracterizado pela ingestão de uma grande quantidade de alimentos em um período de tempo delimitado (até duas horas), acompanhada da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come. Apesar de esse fenômeno clínico ocorrer também em pessoas eutróficas, observam-se maiores frequência e associação com a obesidade, porque não há comportamentos compensatórios ou purgativos e, portanto, não há um gasto energético de toda caloria ingerida.

A adolescência é um período de maior fluxo hormonal, confusão - emocional e impulsividade. Essas questões constituem um desenvolvimento dentro do esperado, mas, ao lidar com elas, muitos jovens encontram na comida uma estratégia para aliviar o desconforto e, por isso, ganham peso. Assim, aspectos como solidão, tédio, raiva e ansiedade favorecem a compulsão. Ter compulsão e engordar coloca o adolescente em um círculo vicioso, no qual se estabelecem crenças negativas sobre si mesmo, e pensamentos disfuncionais desencadeiam novos episódios de compulsão, que trazem, como consequência, estados emocionais negativos (Chao, Grilo, White, & Sinha, 2014). Dessa maneira, estabelecem-se crenças de fracasso que reforçam a CA e perduram até a vida adulta, o que dificulta a redução do peso.

Outros desencadeantes da compulsão alimentar são as dietas restritivas ou os regimes populares, assim como ocorre nos demais TAs. Isso acontece porque, na primeira recaída em relação aos alimentos proibidos, a pessoa está

propensa a ingerir uma quantidade muito maior do que comeria se não estivesse na dieta, pois a crença de fracasso e os pensamentos permissivos podem desencadear episódios de CA (Polivy, Herman, & Deo, 2010).

É importante considerar a possibilidade de TCA em muitos adolescentes que participam de programas para perda de peso, tendo em vista que se trata de um transtorno que potencializa o impacto emocional que a obesidade tem na vida do indivíduo.

Tratamento para a obesidade na adolescência

Há diversos métodos de tratamento para a obesidade em adolescentes, todos eles visando a redução de peso. Atualmente, a prescrição medicamentosa e procedimentos invasivos, como a cirurgia bariátrica, são indicados apenas em casos em que há presença de comorbidades que possam colocar a vida em risco. De acordo com as principais diretrizes nacionais e internacionais de tratamento da obesidade, a terapia de primeira escolha para crianças e adolescentes é a mudança de estilo de vida. Isso requer mudança comportamental em relação aos hábitos alimentares e adesão à prática de exercício físico (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2010; Spear et al., 2007).

Modificar o comportamento alimentar e iniciar o comportamento de se exercitar é uma tarefa complexa, especialmente para adolescentes. A literatura demonstra uma forte relação entre a obesidade em jovens e a desistência de programas de exercícios supervisionados, bem como baixas taxas de sucesso em intervenções para perda de peso (Baan-Slootweg et al., 2014). Diversos aspectos biopsicossociais dificultam a adesão às intervenções comportamentais (Lofrano-Prado et al., 2013), mas pesquisadores e profissionais têm concentrado atenção nas barreiras biológicas e psicológicas dos jovens, e não na natureza das intervenções.

É importante planejar tratamentos com foco nas diferentes fases da adolescência, tomando o cuidado para não replicar estratégias destinadas a adultos. A linguagem também é um importante preditor de engajamento do adolescente na intervenção. Alguns estudos utilizam tecnologias (*videogame* com sensor de movimento para a prática de exercício físico, redes sociais, *websites*, mensagens e aplicativos em celulares) como forma de aumentar a

adesão aos tratamentos, considerando que essa é a linguagem predominante entre os jovens (Ajie & Chapman-Novakofski, 2014; Napolitano, Hayes, Bennett, Ives, & Foster, 2013).

Estudos que se propuseram a analisar os componentes de intervenções para perda de peso em adolescentes demonstram uma unanimidade na literatura sobre a importância da atitude interdisciplinar ante o adolescente obeso. Mais importante do que o atendimento multidisciplinar, é fundamental que o profissional considere os aspectos biopsicossociais e a relação do sujeito com o contexto como possibilidade de tratamento. Entre os componentes essenciais nos principais estudos que buscaram evidências de efetividade de programas destinados a jovens, encontram-se (Boff, Batista, Liboni, Souza, & Oliveira, 2016; Kelly & Melnyk, 2008):

- 1 orientação nutricional para uma alimentação saudável e não restritiva
- 2 orientações para a prática de exercício físico regular
- 3 envolvimento da família e da escola no processo de mudança comportamental
- 4 terapia psicológica de apoio

Tratamento cognitivo-comportamental

Uma revisão sistemática que incluiu 26 ensaios clínicos para avaliação de tratamento com adolescentes demonstrou que, em 16 intervenções, foi utilizada como abordagem de tratamento a terapia cognitivo-comportamental (TCC) (Boff et al., 2016). Os resultados desse estudo corroboram as estratégias propostas por modelos de tratamentos em TCC já consagrados, como aqueles de Fainburn, Cooper e Hawker (2009) e de Beck (2011).

Os adolescentes com obesidade têm resistência em relação a orientações confrontativas de profissionais da saúde. Isso ocorre porque a maioria deles já vivencia na família ou na escola manifestações de preocupação hostis. Assim, uma alternativa pode ser a abordagem motivacional associada à TCC, que os auxilie a encontrar os motivadores intrínsecos de mudança e potencialize os efeitos do tratamento em longo prazo (Gourlan, Sarrazin, & Trouilloud, 2013; Kong et al., 2013; Macdonell, Brogan, Naar-King, Ellis, & Marshall, 2012). Além disso, é importante que o profissional compreenda o estágio de motivação para mudança em que o jovem se encontra, a fim de que

possa utilizar a estratégia cognitiva ou comportamental mais adequada para auxiliá-lo a mudar.

Os estágios motivacionais assinalam o *status* do indivíduo ao longo de um processo de mudança, ou seja, o quão pronto ele está para realizar a mudança; por isso, têm conotação temporal. Nos cinco estágios de prontidão, há cognições e comportamentos característicos do sujeito ante a mudança (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), e as estratégias cognitivas e comportamentais são mais eficazes se utilizadas no tempo certo. O estágio da pré-contemplação é marcado por uma negação do problema; o estágio de contemplação é marcado pela ambivalência do sujeito quanto a mudar; no estágio de preparação, a decisão de mudança foi tomada, e pode haver um planejamento dos passos a serem seguidos; a ação é marcada por mudanças comportamentais iniciadas considerando que o sujeito em manutenção já incorporou os comportamentos mais funcionais em relação à saúde há no mínimo dois anos.

A TCC aliada a uma abordagem motivacional vem se consolidando como a alternativa mais eficaz para a perda de peso em adolescentes por meio da mudança do estilo de vida. No entanto, trabalhar com jovens é sempre um desafio que demanda do profissional a busca de conhecimentos interdisciplinares, bem como uma postura flexível.

VINHETA CLÍNICA 9.1

Esta vinheta clínica traz o exemplo de Bruna, uma adolescente de 17 anos que participou de uma intervenção interdisciplinar em grupo para a perda de peso com duração de três meses e frequência semanal (12 encontros). O programa teve como foco a mudança do estilo de vida e utilizou uma abordagem motivacional associada a estratégias cognitivo-comportamentais. O desfecho principal foi a perda de peso e a redução da circunferência abdominal. O desfecho secundário foi o aumento da motivação para a mudança, além da autoeficácia para mudar hábitos alimentares e referentes à prática de exercício físico.

Após o programa, Bruna, perdeu 4,2 kg e diminuiu 10,3 cm na circunferência abdominal. No decorrer do período de participação no grupo, ela adquiriu habilidades e fortaleceu seu senso de eficácia, mobilizando o esforço necessário para ter sucesso em situações de alto risco, como vemos na seguinte fala, em que relata uma situação em que lhe ofereceram um pedaço de bolo: *“Eu disse não. E ela: mas só um pedacinho. Eu disse não... Daí ela foi lá, serviu e colocou na minha frente, e eu disse: eu não quero!”*. A participante persistia em situações difíceis, adquirindo experiências corretivas que reforçaram o sentimento de eficácia e eliminaram o comportamento defensivo. O ambiente externo, do qual fazem parte os relacionamentos interpessoais, tem uma contribuição importante para motivação para a mudança. Bruna contava com o exemplo não confrontador de sua mãe, como vemos na seguinte fala: *“Ela se preocupa porque, quando a gente está almoçando, tem salada e essas coisas na mesa... ela sempre demonstra uma preocupação, tipo para eu seguir o exemplo dela”*. Esse é um fator que pode ter contribuído para o aumento da sua motivação para a mudança do hábito alimentar.

No início do grupo, Bruna referia uma autoeficácia baixa para fazer exercícios sem companhia: *“Acho que se eu fosse mais segura de fazer uma atividade sozinha, acho que ‘segurança’ seria a palavra, talvez fizesse mais exercício, eu gosto de estar sempre acompanhada para fazer exercício”*. Com o decorrer dos encontros, a adolescente passou a fazer academia com uma vizinha e, na sessão 11, contou ao grupo: *“Hoje foi a primeira vez que fui à academia sozinha”*. Essa fala demonstra a evolução de sua autoeficácia ao longo do processo. Como um resumo de sua mudança na intervenção, ela ressaltou: *“Saí do sedentarismo. Foi muito importante para minha mudança alimentar! Obrigada por tudo, minhas calças foram do 46 ao 42. O grupo foi muito motivador para mim!”*.

Terapêutica nutricional

Da mesma forma como acontece com a terapêutica nutricional de adolescentes com TAs, a assistência nutricional de jovens com obesidade

deve ser composta pela avaliação inicial e o aconselhamento nutricional.

Avaliação inicial: antropométrica

O diagnóstico de obesidade é atrelado à massa de gordura corporal, e não ao peso. Atualmente, a bioimpedância, a gordura marcada com radioisótopo, a tomografia computadorizada, a densitometria e a ressonância magnética são métodos pouco utilizados para realizar essa avaliação, considerando seus custos. O IMC, ou índice de Quetelet, é o método internacionalmente recomendado para avaliar o estado nutricional em adolescentes, permitindo estimar a massa corporal e o risco progressivo de desenvolvimento de doenças crônicas associadas a sobrepeso e obesidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu, em 2007, pontos de corte específicos de IMC para diferentes faixas etárias, visando atender as características fisiológicas de cada uma delas. Para adolescentes, há gráficos de curvas de IMC ajustados para idade e sexo que representam uma tendência, ou seja, o percentil. Os jovens com índice igual ou acima do percentil 85 são classificados com sobrepeso, sendo obesos quando o IMC é igual ou acima do percentil 95 (Onis et al., 2007).

Apesar de ser o método internacionalmente mais utilizado e indicado pelo Ministério da Saúde, a literatura aponta que o IMC apresenta limitações (Chubb & Simpson, 2012). Para a avaliação nutricional de adolescentes, a OMS recomenda, além das curvas de crescimento por sexo, uma associação ao estágio de maturação sexual, e as dobras subcutâneas tricipital e subescapular quando na classificação da obesidade. Além disso, há diferenças étnicas, de composição corporal e genéticas que influenciam no IMC.

Para a classificação do estado nutricional dos adolescentes com excesso de peso (sobrepeso e obesidade), são utilizados os pontos de corte mostrados na Tabela 9.2.

TABELA 9.2 Ponto de corte de IMC, de acordo com a idade, para diagnóstico de excesso de peso e de obesidade

	MENINOS		MENINAS	
IDADE EM ANOS*	SOBREPESO	OBESIDADE	SOBREPESO	OBESIDADE

10	18,48	21,40	19,03	22,57
10,5	18,81	21,91	19,43	23,13
11	19,16	22,45	19,86	23,72
11,5	19,54	23,01	20,32	24,34
12	19,95	23,58	20,81	24,97
12,5	20,38	24,16	21,31	25,60
13	20,83	24,76	21,80	26,21
13,5	21,30	25,35	22,28	26,79
14	21,77	25,92	22,73	27,32
14,5	22,23	26,46	23,15	27,80
15	22,68	26,97	23,51	28,22
15,6	23,12	27,44	23,83	28,58
16	23,53	28,87	24,10	28,87
16,5	23,91	28,27	24,32	29,11
17	24,27	28,63	24,50	29,28
17,5	24,60	28,95	24,65	29,42
18	24,91	29,24	24,77	29,52
18,5	25,19	29,50	24,87	29,60
19	25,45	29,72	24,97	29,67
19,5	25,45	29,72	24,97	29,67
20	25,45	29,72	24,97	29,67
Fonte: WHO (2007).				

Para adolescentes na fase púber, ou seja, que apresentam potencial para crescer, preconiza-se a manutenção do peso atual pelo período de 6 a 12 meses, no sentido de que o aumento da estatura corrigirá o IMC sem perda de massa magra ou diminuição do metabolismo basal. Para os que se situam nos estágios mais avançados de maturação sexual, ou seja, pós-estirão pubertário –, a perda de peso é necessária a fim de se corrigir o excesso ponderal. No entanto, o estabelecimento de uma meta deve ser discutido e definido conjuntamente com o adolescente. Além disso, o processo de perda de peso deve ser feito a partir de uma alimentação saudável e sem restrição calórica rigorosa, ser realista e individualizado, bem como apresentar objetivos em curto prazo, a fim de estimular a continuidade do acompanhamento (Vitolo, 2008).

Avaliação inicial: alimentar

Nesse primeiro momento, é importante investigar, além dos aspectos dietéticos, aqueles de ordem biopsicossocial relacionados com o início do processo de obesidade, possíveis fatores desencadeantes na história de intervenções dietéticas anteriores, assim como o padrão de alimentação do adolescente e da família, estilo de vida, história familiar de obesidade e de doenças associadas.

A avaliação alimentar é obtida a partir de uma anamnese dos hábitos e comportamentos alimentares, utilizando-se o Recordatório de 24 horas e o Questionário de frequência alimentar para estimar a ingestão calórica e avaliar qualitativamente o padrão de alimentação. Nesse momento, é comum observar alguns comportamentos nos adolescentes com obesidade:

- 1** alimentar-se com voracidade
- 2** comer em frente à televisão
- 3** comer escondido para ter maior liberdade de quantidade sem ser interrompido, ingerir grande quantidade de alimentos calóricos, ricos em carboidratos (pão, massas, biscoitos), açúcares (chocolates, doces) e gorduras (frituras, carnes gordas)
- 4** ingerir grande quantidade de refrigerantes e outras bebidas açucaradas (achocolatados, sucos e chás industrializados), com ausência de consciência com relação ao que está sendo ingerido

5 não sentir o gosto e não discriminar o sabor dos alimentos

As informações relatadas pelo adolescente, nesse contato inicial de parceria com o nutricionista, podem não ser verdadeiras, visto que não se formaram, ainda, as bases para uma aliança terapêutica segura e confiável. Se isso ocorrer, avaliações posteriores devem ser realizadas para correção e adequação das informações dietéticas coletadas. A fim de facilitar esse processo, as consultas devem ser realizadas com o adolescente separadamente da mãe ou outro familiar, visando a criação de vínculo, confiança e cumplicidade, bem como a garantia de um espaço protegido. Essa postura fortalece a autonomia e a individualidade, estimulando a responsabilização e o comprometimento com o tratamento.

Aconselhamento nutricional

Inicialmente, deve-se desmistificar conceitos de que há alimentos proibidos e que engordam e outros que são permitidos – e, portanto, bons para consumo no esquema alimentar. Deve ser introduzido e discutido o conceito de que todos os alimentos têm calorias, em diferentes proporções, e que o resultado da perda de peso dependerá da relação entre o ganho energético (pela alimentação) e o gasto energético (pela atividade física). Informações sobre a fisiologia humana, especificamente sobre o sistema digestório, além de aspectos metabólicos e aproveitamento de energia, auxiliam o adolescente a compreender o caminho do alimento no organismo e a transformação em nutrientes até a corrente sanguínea.

A pirâmide alimentar adaptada à população brasileira, mesmo que não específica para a faixa etária adolescente, é um instrumento de educação nutricional útil quando se quer apresentar os grupos alimentares, suas funções e as fontes dos nutrientes. Além disso, deve-se empregar a variedade alimentar, a moderação e a proporcionalidade entre os alimentos, auxiliada pelas listas de trocas alimentares, com opções que evitam a monotonia do plano alimentar. Além desse recurso, os 10 passos para uma alimentação saudável de adolescentes apontam as orientações básicas no sentido da regularização da alimentação com vistas a modificações quantitativas e qualitativas (Brasil, 2014a).

Devem ser propostas tarefas objetivas, uma de cada vez, e buscando, sobretudo:

- 1** diminuir gradativamente alimentos mais calóricos (em especial os ricos em carboidratos e gorduras)
- 2** não repetir as porções de lanches e refeições
- 3** fracionar a alimentação com refeições em horários preestabelecidos e em intervalos constantes
- 4** não comer em frente à televisão
- 5** mastigar bem os alimentos
- 6** perceber as sensações de fome antes da refeição e de saciedade após ter comido
- 7** ingerir líquidos entre as refeições

A partir do momento em que o adolescente se sente seguro e confiante nas mudanças já conquistadas, estará mais receptivo quanto à introdução dos alimentos menos calóricos, como frutas, legumes e verduras (Vitalle & Fisberg, 2009).

Outra estratégia indicada para ajudar os jovens a seguir o esquema terapêutico proposto e adequar seus comportamentos é investir no controle de estímulos, ou seja, identificar os fatores e as situações de risco que estimulam o consumo excessivo. O adolescente deve ser encorajado a manipular seu próprio ambiente para produzir mudanças em seu comportamento, reduzindo, assim, os estímulos para comportamentos que o levem a comer demais e ingerir alimentos poucos saudáveis. Por exemplo: não ir às compras com fome, optar por locais com alternativas mais saudáveis, deixar em locais protegidos as guloseimas e os refrigerantes, e em locais aparentes opções mais saudáveis, como uma cesta de frutas (Carvalho, Dutra, & Araújo, 2009).

A participação da família no tratamento também é de grande importância. Os pais devem ser orientados no sentido de não proibir o adolescente com obesidade de ingerir alimentos mais calóricos que estão disponíveis para o restante da família. A proibição é uma atitude desaconselhável que pode agravar ainda mais a revolta do jovem e dificultar a adesão. Portanto, é desejável que as opções alimentares disponíveis na residência sejam

adequadas para todos os membros, sem distinção com relação àqueles que estão em tratamento para obesidade.

Ao longo do seguimento, é importante que o adolescente seja - parabenizado a cada conquista, por menor que seja, a fim de reforçar seu esforço e sua dedicação para cumprir a tarefa proposta. Incluí-lo nas decisões e no estabelecimento de novos objetivos para mudanças alimentares e perda de peso é fundamental para garantir que ele se sinta importante, valioso e capaz (Martins, 2002).

PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS: DESAFIOS E ORIENTAÇÕES A PAIS, PROFESSORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis não é tarefa fácil, dados os diversos aspectos que contribuem negativamente para a realização desse processo, como a industrialização, a urbanização e a globalização. Quanto à alimentação, ao mesmo tempo em que existem, atualmente, inúmeras opções alimentares, de fácil aquisição e preparo, muitas são pouco nutritivas, devido ao alto conteúdo de açúcares, sal, gordura saturada e aditivos, como conservantes, aromatizantes e outras substâncias que aumentam o tempo de vida médio do alimento. Assim, a conscientização do papel da alimentação na promoção da saúde e na prevenção da obesidade é o ponto essencial para a introdução de novas práticas, que, depois de incorporadas, passam a determinar um estilo que se tornará definitivo.

ORIENTAÇÕES PARA A FAMÍLIA

A família é o exemplo do adolescente, e, portanto, é nela que esse processo deve ser iniciado e incentivado. Aos pais, cabe a identificação de situações que favorecem a alimentação inadequada do filho e o planejamento de comportamentos alternativos que possam ser utilizados nessas situações.

Não é raro que eles também apresentem excesso de peso, sendo benéfico, nesses casos, que toda a família adote uma alimentação mais saudável e

balanceada, bem como incorpore idas a parques e outras áreas de lazer para praticar atividade física. Realizar outros tipos de atividade, como ajudar na limpeza doméstica e levar o cachorro para passear, pode ser um recurso para promover o gasto calórico. Além disso, a família pode planejar, como forma de lazer e diversão, o preparo de uma refeição saudável nos fins de semana, de modo que todos possam participar das diferentes etapas: compras, preparo dos alimentos, arrumação da mesa, etc. Dessa forma, todos os membros da família podem aproveitar o resultado dessa atividade sob diferentes aspectos (Lamounier, Weffort, Parizzi, & Lamounier, 2010).

A família deve escolher locais para a compra dos alimentos que ofereçam aqueles mais naturais (feiras livres, varejões) em detrimento a supermercados, que têm muitas opções de alimentos industrializados. O lanche escolar deve ser planejado conjuntamente com o adolescente, de modo a conter itens como frutas ou suco de fruta, lanche natural, barra de cereais ou biscoitos integrais, castanhas e frutas secas, a partir das orientações oferecidas pelo nutricionista.

Os pais devem criar ou reforçar a importância de fazer as refeições conjuntamente, ampliando o prazer de comer em família, com ambiente calmo, harmonioso, com tempo suficiente para saborear os alimentos, sem ruídos, televisão ligada e pontos de discussão a serem resolvidos. Os 10 passos para uma Alimentação Adequada e Saudável (Brasil, 2014a) podem auxiliar a família na escolha dos alimentos e na aquisição de bons hábitos e comportamentos.

Na comunidade, a participação dos pais também é importante, no sentido de reivindicar e estimular as pessoas para uma vida mais ativa, com áreas de lazer e de esporte disponíveis para os moradores e promoção de eventos como caminhadas, campeonato de futebol, etc. (Lamounier et al., 2010).

ORIENTAÇÕES PARA A ESCOLA

A escola é um espaço social em que diferentes pessoas interagem e convivem, formando uma verdadeira comunidade. Estudantes, professores, dirigentes, funcionários, merendeiras e donos de cantinas passam grande parte de seu tempo nesse ambiente. Nesse sentido, é um local bastante apropriado para a realização de atividades e práticas de educação em saúde, particularmente de educação para alimentação saudável e incentivo à atividade física. O ambiente escolar permite a disseminação de informações não somente para sua comunidade interna, mas também para todas as pessoas e famílias que se relacionam com cada um de seus membros. Dessa forma, é um parceiro importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Para tanto, os professores devem ser orientados e capacitados para desenvolver ações de educação nutricional, com construção de hortas e oficinas culinárias. A direção/coordenação pedagógica pode promover gincanas e exposições de trabalhos desenvolvidos em sala de aula sobre alimentação, agricultura familiar, alimentos orgânicos, entre outros temas. Quando a escola oferece merenda, essa deve apresentar cardápio nutricionalmente balanceado, com refeições/lanches preparados no local e servidos em horários adequados. A cantina, por sua vez, deve dispor de opções saudáveis, sem salgados fritos e empacotados, refrigerantes e guloseimas. Por fim, as aulas de educação física devem ser incrementadas com atividades práticas e em maior frequência semanal. Nem sempre esses requisitos estão disponíveis ou são exequíveis, mas a família deve ser encorajada a se envolver ativamente nas decisões, associação de pais, etc., na luta por melhores condições e estrutura escolar (Barbosa, 2009).

REFERÊNCIAS

- Ajie, W. N., & Chapman-Novakofski, K. M. (2014). Impact of computer-mediated, obesity-related nutrition education interventions for adolescents: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 54(6), 631-645.
- Alvarenga, M. S., & Philippi, S. T. (2010). Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: Conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In M. S. Alvarenga, F. B. Scagliusi, & S. T. Philippi (Orgs.), *Nutrição e transtornos alimentares: Avaliação e tratamento* (pp. 17-35). São Paulo: Manole.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Arora, T., Hosseini-Araghi, M., Bishop, J., Yao, G. L., Thomas, G. N., & Taheri, S. (2012). The complexity of obesity in UK adolescents: Relationships with quantity and type of technology, sleep duration and quality, academic performance and aspiration. *Pediatric Obesity*, 8(5), 358-366.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). (2010). *Diretrizes brasileiras da obesidade 2009/2010* (3. ed.). Itapevi: Farmacêutica. Recuperado de http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf

Baan-Slootweg, O. V., Benninga, M. A., Beelen, A., Palen, J. V., Tamminga-Smeulders, C., Tijssen, J. G., ... Aalderen, W. M. C. (2014). Inpatient treatment of children and adolescents with severe obesity in the Netherlands: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(9), 807-814.

Bair, C. E., Kelly, N. R., Serdar, K. L., & Mazzeo, S. E. (2012). Does the Internet function like magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 13(4), 398-401.

Barbosa, V. L. P. (2009). *Prevenção da obesidade na infância e na adolescência: Exercícios, nutrição e psicologia* (2. ed.). São Paulo: Manole.

Beck, J. (2011). *Pense magro por toda a vida: Programa para perda de peso com orientação nutricional*. Porto Alegre: Artmed.

Benowitz-Fredericks, C. A., Garcia, K., Massey, M., Vasagar, B., & Borzekowski, D. L. G. (2012). Body image, eating disorders, and the relationship to adolescent media use. *Pediatric Clinics of North America*, 59(3), 693-704.

Bibiloni, M. M., Pich, J., Pons, A., & Tur, J. A. (2013). Body image and eating patterns among adolescents. *BMC Public Health*, 13, 1104.

Bighetti, F., Santos, M. A., Ribeiro, R. P. P., Oliveira, E. A., Unamuno, M. R. D. L., & Dos Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia nervosas. In C. E. Kallinowski (Coord.), *Programa de atualização em enfermagem: Saúde do adulto: PROENF* (pp. 9-45). Porto Alegre: Artmed.

Boff, R. M., Batista, I. P. A., Liboni, R. P. A., Souza, L. H., & Oliveira, M. S. (2016). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: A systematic review. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. No prelo.

Bowers, W. A., Evans, K., Le Grange, D., & Anderson, A. E. (2009). Tratamento de transtornos alimentares em adolescentes. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (pp. 283-323). São Paulo: Médica Paulista.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2011). *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional -SISVAN*. Brasília: MS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: MS.

Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study.

Body Image, 10(1), 1-7.

Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2012). The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 517-523.

Carvalho, K. M. B., Dutra, E. S., & Araújo, M. S. M. (2009). Obesidade e síndrome metabólica. In L. Cuppari (Ed.), *Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis* (pp. 71-142). São Paulo: Manole.

Chao, A., Grilo, C. M., White, M. A., & Sinha, R. (2014). Food cravings, food intake, and weight status in a community-based sample. *Eating Behaviors*, 15(3), 478-482.

Chubb, H., & Simpson, J. M. (2012). The use of Z-scores in paediatric cardiology. *Annals of Pediatric Cardiology*, 5(2), 179-184.

Cobayashi, F., Oliveira F. L. C., Escrivão M. A. M. S., Silveira, D., & Taddei, J. A. A. C. (2010). Obesidade e fatores de risco cardiovascular em adolescentes de escolas públicas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(2), 200-206.

Conti, M. A., Gambardella, A. M. D., & Frutuoso, M. F. P. (2005). Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 36-44.

Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência* (3. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Engeli, S. (2015). Cardiovascular risk factors in severely obese adolescents. *Journal of American Society Hypertension*, 9(8), 584-585.

Evans, E. H., Tovée, M. J., Boothroyd, L. G., & Drewett, R. F. (2013). Body dissatisfaction and disordered eating attitudes in 7- to 11-year-old girls: Testing a sociocultural model. *Body Image*, 10(1), 8-15.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Hawker, D. M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental da obesidade*. São Paulo: Roca.

Farhat, T. (2015). Stigma, obesity and adolescent risk behaviors: Current research and future directions. *Curr Opin Psychol*, 5, 56-66.

Felden, E. P. G., Claumann, G. S., Sacomori, C., Daronco, L. C. E., Cardoso, F. L., & Pelegrini, A. (2015). Fatores sociodemográficos e imagem corporal em adolescentes do ensino médio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3329-3337.

Ferreiro, F., Seoane, G., & Senra, C. (2012). Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study. *Journal of Youth Adolescence*, 41(5), 607-622.

Fidelix, Y. C., Minatto, G., Ribeiro, R. R., Santos, K. D., & Petroski, E. L. (2013). Dados sociodemográficos, estado nutricional e maturação sexual de escolares do sexo masculino: Exposição à insatisfação com a imagem corporal. *Revista de Educação Física/UEM*, 24(1), 83-92.

Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Koehler, L. G., Danzi, L. E., Riddell, M. K., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*, 9(1), 43-49.

Fortes, L. S., Amaral, A. C. S., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2013). Internalização do ideal de magreza e insatisfação com a imagem corporal em meninas adolescentes. *PSICO-PUCRS*, 44(3), 432-

- Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. *Body Image*, 7(3), 205-212.
- Galsworthy-Francis, L., & Allan, S. (2014). Cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical psychology review*, 34(1), 54-72.
- Glaner, M. F., Pelegrini, A., Cordoba, C. O., & Pozzobon, M. E. (2013). Associação entre insatisfação com a imagem corporal e indicadores antropométricos em adolescentes. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 27(1), 129-136.
- Gondoli, D. M., Corning, A. F., Salafia, E. H. B., Bucchianeri, M. M., & Fitzsimmons, E. E. (2011). Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girls. *Body Image*, 8(2), 143-148.
- Gourlan, M., Sarrazin, P., & Trouilloud, D. (2013). Motivational interviewing as a way to promote physical activity in obese adolescents: A randomised-controlled trial using self-determination theory as an explanatory framework. *Psychology & Health*, 28(11), 1265-1286.
- Gronback, H. N., & Holm J. C. (2011). Psychological consequences of severe overweight in teenagers. *Ugeskr Laeger*, 173(25), 1785-1791.
- Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 247-253.
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8(2), 101-109.
- Holmqvist, K., & Frisén, A. (2012). "I bet they aren't that perfect in reality": Appearance ideals viewed from the perspective of adolescents with a positive body image. *Body Image*, 9(3), 388-395.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). Pesquisa de orçamentos familiares: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>
- Kelly, S. A., & Melnyk, B. M. (2008). Systematic review of multicomponent interventions with overweight middle adolescents: Implications for clinical practice and research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(3), 113-135.
- Kong, A. S., Sussman, A. L., Yahne, C., Skipper, B. J., Burge, M. R., & Davis, S. M. (2013). School-based health center intervention improves body mass index in overweight and obese adolescents. *International Journal of Obesity*, 2013, 575016.
- Lamounier, J. A., Weffort, V. R. S., Parizzi, M. R., & Lamounier, F. B. (2010). Obesidade na adolescência. In E. R. de Faria, P. F. Pereira, R. M. S. Oliveira, S. E. Priore, & S. do C. Franceschini (Eds.), *Nutrição e saúde na adolescência* (pp. 75-92). Rio de Janeiro: Rubio.
- Leal, G. V. S., Philippi, S. T., Polacow, V. O., Cordás, T. A., & Alvarenga, M. S. (2013). O que é comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(1), 62-75.
- Lee, J. E., Ahn, H. E., & Choi, H. S. (2015). A study of body image, self-esteem and depression in girls with precocious puberty and normal girls. *Advanced Science and Technology Letters*, 116(Healthcare and Nursing), 21-25.

- Lofrano-Prado, M. C., Hill, J. O., Silva, H. J., Freitas, C. R., Freitas, C. M., Ferreira, M. N., ... Prado, W. L. (2013). Reasons and barriers to lose weight: Obese adolescents point of view. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 3(3), 474-82.
- Macdonell, K., Brogan, K., Naar-King, S., Ellis, D., & Marshall, S. (2012). A pilot study of motivational interviewing targeting weight-related behaviors in overweight or obese African American adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 50(2), 201-203.
- Martins, C. (2002). Aconselhamento nutricional. In L. Cuppari (Ed.), *Guia de nutrição: Nutrição clínica no adulto* (pp. 111-127). São Paulo: Manole.
- Mattos, R. S., Perfeito, R., Veiga, M. C., Carvalho, S., & Retondar, J. (2012). Obesidade e bullying na infância e adolescência: O estigma da gordura. *Demetra*, 7(2), 71-84.
- Meier, E. P., & Gray, J. (2014). Facebook photo activity associated with body image disturbance in adolescent girls. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 17(4), 199-206.
- Miranda, V. P. N., Amaral, A. C. S., Fortes, L. S., Conti, M. A., & Ferreira, M. E. C. (2013). Estudo transversal sobre imagem corporal de adolescentes. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 151-162.
- Miranda, V. P. N., Conti, M. A., Bastos, R., & Ferreira, M. E. C. (2011). Insatisfação corporal em adolescentes brasileiros de municípios de pequeno porte de Minas Gerais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 190-197.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627.
- Napolitano, M. A., Hayes, S., Bennett, G. G., Ives, A. K., & Foster, G. D. (2013). Using Facebook and text messaging to deliver a weight loss program to college students. *Obesity (Silver Spring)*, 21(1), 25-31.
- Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660-667.
- Ozier, A. D., & Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(8), 1236-1241.
- Palma, R. F. M., Dos Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2013). Evolução nutricional de pacientes com transtornos alimentares: Experiência de 30 anos de um hospital universitário. *Revista de Nutrição, Campinas*, 26(6), 669-678.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12. ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Pelegrini, A., Coqueiro, R. S., Beck, C. C., Ghedin, K. D., Lopes, A. S., & Petroski, E. L. (2014). Dissatisfaction with body image among adolescent students: Association with socio-demographic factors and nutritional status. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1201-1208.
- Petroski, E. L., Pelegrini, A., & Glaner, M. F. (2012). Motivos e prevalência de insatisfação com a imagem corporal em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 1071-1077.
- Polivy, J., Herman, C. P., & Deo, R. (2010). Getting a bigger slice of the pie. Effects on eating and emotion in restrained and unrestrained eaters. *Appetite*, 55(3), 426-430.

- Pope, M., Corona, R., & Belgrave, F. Z. (2014). Nobody's perfect: A qualitative examination of African American maternal caregivers' and their adolescent girls' perceptions of body image. *Body Image, 11*(3), 307-317.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., ... Fairburn, C. G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 171*(1), 109-116.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1104.
- Rayner, K. E., Schniering, C. A., Rapee, R. M., Taylor, A., & Hutchinson, D. M. (2013). Adolescent girls' friendship networks, body dissatisfaction, and disordered eating: Examining selection and socialization processes. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 93-104.
- Ribeiro, R. P. P., & Santos, M. A. (2013). Transtornos alimentares: Evidências clínicas e científicas. In G. Straatmann, M. F. Laus, S. de S. Almeida, & T. M. B. Costa (Eds.), *Psicobiologia do comportamento alimentar* (pp. 175-196). Rio de Janeiro: Rubio.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., & McLean, S. A. (2014). A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth Adolescence, 43*(5), 814-823.
- Rosen, L. D., Lim, A. F., Felt, J., Carrier, L. M., Cheever, N. A., Lara-Ruiz, J. M., ... Rokkum, J. (2014). Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits. *Computers in Human Behavior, 35*, 364-375.
- Saito, M. I., & Ruffo, P. (2008). Nutrição. In M. I. Saito, L. E. V. Silva, & M. M. Leal (Eds.), *Adolescência: Prevenção e risco* (pp. 149-162). São Paulo: Atheneu.
- Silva, L. E. V., & Leal, M. M. (2008). Crescimento e desenvolvimento puberal. In M. I. Saito, L. E. V. Silva, & M. M. Leal (Eds.), *Adolescência: Prevenção e risco* (pp. 49-66). São Paulo: Atheneu.
- Smolak, L., & Cash, T. F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention. In T. F. Cash, & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed., pp. 471-478). New York: Guilford.
- Spear, B. A., Barlow, S. E., Ervin, C., Ludwig, D. S., Saelens, B. E., Schetzina, K. E., ... Taveras, E. M. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics, 120*(4), S254-S288.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(10), 622-627.
- Thompson, J. K., Coover, M. D., & Stormer, S. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders, 26*(1), 43-51.
- Tiggemann, M. (2015). Considerations of positive body image across various social identities and special populations. *Body image, 14*, 168-176.
- Tiggemann, M., & McGill, B. (2004). The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(2), 149-161.

23(1), 23-44.

Tiggemann, M., & Miller, J. (2010). The internet and adolescent girls' weight satisfaction and drive for thinness. *Sex Roles*, 63(1), 79-90.

Tiggemann, M., & Slater A. (2013). NetGirls: The internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 630-633.

Tylka, T. L. (2012). Positive psychology perspective on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 2, pp. 657-663). San Diego: Academic Press.

Vitalle, M. S. S., & Fisberg, M. (2009). Alimentação do adolescente. In D. Palma, M. A. Escrivão, & F. L. Oliveira (Eds.), *Guia de nutrição na infância e na adolescência* (pp. 123-136). São Paulo: Manole.

Vitolo, R. M. (2008). Intervenção nutricional. In R. M. Vitolo (Ed.), *Nutrição da gestação ao envelhecimento* (pp. 357-368). Rio de Janeiro: Rubio.

Vries, D. A., Peter, J., Graaf, H., & Nikken, P. (2016). Adolescents' social network site use, peer appearance-related feedback, and body dissatisfaction: Testing a mediation model. *Journal of Youth Adolescence*, 45(1), 211-224.

Warren, C., Schoen, A., & Shafer, K. (2010). Media internalization and social comparison as predictors of eating pathology among Latino adolescents: The moderating effect of gender and generational status. *Sex Roles*, 63(9), 712-724.

Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). "But I like my body": Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106-116.

World Health Organization (WHO). (2006). *WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2007). *Child growth standards*. Geneva: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/childgrowth/en>

World Health Organization (WHO). (2016). *Obesity and overweight*. Geneva: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

Yanovski, J. A. (2015). Pediatric obesity. An introduction. *Appetite*, 93, 3-12.

Yen, C. F., Liu, T. L., Ko, C. H., Wu, Y. Y., & Cheng, C. P. (2014). Mediating effects of bullying involvement on the relationship of body mass index with social phobia, depression, suicidality, and self-esteem and sex differences in adolescents in Taiwan. *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 517-526.

LEITURAS RECOMENDADAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2014). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade*. Brasília: MS.

Carolo, A. L., & Ribeiro, R. P. P. (2012). Obesidade, anorexia e bulimia. In R. M. Reis, F. R. R. Junqueira, & A. C. J Rosa-e-Silva (Eds.), *Ginecologia da infância e adolescência* (pp. 371-394). Porto Alegre: Artmed.

Espinoza, G., & Juvonen, J. (2011). The pervasiveness, connectedness, and intrusiveness of social network site use among young adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*,

14(12), 705-709.

Leal, G. V. S. (2013). *Fatores associados ao comportamento de risco para transtornos alimentares em adolescentes na cidade de São Paulo* (Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde-08042013-094507/>

Patton, G. C., Coffey, C., & Sawyer, S. M. (2003). The outcome of adolescent eating disorders: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(1), i25-i29.

Pereira, E. F., Teixeira, C. S., Gattiboni, B. D., Bevilacqua, L. A., Confortin, S. C., & Silva, T. R. (2011). Percepção da imagem corporal e nível socioeconômico em adolescentes: Revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(3), 423-429.

Pivetta, L. A., & Gonçalves-Silva, R. M. V. (2010). Compulsão alimentar e fatores associados em adolescentes de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2), 337-346.

Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBMEE). (2015). O preço do sedentarismo. Recuperado de <http://medicinadoesporte.org.br/o-preco-do-sedentarismo/>

White, J., & Halliwell, E. (2010). Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image*, 7(2), 227-233.



IMPULSIVIDADE, DELINQUÊNCIA E COMPORTAMENTO DISRUPTIVO: INTERVENÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

ALINE HENRIQUES REIS

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por marcadas tentativas de buscar autonomia e construir a própria identidade. Nessa etapa do desenvolvimento, o cérebro ainda não atingiu a maturidade plena, e é possível verificar momentos de clareza e responsabilidade nas ações, bem como atos impulsivos e delinquentes. Por serem comportamentos muito frequentes na adolescência, faz-se mister diferenciar ações transitórias e comuns a essa fase daquelas que excedem ao que é normativo, passando a trazer prejuízo e/ou sofrimento ao adolescente e seu entorno.

Nesse sentido, este capítulo objetiva:

- 1** definir comportamentos impulsivos, disruptivos e delinquentes;
- 2** apresentar os principais transtornos aos quais impulsividade, delinquência e comportamento disruptivo costumam estar associados;
- 3** discutir acerca dos fatores de risco e proteção ao surgimento desses sintomas na adolescência;
- 4** diferenciar ações esperadas para a fase da adolescência de comportamentos que requerem a ajuda profissional;
- 5** apresentar um plano terapêutico para o tratamento de tais condições, bem como pontuar aspectos relevantes da relação terapêutica para o sucesso da intervenção.

IMPULSIVIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Comportamentos impulsivos podem ser definidos por ações levadas a efeito na ausência de intenção, deliberação e decisão. Um ato impulsivo não é percebido pelo autor como inadequado; não há tentativa de evitá-lo ou adiá-lo; e, em geral, não é antagônico aos valores morais e volições de quem o pratica. Os comportamentos impulsivos estão comumente associados a impulsos patológicos ou inabilidade em tolerar a frustração. Por fim, ao emitir uma ação impulsiva, o indivíduo tende a desconsiderar os desejos e as necessidades dos outros, bem como os efeitos do comportamento no ambiente (Dalgalarondo, 2008).

Weiser e Reynolds (2011) complementam que o comportamento impulsivo envolve reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos sem considerar as possíveis repercussões negativas dessa reação. Ressaltam que se trata de uma tendência individual a agir com menor premeditação em comparação a pessoas com habilidades e conhecimentos equivalentes. Tavares e Alarcão (2008) salientam que o indivíduo que comete o ato impulsivo não prevê avaliação das consequências, ou, quando o faz, julga de maneira parcial, com ênfase em aspectos imediatos em detrimento de consequências de longo prazo.

Exemplos de comportamentos impulsivos abrangem ações baseadas no desejo e na gratificação imediata que desconsideram consequências futuras; comportamento com risco potencial emitido no intuito de experimentar uma nova sensação; inaptidão para manter a atenção direcionada a um objetivo; e incapacidade em inibir comportamentos inapropriados (Weiser & Reynolds, 2011). Exemplos de comportamentos impulsivos na adolescência incluem uso de substâncias psicoativas, sexo sem o uso de preservativos, participação em brigas, competições entre carros, como “rachas”, entre outros.

A avaliação do comportamento impulsivo de adolescentes pode ser feita a partir da Escala de Impulsividade de Barrat (BIS). Trata-se de um questionário contendo 30 afirmações, as quais devem ser respondidas em uma escala *Likert* de quatro pontos, que avaliam três áreas associadas à impulsividade: cognitiva (p. ex., “Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ao mesmo tempo”), motora (p.

ex., “Eu me sinto inquieto em aulas ou palestras”) e falta de planejamento (p. ex., “Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão”). No Brasil, a escala foi adaptada e validada para adolescentes do sexo masculino por Diemen, Szobot, Kessler e Pechansky (2007). O estudo revelou consistência interna α 0,62, com correlações significativas com escores para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno de oposição desafiante (TOD) e transtorno da conduta (TC), revelando uma validade de constructo apropriada.

O comportamento impulsivo, bastante frequente na adolescência, pode ser explicado a partir da compreensão da neurobiologia do desenvolvimento cerebral. Isso porque a inibição do comportamento impulsivo reflete uma interação entre o córtex pré-frontal, responsável pelo controle do impulso e comportamento direcionado a objetivo, e partes do sistema límbico, incluindo área tegmental ventral, amígdala e *nucleus accumbens*, que realizam processamento da recompensa. Durante a adolescência, há um aumento no desenvolvimento e no desempenho do cérebro como um todo e, em especial, do córtex pré-frontal. No entanto, nessa etapa da vida, as regiões relacionadas ao autocontrole não estão completamente desenvolvidas (Weiser & Reynolds, 2011).

Collado, Felton, MacPherson e Lejuez (2014) investigaram a trajetória desenvolvimental de três comportamentos na adolescência ao longo de cinco anos: busca de sensações, propensão a assumir riscos e impulsividade. Os resultados revelaram que a busca de sensações mostrou crescer linearmente ao longo da adolescência, ao passo que impulsividade atingiu um pico nos quatro primeiros anos e, depois, declinou. Por sua vez, tendência em assumir riscos apresentou um aumento abrupto seguido por estabilização. Os autores propõem que essa estabilização e declínio na tendência em assumir riscos e impulsividade, respectivamente, se devam à maturação do córtex pré-frontal, levando o adolescente, próximo dos 17 anos, a maior eficiência no controle cognitivo, supressão de comportamentos desadaptativos e maior presença de ações direcionadas a objetivos.

Nakar e colaboradores (2016) conduziram um estudo que investigou a trajetória desenvolvimental de três comportamentos impulsivos – autolesão, comportamento suicida e uso de substâncias – e a associação dessa trajetória

com traços do transtorno da personalidade *borderline* (TPB). O estudo foi conduzido por dois anos, com 512 adolescentes de 15 a 17 anos da comunidade. Os autores propõem que, para considerar tais comportamentos como patológicos na adolescência, seja necessário investigar também a duração, a frequência e o curso desenvolvimental de tais comportamentos. Os participantes foram divididos em três grupos: baixo risco, quando os adolescentes relataram não se envolver nos comportamentos impulsivos avaliados ou se envolver de forma breve; risco moderado, quando houve engajamento em tais comportamentos, mas com frequência menor em comparação ao grupo de alto risco; e, por fim, o grupo de alto risco, composto por maior ocorrência dos comportamentos impulsivos mensurados. Nos grupos de alto risco, os comportamentos de autolesão e suicida apresentaram um declínio ao longo do tempo. Por sua vez, nesses indivíduos, ações relacionadas ao uso de substâncias tiveram um aumento de frequência com o avanço etário. Aqueles classificados como de alto risco e com sobreposição dos sintomas impulsivos apresentaram alta pontuação nos critérios diagnósticos de TPB. Os autores sugerem que a diminuição nos comportamentos de autolesão e suicida, bem como o aumento no uso de substâncias no grupo de alto risco, reflitam não uma melhora ou um amadurecimento, mas a mudança para um comportamento socialmente aceito. Defendem, portanto, a ideia de que esse comportamento ainda deva ser visto como fator de risco para o desenvolvimento do TPB nesse grupo.

Como visto, essa tendência aumentada a atos impulsivos na adolescência cumpre um papel desenvolvimental, em que ocorre busca por estimulação e recompensa imediata, o que, por sua vez, oferta novas experiências, bem como a possibilidade de ter que lidar com problemas diferentes, incrementando o enfrentamento e as habilidades de solução de problemas. Em contrapartida, expõe o adolescente a riscos com desfechos potencialmente irreversíveis, como acidentes automobilísticos, dependência de substância e até mesmo suicídio (Weiser & Reynolds, 2011).

Essa associação entre impulsividade e desfechos negativos tem sido investigada e corroborada na literatura. Stautz e Cooper (2013), em uma metanálise que investigou traços de personalidade associados a impulsividade e uso de álcool em adolescentes, verificaram que o consumo excessivo dessa

substância na adolescência ocorre, em parte, por uma característica da impulsividade que é a busca por sensações e novas experiências. Por sua vez, Dougherty e colaboradores (2009) constataram que adolescentes internados em hospitais psiquiátricos com história de comportamentos autolesivos não suicidas, mas que tiveram ao menos uma tentativa de suicídio, apresentaram mais traços de impulsividade em medidas de autorrelato e no desempenho de tarefas de laboratório quando comparados a jovens internados com história de comportamentos autolesivos não suicidas, mas sem tentativa de suicídio. Impulsividade também foi encontrada em adolescentes com história de repetidos acidentes (Marcelli, Kasolter-Péré, & Ingrand, 2008).

IMPULSIVIDADE E TRANSTORNOS MENTAIS

Apesar de a impulsividade ser característica dessa fase do desenvolvimento, na maioria dos casos, ao ultrapassar a adolescência, os indivíduos têm uma maturação do córtex pré-frontal e adquirem habilidades de autocontrole, tolerância à frustração e estabelecimento de objetivos de longo prazo. No entanto, em outros casos, há o desenvolvimento de psicopatologias marcadas pelo comportamento impulsivo. O DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014) elaborou uma categoria intitulada transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta. Essa categoria abrange psicopatologias nas quais há problemas quanto ao autocontrole da conduta e/ou das emoções, sendo eles: transtorno da personalidade antissocial (TPAS; que também aparece na categoria de transtornos da personalidade), TOD, TC, transtorno explosivo intermitente, piromania e cleptomania. Outras doenças mentais distribuídas em categorias distintas que também apresentam problemas relacionados à impulsividade são a tricotilomania e a escoriação (*skin-picking*), pertencentes à categoria transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados; todas as psicopatologias pertencentes à categoria intitulada transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos; os transtornos alimentares; a doença bipolar; o TDAH; e o TPB. A seguir, será descrito de que maneira o comportamento impulsivo ocorre nos referidos transtornos.

O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que envolve graus nocivos de desatenção associados ou não a comportamentos hiperativos e impulsivos. Nessa doença, exemplos de comportamento impulsivo envolvem responder a uma pergunta antes que tenha sido finalizada, dificuldades para esperar sua vez, interrupção ou intromissão em conversas ou assuntos alheios, assunção de riscos desnecessários que podem levar a desfechos negativos, pouca tolerância à frustração, dificuldades em tarefas cujo reforço é longínquo e problemas quanto a seguir instruções (Servera, Bornas, & Moreno, 2005).

O TOD corresponde a humor raivoso/irritável persistente, comportamento questionador, desafiante e/ou vingativo. A oposição característica do transtorno tende a ser constante na adolescência, e, por essa razão, a frequência e a intensidade dos comportamentos do transtorno devem ser comparadas a níveis considerados normais para essa faixa etária (APA, 2014).

O TC abrange ações recorrentes e constantes de violação de normas, regras sociais e/ou dos direitos dos outros. Isso pode se manifestar por meio de condutas agressivas que perpetram ameaça ou danos físicos a pessoas ou animais; comportamentos não agressivos que geram perdas ou danos a propriedades; falsidade ou furto; ou, ainda, graves violações de regras. Nessa doença, verificam-se também a busca pela gratificação imediata e a falta de reflexão característica da impulsividade ao haver falha na consideração das consequências das próprias ações, seja para si, para o outro ou para o ambiente (APA, 2014).

Por sua vez, o indivíduo com transtorno explosivo intermitente exhibe explosões de raiva desproporcionais à situação, que culminam em ações agressivas ou destruição de propriedades. Nessa mesma categoria, piromania e cleptomania referem-se a baixo controle dos impulsos com relação a atear fogo e furtar objetos insignificantes ou de baixo valor monetário para uso pessoal, respectivamente (APA, 2014).

Na tricotilomania, o comportamento impulsivo é direcionado ao ato de arrancar os cabelos, resultando em intensa perda capilar; já na escoriação (*skin-picking*), a beliscar a própria pele gerando escoriações. Em ambos os

transtornos verificam-se tentativas anteriores de cessar o comportamento (APA, 2014).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), indivíduos com transtornos por uso de substâncias apresentam baixo autocontrole sobre tal consumo. O manual sugere que isso possa se dever a deficiências nos mecanismos cerebrais responsáveis pela inibição, as quais poderiam ser percebidas no comportamento de alguns pacientes antes da configuração da dependência química, mostrando que o déficit no autocontrole poderia ser um possível preditor ao transtorno.

O TPB é caracterizado por acentuada impulsividade associada a relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos instáveis. Nesse transtorno, a impulsividade abrange comportamento autolesivo e/ou suicida, dificuldade em controlar a raiva que pode culminar em comportamentos agressivos e brigas recorrentes, bem como surgir em aspectos da vida de forma autodestrutiva, como, por exemplo, gastos, sexo irresponsável, abuso de substâncias, compulsão alimentar ou direção irresponsável (APA, 2014).

O transtorno bipolar se refere à ocorrência de episódios depressivos, hipomaniacos e/ou maníacos, dependendo se a doença é do tipo I ou do tipo II. O comportamento impulsivo é comum especialmente durante episódios hipomaniacos ou maníacos nos quais o indivíduo pode se engajar em atividades com elevado potencial de consequências dolorosas, como, por exemplo, episódios de compras em excesso, investimentos financeiros irresponsáveis ou comportamento sexual compulsivo e/ou de risco (APA, 2014).

Finalmente, os transtornos alimentares envolvem uma perturbação na alimentação ou no comportamento alimentar que resulta em comprometimento na saúde física ou no funcionamento psicossocial. Indivíduos com transtornos dessa categoria podem apresentar fissura ou comportamento compulsivo e impulsivo, de forma semelhante à dependência química, o que talvez esteja relacionado a problemas no sistema de recompensas e de autorregulação (APA, 2014).

Os transtornos que envolvem impulsividade descritos aqui apresentam comportamentos comuns à adolescência. Nesse sentido, para que o efetivo diagnóstico seja realizado, é importante a certificação de que tais traços

ocorrem com maior frequência, intensidade e persistência que o comum, bem como estejam associados a prejuízos ou sofrimento, devendo ser avaliados quanto ao que é normal e esperado conforme a idade, o gênero e a cultura (APA, 2014).

INTERVENÇÃO PARA COMPORTAMENTO IMPULSIVO

Um processo psicoterapêutico direcionado a adolescentes é um desafio para o clínico, dado que, com frequência, os adolescentes são encaminhados à terapia pelos pais ou pela escola e costumam discordar quanto à necessidade de tratamento. Nesse sentido, o primeiro objetivo do psicoterapeuta deve ser envolver o adolescente no tratamento, buscando motivá-lo e engajá-lo no processo terapêutico (Stalard, 2007). Com esse intuito, são destacadas duas técnicas: “Você está pronto para algumas mudanças?” (Friedberg, McClure, & Garcia, 2011) e “Advogado do diabo” (Linehan & Dexter-Mazza, 2009).

A técnica intitulada “Você está pronto para mudanças?” pode ser aplicada em clientes dos 8 aos 18 anos. É uma atividade de reestruturação cognitiva que busca promover motivação para a mudança. A técnica baseia-se na entrevista motivacional, nos estados de prontidão para a mudança e na terapia de aceitação e compromisso. Ela parte do princípio de que cada indivíduo difere na percepção acerca de quão perturbador é o próprio problema, de quão capaz se sente para enfrentá-lo e operacionalizar mudanças e, por fim, de quanto esforço direciona para colocar essas alterações em prática. Inicialmente, solicita-se ao adolescente que defina o problema. Em seguida, são realizadas sete perguntas que devem ser respondidas em uma escala Likert de sete pontos, de modo a evitar respostas extremistas (Friedberg et al., 2011):

- 1** Meu problema me incomoda (1 – nem um pouco; 4 – um pouco; 7 – muito);
- 2** Eu me sinto fora de controle e desamparado por causa disso (1 – nem um pouco; 4 – um pouco; 7 – muito);
- 3** Eu acho que as pessoas da minha idade têm esse problema (1 – não muitos; 4 – alguns; 7 – muitos);

- 4 Eu tenho certeza de que o tratamento ajudará (1 – nem um pouco; 4 – um pouco; 7 – totalmente);
- 5 Eu quero mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos (1 – não quero; 4 – um pouco; 7 – totalmente);
- 6 Eu estou tentando mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos (1 – não estou; 4 – um pouco; 7 – realmente);
- 7 Eu acho que sou capaz de mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos (1 – não acho; 4 – um pouco; 7 – realmente).

Friedberg e colaboradores (2011) pontuam que a primeira questão averigua o nível de perturbação subjetiva associado ao problema; a segunda investiga o desamparo e a falta de controle que o problema gera; a terceira aborda o quanto o adolescente se percebe como diferente em relação aos pares por ter essa dificuldade; a quarta pergunta avalia o quanto o jovem confia e acredita no tratamento, bem como mede sua esperança quanto ao resultado. Finalmente, as três últimas questões indagam acerca do comprometimento para a mudança e das habilidades que o adolescente acredita ter para colocá-la em prática.

A partir das respostas obtidas no questionário, o clínico deverá proceder à reestruturação cognitiva. Os autores citam alguns exemplos: caso o paciente perceba o problema como moderadamente perturbador, é provável que não venha a se esforçar pela mudança. Além disso, se o problema é identificado como perturbador, mas não elicia desamparo ou falta de controle, é importante avaliar tal discrepância via questionamento socrático: “Explique para mim como esse problema pode realmente incomodá-lo, mas você se sente apenas um pouco desamparado”; “Como é que pode estar muito perturbado se você se vê no controle?” (Friedberg et al., 2011, p. 146).

Com essa técnica, é possível verificar a confiança do adolescente no processo de tratamento e a autoeficácia percebida para a mudança, o que é fundamental para o engajamento na intervenção. É possível que o problema seja percebido como muito perturbador, bem como elicie desesperança e a sensação de ser anormal. No entanto, se o paciente questiona a eficácia do tratamento, ele ficará estagnado. Nesse caso, o terapeuta deve focar a confiança percebida no tratamento para promover a motivação. Adicionalmente, os pacientes podem estar perturbados, desamparados, vendo

a si mesmos como anormais, confiarem no terapeuta e, apesar disso, permanecerem ambivalentes e desmotivados, por desacreditar nas próprias habilidades para mudar. Nesse caso, torna-se mister motivar a autoeficácia para a mudança (Friedberg et al., 2011).

Outra técnica especialmente útil no intuito de promover a adesão ao tratamento é intitulada “Advogado do diabo”. A princípio proposta para pacientes com TPB, pode ser pensada para o tratamento de adolescentes, pois estes também apresentam sintomas impulsivos. O objetivo de usar essa técnica no início do tratamento com adolescentes, após verificar a motivação como visto na descrição da técnica anterior, é evocar o compromisso do paciente com o processo terapêutico. Assim, o terapeuta ressalta que a terapia será sofrida e difícil; portanto, vai requerer assiduidade e engajamento, de modo que, se o paciente não estiver disposto a assumir o compromisso, talvez seja melhor nem dar início à intervenção. Os autores salientam que o argumento do terapeuta deve parecer razoável para estimular a contra-argumentação do paciente em favor da mudança terapêutica (Linehan & Dexter-Mazza, 2009).

Após assegurar a adesão do adolescente à intervenção, duas técnicas podem ser direcionadas mais especificamente para o comportamento impulsivo: estratégias de autocontrole e autoinstrução. O autocontrole envolve a capacidade de aguardar a obtenção tardia de um reforço de grande magnitude, em contrapartida a um reforço imediato de menor grandeza. A técnica de autocontrole envolve três estágios:

- 1 Automonitoramento**, que corresponde à identificação e ao registro do comportamento-alvo, dos antecedentes e consequentes dele. As anotações podem conter local, horário, atividade, pessoas presentes, estados internos, frequência, quantidade, duração e/ou intensidade do comportamento-alvo, bem como outras informações pertinentes. Esse registro favorece o amplo conhecimento sobre o traço problemático e fatores ambientais relacionados a sua ocorrência.
- 2 Autoavaliação**, que se refere à comparação entre a ação e um critério de desempenho previamente estabelecido. Os critérios de desempenho precisam ser definidos operacionalmente e buscar a construção de repertórios adaptativos.

3 Autorreforçamento, que envolve a atribuição de estímulo reforçador pelo indivíduo caso atinja o critério de desempenho autoatribuído (Abreu-Rodrigues & Beckert, 2004).

O treinamento em autoinstruções promove mudança de comportamento a partir de diálogos internos e autoverbalizações, a fim de auxiliar a resolução de problemas. Objetiva que um processamento automático se torne mais reflexivo e consciente, proporcionando uma ação mais lenta. Esse treinamento foi delineado, inicialmente, com o intuito de regular a desatenção e comportamentos impulsivos, uma vez que as verbalizações de autocorreção e autorreforçamento direcionam o desempenho de tarefas (Santos & Alvarenga, 2004). A princípio, as autoinstruções podem ser ditas em voz alta, enquanto se desempenha a ação; depois, em tom de voz baixo; e, por fim, apenas mentalmente. Assim, o indivíduo refreia a impulsividade ajustando a velocidade do pensamento à velocidade da fala.

Diante de situações de provocação, é comum que os adolescentes apresentem dificuldades no autocontrole e revidem com agressão. De acordo com Anderson e Huesmann (2003), esse tipo de reação é intitulado *agressão hostil* e se caracteriza por um comportamento impulsivo e impensado, emocionalmente carregado e dirigido pela raiva, cujo objetivo primário seria promover dano a outrem. A agressão hostil, em geral, está associada a uma tendência em interpretar o comportamento de outros indivíduos como tendo o propósito de ferir, maltratar ou humilhar. Ante tais interpretações, é comum que a agressão venha acompanhada de violência.

Duas técnicas especialmente úteis para a agressão hostil são intituladas “Cutucão” e “Círculo da crítica” (Friedberg et al., 2011; Larson & Lochman, 2011; Reis, Habigzang, & Sperb, 2015a). A técnica do cutucão consiste em um experimento comportamental no qual o adolescente recebe comentários ou comandos que corriqueiramente geram raiva e agressão. No círculo da crítica, o adolescente recebe críticas do terapeuta ou de outros participantes do grupo. As críticas podem ser escritas em um papel ou ditas em voz alta. O conteúdo das críticas pode variar em termos de intensidade, aumentando - gradativamente a gravidade. Nas duas técnicas, cabe ao adolescente responder de forma assertiva às provocações ou ignorá-las, usando técnicas de manejo da raiva previamente ensinadas, como, por exemplo, distração,

respiração diafragmática, autoinstrução, análise de evidências, entre outras (para mais detalhes sobre tais técnicas, sugere-se a leitura de Reis et al., 2015a). Variações das técnicas “Cutucão” e “Círculo da crítica” podem envolver desempenhar uma atividade, como, por exemplo, enfileirar peças de um dominó enquanto recebe as críticas. O terapeuta propõe a atividade com as críticas e sem elas; então, verifica o desempenho do paciente em ambas as condições. Após a atividade, discute-se o quanto o foco direcionado às críticas influenciou o desempenho na atividade.

Considerando o enviesamento no processamento da informação típico em situações de agressão hostil – ou seja, a tendência a atribuir hostilidade (pensar que o outro fez algo de propósito ou “por querer”) em situações neutras ou ambíguas –, Friedberg e colaboradores (2011, p. 185) sugerem a técnica “Bálsamos da raiva”. Nessa técnica, o adolescente é submetido à reestruturação cognitiva, com vistas a avaliar os pensamentos de injustiça e a ideia de que o outro cometeu uma ação negativa de forma intencional. São feitas perguntas como: “Será que estou confundindo algo feito por acidente com algo feito de propósito?”; “Estou certo de que minha impressão das ações das pessoas é verdadeira?”; “Será que estou confundindo as coisas serem injustas com as coisas apenas não serem como eu quero?”; “Será que eu acho que isso só acontece comigo, ou isso acontece com todo mundo de vez em quando?”; “Eu estou esperando que os outros sigam completamente as minhas regras?”; “As outras pessoas conhecem as minhas regras?”; “Sou capaz de perdoar quando as pessoas desrespeitam minhas regras?”; “Será que eu estou vendo as pessoas só de uma maneira? Será que alguém pode ser de um único jeito o tempo todo?”; “Sou capaz de aceitar meus sentimentos ruins? Eu acredito que preciso me livrar desses sentimentos?”; “Eu estou me livrando de sentimentos indesejados machucando outras pessoas?”; “Como eu defino poder e controle? Eu confundo autocontrole com controlar os outros?”; “Quão desamparado eu sou na situação em questão?” e “Qual é a minha responsabilidade pelo que me acontece?”. Busca-se, aqui, encontrar evidências de que o adolescente foi realmente injustiçado ou se está percebendo a situação de forma equivocada. Assim, pode-se prevenir a ocorrência de agressão hostil impulsiva decorrente de uma interpretação equivocada.

Essas técnicas são úteis para manejar os comportamentos impulsivos exacerbados vistos tanto em adolescentes saudáveis como naqueles que refletem sintomas de transtornos mentais. Devem ser agregadas ao protocolo terapêutico que considera outras demandas além da impulsividade, e o momento para a aplicação de cada uma delas dependerá da avaliação e formulação do caso. No entanto, considerando a frequência de ações impulsivas na adolescência, protocolos de intervenção podem ser levados a efeito no intuito de funcionar como fator de proteção às consequências negativas da impulsividade.

Ghahremani e colaboradores (2013) investigaram os efeitos de um programa denominado “Youth Empowerment Seminar” sobre o comportamento impulsivo de adolescentes com idades entre 14 e 18 anos sem transtorno mental específico. O programa é dividido em três módulos: saúde do corpo (que consta de atividades físicas englobando yoga, atenção plena na alimentação e discussões interativas sobre alimentação e nutrição), saúde da mente (que inclui manejo do estresse e técnicas de relaxamento, respiração e *mindfulness*, bem como processos grupais com o intuito de desenvolver responsabilidade pessoal, respeito, honestidade e serviço aos outros) e estilo de vida saudável (que ensina estratégias para lidar com desafios emocionais e situações sociais, especialmente pressão dos pares, decisão consciente e atividades de liderança via jogos interativos). As atividades eram realizadas durante as aulas de educação física, e o programa teve duração de 20 horas, sendo uma hora por dia ao longo de quatro semanas. Os participantes do grupo-controle ($n = 264$) e do grupo de intervenção ($n = 524$) foram avaliados no pré e no pós-teste pela escala de impulsividade de Barrat. Os resultados revelaram que os participantes de ambos os grupos não diferiram no pré-teste quanto à impulsividade. A avaliação pós-teste revelou redução significativa nos índices de impulsividade no grupo experimental e nenhuma diferença no grupo-controle na comparação entre pré e pós-teste. Esse estudo revela que programas multicomponentes direcionados a adolescentes sem transtornos mentais podem ser úteis na redução da impulsividade, o que, por sua vez, reduz a probabilidade de os jovens enfrentarem problemas devido ao comportamento impulsivo.

Este tópico ilustrou a tendência do adolescente em agir de forma impulsiva e expôs que isso se deve, em parte, ao estágio de desenvolvimento do cérebro nessa etapa da vida, que ainda está estabelecendo novas conexões, especialmente no córtex pré-frontal. Assim, ao final da adolescência, já é possível identificar maior autocontrole e análise de consequências futuras, além de planos estabelecidos para médio e longo prazo. No entanto, apesar de fazer parte do desenvolvimento, o comportamento impulsivo pode trazer sérios prejuízos aos jovens, como envolvimento com substâncias psicoativas, gravidez não planejada ou situações que coloquem a vida em risco ou que os direcionem a cumprir medidas socioeducativas. Assim, é importante conduzir intervenção tanto para prevenir desfechos negativos decorrentes de atos impulsivos como para promover reflexão e mudança de comportamento nos casos em que uma psicopatologia já se encontre instalada. É importante avaliar, ainda, se os comportamentos impulsivos aparecem associados a comportamentos disruptivos e delinquência, o que aumenta a dificuldade de intervenção e adesão terapêutica.

COMPORTAMENTOS DISRUPTIVOS E DELINQUÊNCIA

Comportamentos disruptivos podem ser compreendidos em um *continuum* que varia desde comportamento desafiador, negativista ou hostil, passando por importantes violações de regras, até destruição de patrimônio, defraudação ou furto, agressão a pessoas ou animais e comportamentos antissociais que envolvem a transgressão dos princípios sociais e/ou dos direitos básicos dos demais membros da sociedade (Eddy, 2009).

Barkley, Robin e Benton (2016) definem o comportamento desafiador como uma falha em atender a uma solicitação feita por um adulto dentro de um período de tempo plausível; descontinuação na execução de uma tarefa antes de finalizá-la; e falha em cumprir regras de conduta estabelecidas com antecedência. Inclui tanto ignorar uma demanda como o não cumprimento passivo de uma tarefa que foi solicitada ou que se espera que o adolescente realize, bem como resistência ativa física ou verbal. Comportamentos desafiadores podem ser:

- 1 verbais:** gritar, fazer birra, reclamar, insultar, xingar, mentir, discutir, humilhar, provocar, ser petulante
- 2 físicos:** desafiar, ter ataques de fúria, roubar, fugir, perturbar as atividades dos outros
- 3 agressivos:** resistir fisicamente a solicitações ou instruções, atirar objetos, destruir propriedades de modo intencional, agredir fisicamente os outros, usar armas, invadir casas ou estabelecimentos alheios, ser cruel com pessoas ou animais e não sentir culpa ou remorso

Barkley e colaboradores (2016) salientam a necessidade de diferenciar o comportamento desafiador típico da adolescência de um problema que requer intervenção clínica. Nesse sentido, os autores propõem as seguintes perguntas como parâmetros: “O comportamento desafiador do adolescente é muito pior do que o da maioria dos jovens da mesma idade?”; “Esse comportamento está dificultando que o indivíduo funcione conforme o esperado ou existe o risco de provocar sérias consequências para os outros?”; “O comportamento - desafiador está causando muita angústia ou dano emocional?”. A ajuda profissional é necessária quando o comportamento desafiador tem ocorrido há bastante tempo e os pais não sabem como lidar com a situação ou, ainda, se tem trazido problemas como recusa do jovem em ir à escola, importante afastamento das relações familiares ou séria perturbação nas esferas da vida do adolescente.

Barkley e colaboradores (2016) propõem que o comportamento desafiador se desenvolve com o tempo, a partir de interações entre o adolescente e seus pais, as quais passam a se tornar gradativamente desagradáveis e hostis. Os autores citam que o jovem aprende a obter algum ganho com o desafio, como, por exemplo, não ter de cumprir uma tarefa previamente estabelecida porque os pais desistem do embate e acabam eles mesmos efetivando a atividade. Isso aumenta a probabilidade de que os pais desenvolvam interação coercitiva a partir de ameaças ou comportamento agressivo, o que, por sua vez, leva a uma nova recusa do adolescente, gerando uma impotência aprendida nos cuidadores, ou seja, a percepção de que nenhum dos comportamentos de enfrentamento leva o filho à ação. Esse padrão pode levar à expectativa de que todas as interações ocorrerão de forma semelhante, o

que faz pais e adolescentes já iniciarem intercâmbios à espera de um desfecho negativo.

Por fim, Barkley e colaboradores (2016) afirmam que tais interações entre pais e filhos se tornam especialmente difíceis durante a adolescência, podendo culminar em oposição que requer intervenção clínica devido a algumas características dessa fase do desenvolvimento, como, por exemplo, busca pela independência e pela identidade, levando a rejeição de ideias, opiniões e valores dos pais; tentativa de parecer forte, o que leva a maior firmeza nas ideias e mais convicção nos embates; dificuldade dos pais em reconhecer a maturação dos filhos e assumir uma postura diferente diante dessa nova etapa do desenvolvimento; a assunção de que o cérebro do filho já está plenamente desenvolvido, esperando que ele compreenda as situações na perspectiva de um adulto; a dificuldade dos pais em reconhecer a importância que os pares assumem nessa fase, algumas vezes suplantando o papel parental.

Os comportamentos disruptivos podem ocorrer precocemente, antes dos 11 anos de idade, ou ter início tardio. O início precoce está relacionado a pior prognóstico. Já o início tardio pode ser um comportamento temporário em resposta a mudanças da adolescência, como busca de autonomia associada a - baixa supervisão parental (Papalia & Feldman, 2013). O prognóstico é reservado nos casos em que há presença concomitante de comportamentos hiperativos, impulsivos e/ou de desatenção, quando há a prática de muitos comportamentos antissociais que ocorrem com elevada frequência e em diversas situações/ambientes, além da associação com pares que exibem comportamento antissocial (Edy, 2009).

Fatores de proteção que podem auxiliar a dar fim aos comportamentos disruptivos de início tardio incluem: estilo parental democrático e acolhedor, bem como monitoria eficaz (p. ex., saber onde os filhos estão, com quem e o que estão fazendo, pois diminui a probabilidade de o adolescente se associar a pares desviantes); conexões sociais cujos membros da comunidade auxiliam no monitoramento e supervisão do adolescente (Papalia & Feldman, 2013); e apoio emocional, comportamento parental assertivo, que modela repertório adaptativo, estabelece limites e oportuniza a solução de problemas (Rocha, 2012).

Por sua vez, os fatores de risco para comportamento disruptivo e delinquente envolvem convívio em ambientes coercitivos; sofrer violência física e abandono; família com história antissocial e de uso de substâncias; estressores psicossociais, como pobreza, desemprego e violência na vizinhança; temperamento difícil da criança, como desafio, pobre controle dos impulsos, irritabilidade excessiva, dificuldade em controlar os hábitos, negativismo, TDAH e insônia; práticas parentais negativas, que abrangem negligência, falta de rigor ou consistência diante do mau comportamento, abuso físico, monitoria negativa, ausência ou pouca monitoria positiva e comportamento moral (Barkley et al., 2016; Rocha, 2012). Adolescentes com história de TC comumente exibem história de desobediência, comportamento agressivo, acessos de birra, furtos e mentiras (Eddy, 2009).

Papalia e Feldman (2013) destacam que adolescentes que tendem a apresentar comportamentos violentos costumam se recusar a atender aos pais e professores, ignoram reações emocionais e direitos dos outros, maltratam pessoas e usam estratégias agressivas como resolução para os problemas. Têm crenças de ser injustiçados, revelam baixo desempenho escolar, cabulam aulas, são suspensos com frequência ou abandonam os estudos. Além disso, apresentam altos índices de uso de substâncias lícitas, como álcool e tabaco, ou ilícitas, bem como se unem a pares desviantes e desenvolvem comportamentos como roubar, brigar, destruir propriedades.

Rocha (2012) propõe que indivíduos que apresentam os fatores de risco citados têm maior probabilidade de sofrer rejeição pelos pares (devido a - déficits nas habilidades sociais e baixo desempenho acadêmico) e gerar respostas negativas nos pais. Segundo sua teoria, essas crianças se associariam a pares disruptivos que as aceitariam. A partir de então, ocorreria o aprendizado de comportamentos desviantes e a ruptura com a família, culminando em atos antissociais mais graves.

Os transtornos relacionados a comportamento delinquente e disruptivo (TOD, TC e transtorno de adaptação com perturbação da conduta) já foram descritos no item impulsividade. O transtorno de adaptação com perturbação da conduta é caracterizado por comportamentos antissociais que têm início até três meses após a ocorrência de um evento estressor identificável, como,

por exemplo, conflito parental, mudança de cidade, morte de um familiar (APA, 2014).

AVALIAÇÃO

A avaliação dos comportamentos disruptivos deve envolver observação, entrevistas e escalas autoaplicáveis, bem como abranger diversos informantes (pais, professores, adolescente e outros), observação do comportamento em locais diferentes e coleta de dados longitudinal. Instrumentos adaptados e validados para o Brasil que podem ser empregados nessa investigação são o Child Behavior Checklist (CBCL) e a versão brasileira do Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, (K-SADS-PL – Brasil, 2003). O CBCL pode ser aplicado em crianças e adolescentes com idades entre 6 e 18 anos. É composto por 118 questões relativas a problemas de comportamento e 20 direcionadas à competência social. No que tange aos comportamentos disruptivos, a escala averigua comportamento delinquente e agressivo, problemas de atenção e comportamento pró-social (Achenbach, 2001). Por sua vez, o K-SADS-PL é uma entrevista semiestruturada dirigida aos pais/responsáveis e à criança que contém critérios diagnósticos conforme o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR) (APA, 2014).

A avaliação dos comportamentos parentais possivelmente associados aos comportamentos disruptivos pode ser feita pelo uso do Inventário de Estilos Parentais. Trata-se de um instrumento composto por 42 afirmativas sobre a forma como os pais educam os filhos, sendo que cada afirmativa é relacionada a uma situação, à qual o cuidador deve responder indicando com que frequência age daquela forma. As questões abordam sete práticas educativas, sendo duas positivas – monitoria positiva e comportamento moral – e cinco negativas – negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico. Cada variável é investigada a partir de seis perguntas (Gomide, 2006).

Eddy (2009) sugere que as entrevistas com pais e adolescente sejam realizadas separadamente. A entrevista com os cuidadores deve coletar informações sobre o desenvolvimento psicossocial e o início da queixa atual e dos

problemas de comportamento, bem como de ações pró-sociais do adolescente e história familiar relacionada ao problema. Ademais, deve verificar como os adultos têm manejado a condição e o que os pais esperam dos atendimentos, além de planejar a participação parental na intervenção. É importante verificar, ainda, o histórico de reforçamento/punição direcionado aos comportamentos antissociais e a dificuldade dos pais em lidar com os sintomas. Encerra-se essa etapa solicitando-se permissão aos responsáveis para obter acesso irrestrito a documentos e pessoas relacionadas ao adolescente.

Na entrevista inicial com o adolescente, é necessário estabelecer a aliança terapêutica, compreender a perspectiva do jovem sobre o problema, coletar informações sobre seu relacionamento com pares e adultos próximos e identificar o funcionamento intelectual e emocional do adolescente. É comum que o jovem apresente na avaliação comportamento diferente daquele relatado pelos pais. Nesse sentido, o clínico deve atentar para tentativas de manipulação e mascaramento dos problemas. Com os professores, é relevante verificar de que maneira os comportamentos-problema afetam o funcionamento acadêmico e social do adolescente, identificar como a escola tem manejado tais comportamentos e averiguar a percepção do professor acerca do relacionamento entre os pais e a escola (Eddy, 2009).

Avaliações de linha de base incluem o monitoramento por uma ou duas semanas do comportamento disruptivo e a análise das alterações em tais ações ao longo do tratamento. Situações de resolução de problemas podem ser simuladas em sessão, de modo a verificar a interação entre o adolescente e os pais (Eddy, 2009). Rocha (2012) salienta que comportamentos-alvo nessa população são: hostilidade, mentira, atribuição de culpa ao outro, ausência de vergonha e autocrítica, expressão emocional inadequada e dificuldade no estabelecimento de vínculos. Além disso, aponta que o processo de intervenção deve buscar o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais que incluam autorrevelação e expressões de arrependimento e de sentimentos positivos, que devem ser igualmente monitorados ao longo do processo terapêutico.

INTERVENÇÃO

Quando comportamentos disruptivos atingem níveis patológicos, - especialmente se tiveram início precoce e evoluíram até a adolescência, são poucas as evidências que relatam melhora significativa duradoura ao longo do tempo. A maior parte das intervenções para tais demandas é direcionada a crianças e envolve treinamento para pais (Pheula & Isolan, 2006).

Henggeler, Melton, Brondino, Scherer e Hanley (1997) conduziram um estudo que averiguou os efeitos de uma intervenção terapêutica multissistêmica em jovens com comportamento violento e delinquente e em seus familiares. Houve melhora nos sintomas psiquiátricos dos indivíduos que participaram do programa, e 26% da amostra apresentaram diminuição no encarceramento, mas essa diferença não foi significativa. Quando ocorreu, houve redução no tempo de encarceramento. No entanto, 1,7 ano após a intervenção, os ganhos terapêuticos não se mantiveram. Os resultados foram melhores nas famílias em que houve boa adesão terapêutica. Hipotetizou-se que a melhora inicial tenha ocorrido devido a melhora da supervisão parental e ausência de acesso a pares desviantes e que tais condições não se mantiveram ao longo do tempo.

Os programas de intervenção devem trabalhar comportamentos parentais adaptativos, como monitoria positiva com níveis adequados de controle, estreitamento de trocas afetivas, manejo dos comportamentos disruptivos e busca de apoio social da comunidade (Papalia & Feldman, 2013). No entanto, a adesão de pais de adolescentes com esses problemas de comportamento, em geral, é baixa ou nula (Rocha, 2009).

A literatura (Eddy, 2009; Papalia & Feldman, 2013; Rocha, 2009) é contundente ao ressaltar que atividades em grupo com adolescentes disruptivos são contraproducentes, uma vez que há a tendência de ocorrer “treino antissocial”, ou seja, fortalecimento de líderes antissociais, aumento de comportamentos agressivos e reforço ao comportamento desviante (Rocha, 2009).

Se os pares contribuem para os problemas do adolescente, deve-se estimular a ampliação da rede social do jovem, buscando o desenvolvimento de relações com pares pró-sociais. Nesse sentido, a participação do adolescente com problemas da conduta em grupos mistos (tanto grupos terapêuticos com adolescentes que tenham outras queixas, como ansiedade ou depressão, como

grupos do tipo escoteiros ou de jovens associados a alguma entidade), ou seja, grupos que incluem jovens que não tenham problemas da conduta, é considerada positiva (Eddy, 2009).

QUADRO 10.1 OBJETIVOS DO TRATAMENTO COM ADOLESCENTE COM TRANSTORNO DISRUPTIVO

- Minimizar os comportamentos disruptivos
- Minimizar as influências dos pares coercitivos
- Encorajar os comportamentos pró-sociais
- Promover o desenvolvimento de habilidades escolares

Rocha (2012) destaca algumas práticas educativas às quais o terapeuta deve estar atento durante as sessões de atendimento. De acordo com a autora, adolescentes infratores têm dificuldades em respeitar regras e limites, e a falha na supervisão está relacionada ao desenvolvimento de comportamento antissocial. Nesse sentido, quando regras previamente acordadas com o terapeuta são descumpridas, é necessário o estabelecimento de medidas disciplinares, pois tal ação mostra consistência no comportamento do profissional e que relações de respeito e afeto também requerem limites claros. A autora destaca que é comum, ao lidar com adolescentes com transtornos disruptivos, que o terapeuta apresente práticas inconsistentes, “deixando passar” alguma ação desviante no intuito de estabelecer ou reforçar o vínculo terapêutico. No entanto, tal procedimento reproduz as relações previamente estabelecidas pelo jovem e caracteriza esquema de reforçamento intermitente, o que gera mais dificuldade na extinção do comportamento disruptivo no longo prazo. Nesse sentido, as regras da terapia devem ser claras e ter a anuência do adolescente. As consequências decorrentes do descumprimento das normas devem ser previstas e consolidadas quando necessário. Em contrapartida, a autora salienta que a monitoria positiva dos comportamentos do jovem favorece a autorrevelação e inibe a ocorrência de atos disruptivos.

Friedberg e colaboradores (2011) relatam que os adolescentes corriqueiramente entram em conflitos com os pais devido à interpretação de que estes estariam sendo invasivos. Nesses casos, lutam contra o controle parental, gerando brigas, discussões e raiva, bem como tentativa dos pais de reaver a

autoridade, o que intensifica a rebeldia do jovem. Para tais situações, os adolescentes são convidados a avaliar se os comportamentos dos pais se devem efetivamente a controle ou a demasiado cuidado ou zelo. O terapeuta pede que o adolescente liste os comportamentos parentais que o incomodam. Em seguida, o jovem deve avaliar em uma escala de 0 a 10 o quanto o comportamento parental se remete a controle ou a proteção.

Outra técnica que pode ser aplicada a adolescentes com comportamentos disruptivos é intitulada “Justo ou o que eu quero”. É direcionada a indivíduos com idades entre 8 e 18 anos e tem o objetivo de diminuir a sensação de injustiça comumente experimentada nessa fase, em especial por aqueles que apresentam excesso de raiva, comportamentos desobedientes e opositores. São elaboradas três colunas: na primeira, o adolescente lista situações que o incomodam; na segunda e na terceira, ele precisa avaliar se as circunstâncias são injustas ou apenas contrárias a seus desejos pessoais (Friedberg et al., 2011).

Casos de TC na adolescência, em especial com início precoce, têm obtido resultados terapêuticos pobres. Nesse sentido, não há um protocolo empiricamente validado com resultados promissores. Sugere-se o uso de técnicas de resolução de problemas, autocontrole, busca no desenvolvimento de comportamento moral, orientação a pais e terapia comportamental, mas, até o momento, a melhora em alguns casos não foi estatisticamente significativa. Há, portanto, uma lacuna a ser preenchida nessa área.

Assink e colaboradores (2015) realizaram uma revisão da literatura investigando os fatores de risco envolvidos no comportamento antissocial de duas amostras: um grupo que apresenta comportamento antissocial persistente e grave, o qual se estendeu da infância à adolescência e à idade adulta, e outro cujo comportamento delinquente ocorreu apenas durante a adolescência e que pode ser entendido como uma tentativa de obter poder e *status* da vida adulta. Implicações para a prática clínica observadas a partir desse estudo podem fornecer *insights* importantes para o delineamento futuro de intervenções efetivas. Os resultados desse estudo e as implicações para a prática clínica são descritos a seguir.

Foram encontrados tamanhos de efeito grandes para antecedentes criminais (ter sido preso, idade de primeiro encarceramento, alto nível de

versatilidade criminal, uso de arma, condenação por crime violento) e comportamento agressivo, seguidos por abuso de álcool e drogas, comportamento sexual, problemas emocionais, comportamentais e de relacionamento, escola e emprego. O domínio “família” obteve um baixo fator de risco tanto na infância como na adolescência, isto é, são pequenas as diferenças nos problemas familiares de adolescentes infratores de longo prazo em relação aos daqueles com atos infracionais circunscritos. Uma variável moderadora é que características estáticas da família, como, por exemplo, baixo *status* socioeconômico, história parental de criminalidade e núcleo familiar com um único cuidador, apresentaram maior tamanho de efeito do que fatores dinâmicos, como problemas de relacionamento na família, estilo parental negativo e práticas disciplinares e monitoria parental pobres. Nenhum efeito para saúde física e vizinhança, revelando que problemas de saúde física e características do bairro são semelhantes quando se comparam adolescentes infratores reincidentes àqueles com atos de infração restritos à adolescência. Pais e irmãos representaram maior fator de risco do que a mãe, e esse efeito foi maior durante a infância. Os autores concluem que o maior fator de risco para se tornar um infrator persistente é a ocorrência de fatores de risco em múltiplos domínios (Assink et al., 2015).

Destacam, assim, que, considerando o fato de que o maior fator de risco é a ocorrência de ameaças em múltiplos domínios, a intervenção deve ser multicomponente, com a participação de profissionais de diversas áreas. Uma vez que o pai e os irmãos podem ser mais influentes do que a mãe no desenvolvimento de comportamento antissocial de longo prazo, as intervenções devem abranger toda a família (Assink et al., 2015).

ORIENTAÇÃO AOS PAIS

Barkley e colaboradores (2016) propõem que o manejo do adolescente com comportamento desafiante deve perpassar o uso de negociação e menor destaque sobre a imposição. Isso significa diminuir o controle em algumas esferas e aumentá-lo em outras. Os pais devem enfatizar a atenção positiva, modelar e reforçar o comportamento pró-social e estabelecer disciplina congruente diante de comportamento desafiador.

É importante que eles aprendam sobre teorias do desenvolvimento adolescente, de modo a compreender o comportamento do filho como uma luta pela autonomia e não como um desafio deliberado. Outro aspecto relevante é discriminar regras negociáveis daquelas que não entram em negociação. Estas devem ser descritas operacionalmente, deixadas claras aos adolescentes, e o mesmo vale para as consequências pelo não cumprimento de tais normas. O estabelecimento das regras e das consequências deve ser seguido, independentemente de tentativas fracassadas anteriores. Dessa forma, os embates são diminuídos, e os adolescentes podem exercitar as habilidades de negociação, o que favorecerá o desenvolvimento de ações responsáveis e autônomas. Deve-se, ainda, identificar as crenças parentais acerca da parentalidade, bem como os sentimentos dos pais em relação ao crescimento dos filhos (Barkley et al., 2016).

QUADRO 10.2 DIRETRIZES PARA OS PAIS QUE TÊM DE LIDAR COM O COMPORTAMENTO DESAFIADOR DOS FILHOS, SEGUNDO BARKLEY E COLABORADORES (2016)

- 1) desenvolver expectativas razoáveis em relação à maturidade do filho, uma vez que ele ainda não se desenvolveu plenamente, mas já avançou sobremaneira em estágios do desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial em comparação à infância;
- 2) escolher batalhas com sabedoria, ou seja, relaxar o controle e abrir negociação quando for possível, no intuito de diminuir resistência;
- 3) articular regras de forma clara, de modo que o adolescente compreenda e siga baseando-se na lógica;
- 4) fornecer opções em vez de ultimatos;
- 5) recompensá-lo por ser bom, isto é, reforçar os comportamentos que os pais aprovam e apreciam mostra ao adolescente que eles prestam atenção nele;
- 6) pensar em termos de solução de problemas, acordar quanto a um problema específico, elencar possíveis soluções, escolher uma a ser colocada em prática e definir estratégias para o caso de a opção escolhida não funcionar.

Finalmente, Barkley e colaboradores (2016) discutem um programa de 10 passos para o manejo do comportamento desafiador do adolescente, conforme apresentado no Quadro 10.3.

QUADRO 10.3 PROGRAMA DE 10 PASSOS

- 1) Estabelecer o hábito de realizar atividades positivas com os filhos, oportunizando o surgimento de interações nas quais os pais devem identificar e elogiar aspectos positivos dos jovens, passando um tempo com eles fora de situações de conflito.
- 2) Aprender a ser mais específico, consistente e equilibrado no estabelecimento e na condução de regras.
- 3) Estabelecer um sistema de pontos que deve recompensar o adolescente que atende às solicitações, incentivando o comportamento positivo.
- 4) Punir o comportamento disruptivo, mas somente após recompensar o positivo.
- 5) Efetivar o manejo de contingências de situações-problema.
- 6) Abordar o comportamento desafiador na escola e conflitos sobre o dever de casa.
- 7) Usar habilidades de solução de problemas.
- 8) Aprender e praticar habilidades de comunicação que envolvem escuta ativa, fala honesta e respeitosa, bem como identificação de padrões de comunicação negativos.
- 9) Lidar com crenças e expectativas racionais.
- 10) Manter a união.

Cada etapa do programa deve ser treinada com os pais em sessão via *role-play*. Os cuidadores precisam aprender a manter contato visual, usar tom de voz apropriado (com entusiasmo e firmeza, sem sarcasmo, hostilidade ou desânimo), ofertar reforço adequadamente (p. ex., “Gostei muito da maneira como arrumou o seu quarto”, em vez de “Ficou bom, mas...”) e ser firme no estabelecimento de limites e na colocação de punição. Outra habilidade importante que os pais devem aprender é o monitoramento apropriado dos filhos. É preciso que os cuidadores saibam onde os jovens estão e o que fazem durante o dia. Para tanto, precisam definir claramente como terão acesso a essas informações e de que maneira isso será feito (para os casos de pais que trabalham fora e cujos filhos permanecem sozinhos em casa). Por fim, próximo ao término da intervenção, os pais devem estar aptos a conduzir conferências familiares semanais, nas quais sejam abordados aspectos positivos, bem como problemas e dificuldades da família. Nessas conferências, todos os membros devem ter direito de opinar, e a opinião de todos deve ter o mesmo peso (Eddy, 2009).

É importante que os pais saibam que a autonomia deve ser concedida gradualmente, com estrutura e supervisão adequadas. Se o adolescente corresponder à concessão de liberdade com responsabilidade, os cuidadores

permitem que ele adquira mais liberdade. Quando erros ocorrerem, os pais recuam na liberdade concedida, retornando ao nível anterior. É preciso cuidar para que o adolescente não regreda ao nível zero de liberdade, o que culminará em comportamento desafiador. Quando os jovens participam na elaboração das regras, isso aumenta a probabilidade de que as sigam. Isso é feito envolvendo-os na tomada de decisão quanto aos itens negociáveis (Barkley et al., 2016).

É importante, ainda, que os pais aprendam a lidar com as próprias raiva, irritabilidade e frustração decorrentes das interações com os filhos adolescentes (Eddy, 2009). Para tanto, precisam identificar tais emoções quando ainda estão no início, reconhecer o estímulo-gatilho e a interpretação que culminou na emoção e, então, engajar-se no manejo dessa emoção antes de estabelecer um diálogo com o jovem. Isso pode ser feito por reestruturação cognitiva, por exemplo, reconhecendo as limitações do funcionamento cerebral do adolescente, a busca por liberdade, espaço e pela própria identidade que são tarefas evolutivas dessa fase do desenvolvimento e a falta de habilidade dos filhos para conquistar tudo isso por meio de técnicas de negociação em vez do uso de desafio. Os pais podem também se afastar da situação até que a intensidade emocional se arrefeça e eles possam interagir com maior controle emocional (Reis et al., 2015b).

A seguir, será descrito um caso clínico que exemplifica algumas das técnicas expostas para o manejo do comportamento tanto impulsivo como - disruptivo, bem como o treino de orientação aos pais.

VINHETA CLÍNICA 10.1

Liz é uma adolescente de 15 anos que veio para a terapia por insistência da mãe, que dizia ter chegado no limite de todas as tentativas de lidar com a jovem. Filha única, os pais se separaram quando ela tinha 7 anos. Liz relata não ver nenhuma demanda para terapia, pois seus comportamentos são perfeitamente normais, muito semelhantes aos de suas amigas, e que sua mãe se recusa a ver que ela cresceu. Esta, no entanto, relata que, no último ano, a filha passou a ser agressiva e a “andar com más companhias”, além de ter feito uma tatuagem sem seu consentimento com o dinheiro que

ganhara da mesada. A mãe suspeita que a jovem tenha experimentado maconha, pois um dia ao chegar da casa de uma amiga “parecia estar muito aérea, com os olhos vermelhos e comeu demais, muito mais do que está acostumada”. Recentemente, Liz e sua mãe têm brigado todos os dias por motivos diversos, desde fazer a tarefa da escola até a roupa com a qual a menina se veste, passando pelos lugares onde Liz pode ir e pelo horário do toque de recolher. Nessas ocasiões, ambas discutem, e, algumas vezes, a adolescente diz para a mãe que a odeia e que preferia morar com o pai. Liz relata que a mãe parece um sargento e que se continuar assim vai sumir no mundo. O pai é ausente e vê a filha com pouca frequência. Não se envolve na vida da jovem e diz que os problemas que ela vem apresentando são culpa da mãe.

Observam-se, nesse caso, comportamentos impulsivos típicos da adolescência, como busca de estimulação e novas sensações (experimentar maconha, fazer tatuagem sem o consentimento da mãe), bem como baixo autocontrole da raiva e do comportamento agressivo que aparece nas constantes discussões com a mãe. O que torna esse caso indicado para psicoterapia é o fato de a mãe não estar conseguindo manejar a situação, que vem piorando ao longo do último ano. Em decorrência disso, as brigas e o consequente afastamento entre as duas pode diminuir a monitoria positiva da mãe em relação à filha, fazendo com que esta se torne vulnerável a experimentar outras substâncias psicoativas e a se associar a pares desviantes.

Nesse sentido, os objetivos psicoterapêuticos com a mãe foram: validar os sentimentos de culpa e inadequação em relação à maternidade e destacar seu esforço em resolver o problema e em ser uma boa mãe; psicoeducá-la sobre as mudanças da adolescência, explicando sobre o funcionamento do cérebro e sobre como isso se relaciona com os comportamentos da filha; diminuir a interação coercitiva; treinar estratégias de comunicação eficaz; ensinar técnicas de manejo das emoções da filha, como validação emocional e solução de problemas (para mais detalhes, ver Reis et al., 2015b); negociar regras e concessões; trabalhar estratégias de monitoria positiva (Barkley et al., 2016).

Embora tenha enfatizado que o problema é sua mãe, e não ela, Liz concordou em comparecer às sessões, desde que a genitora também “se trate”. Ao investigar a percepção de Liz sobre o problema, a menina definiu-o como “as brigas com a minha mãe”. A aplicação da técnica “Você está pronto para algumas mudanças?” (Friedberg et al., 2011) resultou nas seguintes respostas: “As brigas com minha mãe me incomodam um pouco; Eu me sinto um pouco fora do controle por causa disso; muitas de minhas amigas estão com problemas semelhantes; Eu acho que o tratamento não me ajudará nem um pouco; Eu não quero mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos (quem tem que mudar é minha mãe); Eu não estou tentando mudar meus pensamentos, sentimentos e comportamentos, mas acho que sou capaz de mudá-los se eu quiser”.

Após a discussão das respostas, verificou-se que Liz percebia o problema como pouco perturbador e apresentava baixa motivação para o tratamento, embora dispusesse de autoeficácia para uma possível melhora. Nesse sentido, o questionamento socrático abordou a gravidade e a amplitude do problema, bem como buscou motivar a adolescente para o tratamento. Na sequência, a terapeuta prosseguiu com a técnica “Advogado do diabo”. O diálogo a seguir ilustra a aplicação de ambas as técnicas:

Terapeuta: Liz, você pontuou que as brigas com sua mãe têm lhe incomodado apenas um pouco.

Liz: Isso mesmo. Acho que é normal. Não vejo por que perder tempo e dinheiro com terapia.

Terapeuta: Entendo. Na verdade sua mãe que insistiu para que você viesse.

Liz: É.

Terapeuta: Ok. Mas eu fiquei em dúvida porque você havia dito que as brigas têm sido diárias e que você tem considerado seriamente a possibilidade de fugir de casa por causa delas. Como podem ser algo que gera pouco incômodo se ocorrem todos os dias e se você correria o risco de não ter onde morar por causa disso?

Liz: Ah! É um saco ficar brigando! Isso atrapalha. Mas não acho justo eu ter que fazer terapia se o problema tá com ela. Ela que não me entende.

Terapeuta: Hum. Deixe-me ver se entendi. Você acredita que o problema é ruim, mas pensa que quem deveria estar aqui é sua mãe, e não você?

Liz: É.

Terapeuta: E você acha que sua mãe desistirá fácil da ideia de que você venha fazer terapia?

Liz: Não. Ela vai me infernizar. Disse que, se eu não mudar, vai me proibir de sair e cortar minha mesada.

Terapeuta: Ok. E como você se sentiria se isso acontecesse?

Liz: Nossa. Aí o pau ia quebrar feio. Eu ia ficar com mais ódio dela ainda.

Terapeuta: Imagino. E considerando que você pensa que sua mãe te “infernizaria” caso não viesse para a terapia, quais alternativas você tem?

Liz: Eu posso vir e não fazer nada. Eu não quero estar aqui. Eu não deveria ser obrigada a vir.

Terapeuta: Concordo. É muito ruim quando somos obrigados a fazer alguma coisa. E você acha que seria possível tirar algo de bom daqui?

Liz: Como assim?

Terapeuta: Quer dizer, se você disse que sua mãe vai lhe infernizar se não vier e cortar coisas de que você gosta caso não mude, penso que seria melhor vir.

Liz: É. Prefiro vir a ela me encher mais ainda. Mas isso não significa que eu vou mudar. Eu não acho que precise mudar nada.

Terapeuta: [concordando com a cabeça] Entendo. Mas, só para deixar claro, caso você decida vir e se engajar na terapia, a sua mãe também teria que participar como parte de um programa de orientação. Nesse caso, não apenas você teria que fazer mudanças. Porém, voltando para a sua possível participação, você acha que poderia se beneficiar de alguma maneira desses atendimentos, quer dizer, já que acredita que é melhor vir e já que teremos esse momento para conversar, poderíamos trabalhar de modo que te ajudasse de alguma maneira?

Liz: Não vejo como.

Terapeuta: Bem, poderíamos trabalhar juntas, pensando em formas de diminuir os conflitos entre você e sua mãe. Eu poderia ajudá-la a mediar algumas propostas, alcançar algum consenso entre você e sua mãe...

Liz: Não sei.

Terapeuta: Tenho certeza que seria um desafio interessante, isto é, pegar uma situação que parece perdida tanto para você como para sua mãe e tentar fazer a diferença. Acho que seria um ótimo trabalho.

Liz: Pode ser.

A partir do questionamento inicial, verificou-se que Liz vê o problema como de considerável magnitude, no entanto, o que a torna reticente à terapia é o fato de achar injusto que ela tenha que fazer mudanças e a mãe não. Nesse aspecto, a terapeuta corrigiu a percepção da jovem alegando que a mãe também precisaria comparecer e fazer mudanças. A profissional constatou, ainda, que Liz estava disposta a comparecer, mesmo que fosse para não fazer nada. Esse comportamento é típico dos adolescentes e pode ser contornado pela estratégia empregada, que seguiu a ideia “já que você está aqui, como podemos aproveitar bem esse tempo?”. Após verificar uma brecha para adesão ao tratamento, a terapeuta inicia a técnica “Advogado do diabo”.

Terapeuta: Fiquei pensando também que você não ia querer mesmo fazer terapia porque é um processo difícil, que exige que a pessoa se dedique e se envolva. Mudar a situação entre você e sua mãe é realmente um grande desafio. Não sei se você iria querer aprender a como brigar menos com ela e a conquistar mais liberdade se isso te custasse ter que mudar suas ações...

Liz: Bom. Se for para as coisas acontecerem mais do meu jeito...

Terapeuta: É. Mas até chegar a um acordo razoável para você e sua mãe vai demorar um tempo, e vai ser preciso bastante empenho das duas.

Liz: Desde que não seja só eu que tenha que mudar.

Terapeuta: Então você está disposta a vir à terapia e aproveitar esse tempo para pensar em maneiras de melhorar a relação com sua mãe, bem como conquistar algumas coisas que são importantes para você?

Liz: É.

Verifica-se, nesse trecho, que a terapeuta foi sutil nos contra-argumentos da técnica, optando por “desafiar” a paciente a aderir à terapia e por trazer nas entrelinhas os benefícios da adesão. Nas sessões seguintes, com o objetivo de fortalecer o vínculo, a profissional averiguou os interesses de Liz quanto a bandas, programas de TV, amizades, atividades de lazer, relação com o pai, namoros, etc. Buscou-se tirar o foco inicial das brigas com a mãe e da necessidade de mudança para compreender aspectos idiossincráticos da adolescente. A partir dos interesses listados por Liz, a terapeuta trazia letras de música, clipes, trechos de filmes e novelas e, a partir desse material, conduzia as intervenções, fortalecendo a adesão terapêutica.

Seguindo essa fase, a terapeuta propôs um automonitoramento das brigas entre mãe e filha com o objetivo de aplicar a técnica de autocontrole (Abreu-Rodrigues & Beckert, 2004). O automonitoramento permitiu identificar que as brigas aconteciam principalmente em decorrência de demandas de passar mais tempo com os amigos por parte da adolescente e do não cumprimento quanto a obrigações como tarefas escolares e afazeres domésticos, bem como das críticas da mãe quanto ao modo como a filha se vestia. Liz acreditava que a mãe era uma “tirana” que não a deixava fazer nada e, nessas situações, explodia de raiva.

A profissional discutiu com a adolescente quais expectativas esta tinha em relação ao comportamento da mãe e a ter mais liberdade. Após esse levantamento, terapeuta e paciente, em uma sessão conjunta com a mãe, negociaram algumas concessões, chegando ao seguinte parâmetro: Liz poderia ir a festas e reuniões na casa de amigos nos fins de semana, desde que a mãe a levasse e buscasse. A adolescente não poderia se deslocar para outro local sem o consentimento da mãe. O prazo máximo para retornar para casa era 0h, com tolerância de 30 minutos de atraso. Durante o dia, enquanto a mãe estava trabalhando, Liz deveria ir para a escola, comparecer às atividades extras (inglês, terapia), fazer as tarefas escolares e afazeres domésticos, que seriam checados pela mãe quando retornasse do trabalho no fim do dia. O tempo restante poderia ser utilizado em atividades livres, como TV, uso do celular e computador. Visitas à casa de amigas para fazer trabalhos escolares ou para o lazer durante a semana deveriam ser combinadas previamente. Caso Liz descumprisse algum combinado, a

consequência seria diretamente relacionada. Por exemplo, se extrapolasse o horário de voltar para casa, perderia uma hora na vez seguinte, tendo que chegar às 11h. Se não cumprisse os afazeres escolares e domésticos, a mãe levaria o celular de Liz e o *notebook* para o trabalho por um dia e, em caso de reincidência, por dois dias.

Tendo estabelecido concessões com a mãe, a terapeuta buscou a contrapartida de Liz em outra sessão. Dessa forma, ambas trabalharam técnicas para o manejo da raiva, as quais a adolescente deveria usar para não explodir com a mãe. A fim de generalizar a aprendizagem, a profissional aplicou a técnica “Círculo da crítica” (Friedberg et al., 2011; Larson & Lochman, 2011; Reis et al., 2015a). Durante a execução da técnica, a terapeuta apresentava críticas à maneira como Liz se vestia (tentando usar as mesmas palavras que a mãe empregava), e a jovem deveria manejar a raiva com algum dos recursos aprendidos.

Com relação às críticas da mãe em relação à Liz, a terapeuta aplicou a técnica “Cuidado ou controle” (Friedberg et al., 2011). A adolescente anotou os comportamentos da mãe que a irritam: “Ela fala que minhas roupas são muito curtas”, “Ela fica me perguntando sempre com quem eu estou”, “Ela fica me ligando à tarde para saber se eu estou em casa”, “Ela reclama do tempo que eu passo no celular” e “Ela quer saber com quem eu converso na internet”. Para cada ação, Liz pontuou de 0 a 10 os níveis de proteção e de controle. Após o questionamento, a jovem constatou que a maior parte dos comportamentos da mãe que a incomodam são decorrentes do medo de que algo ruim lhe aconteça.

Um experimento comportamental decorrente da análise anterior foi formulado, e Liz teve como tarefa de casa conversar com a mãe sobre as restrições desta quanto ao seu estilo de se vestir, bem como discutir as expectativas da mãe em relação a ela. Em sessão, realizou-se um *role-play* com vistas a modelar a abordagem do assunto com a mãe. Liz constatou, a partir da conversa, que sua mãe tinha medo de que algo ruim lhe acontecesse, como um assédio sexual ou estupro, pois, na visão dela, suas roupas eram muito curtas e “chamativas”. A adolescente verificou que, de fato, os comentários da mãe refletiam mais uma preocupação do que efetivamente uma tentativa de controlar as roupas que vestia. Então, a jovem conseguiu

falar para ela como se sentia quando era criticada. Combinou-se que a mãe não mais a criticaria e que Liz estaria mais atenta quando estivesse desacompanhada na rua.

Ao término do processo terapêutico, houve redução significativa das brigas e de explosões de raiva da jovem. A comunicação entre ambas melhorou. A mãe conseguiu estabelecer monitoria positiva, aprendeu a validar as emoções da filha e a confiar mais nas escolhas da menina. Esta, por sua vez, passou a entender melhor as preocupações e os comportamentos da mãe e a cumprir com as tarefas escolares e afazeres domésticos sem a necessidade de embates diários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comportamentos impulsivos e disruptivos são comuns na adolescência e ocorrem como uma tentativa de buscar sensações estimulantes, definir a própria identidade e ser aceito pelos pares. É preciso que os pais vejam tais comportamentos não como um desafio dos filhos a eles, mas como um processo de maturação cerebral necessário para o desenvolvimento da autonomia na vida adulta. No entanto, comportamentos transitórios característicos dessa fase do desenvolvimento podem culminar em atos delinquentes e gerar problemas ou sofrimento ao indivíduo ou ao ambiente circundante. Nesses casos, intervenções devem ser feitas, de modo a impedir que o transtorno se torne grave. Para tanto, o envolvimento familiar na intervenção, além do engajamento do adolescente, é fundamental.

REFERÊNCIAS

Abreu-Rodrigues, J., & Beckert, M. E. (2004). Autocontrole: Pesquisa e aplicação. In C. N. Abreu, & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 259-274). São Paulo: Roca.

Achenbach T. M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and profile*. Burlington: University of Vermont.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Anderson, C. A., & Huesmann, R. (2003). Human aggression: A social-cognitive view. In A. H. Michael, & J. Cooper (Eds.), *The sage handbook of social psychology* (pp. 296-323). Thousand Oaks: Sage. Recuperado de <http://www.psychology.iastate.edu/faculty/caa/abstracts/2000-2004/03AH.pdf>

- Assink, M., Van der Put, C. E., Hoeve, M., de Vries, S. L., Stams, G. J. J., & Oort, F. J. (2015). Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 47-61.
- Barkley, R. A., Robin, A. L., & Benton, C. M. (2016). *Seu adolescente desafiador: 10 passos para resolver conflitos e reconstruir seu relacionamento* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil, H. H. A. (2003). *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas* (Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo).
- Collado, A., Felton, J. W., MacPherson, L., & Lejuez, C. W. (2014). Longitudinal trajectories of sensation seeking, risk taking propensity, and impulsivity across early to middle adolescence. *Addictive behaviors*, 39(11), 1580-1588.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Diemen, L. V., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 153-156.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevette, K. N., Dawes, M. A., ... & Nouvion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, 169(1), 22-27.
- Eddy, J. M. (2009). *Transtornos da conduta: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Friedberg, R., McClure, J., & Garcia, J. (2011). *Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: Ferramentas para aprimorar a prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Ghahremani, D. G., Oh, E. Y., Dean, A. C., Mouzakis, K., Wilson, K. D., & London, E. D. (2013). Effects of the Youth Empowerment Seminar on impulsive behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 139-141.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais. Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 821.
- Larson, J., & Lochman, J. E. (2011). *Helping school children coping with anger* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Linehan, M. M., & Dexter-Mazza, E. T. (2009). Terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade borderline. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. (pp. 366-421). Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D., Kasolter-Péré, M. A., & Ingrand, P. (2008). Proposition pour une échelle d'évaluation du risque de répétition d'accidents chez l'adolescent. *Annales Médico-psychologiques, Revue*

Psychiatrique, 166(9), 691-701.

Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., ... & Hoven, C. W. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of Affective Disorders*, 197, 231-238.

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Pheula, G. F., & Isolan, L. R. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 74-83.

Reis, A. H., Habigzang, L. F., & Sperb, T. M. (2015a). Manejo da raiva em grupo. In C. B. Neufeld (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupos para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Reis, A. H., Habigzang, L. F., & Sperb, T. M. (2015b). Emoções na infância e influência parental na regulação emocional infantil em uma perspectiva cognitivo-comportamental. In: C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. Rangé (Orgs.), *PROCOGNITIVA Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental: ciclo I* (Vol. 2). Porto Alegre: Artmed.

Rocha, G. V. M. (2012). *Comportamento antissocial: Psicoterapia para adolescentes infratores de alto risco*. Curitiba: Juruá.

Santos, S. L. E., & Alvarenga, M. A. S. (2004). Treinamento em autoinstruções. In C. N. Abreu, & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas*. São Paulo: Roca.

Severa, M., Bornas, X., & Moreno, I. (2005). Hiperatividade infantil: Conceitualização, avaliação e tratamento. In V. E. Cabalo, & M. A. Simón, *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos gerais*. São Paulo: Santos.

Stalard, P. (2007). *Guia do terapeuta para bons pensamentos e bons sentimentos*. Porto Alegre: Artmed.

Stautz, K., & Cooper, A. (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 574-592.

Tavares, H., & Alarcão, G. (2008). Psicopatologia da impulsividade. In C. N. Abreu, H. Tavares, & T. A. Cordás (Orgs.), *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed.

Weiser, J., & Reynolds, B. (2011). Impulsivity and adolescence. In B. B. Brown, & M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 187-192). Amsterdam: Elsevier.

LEITURA RECOMENDADA

Gauy, F. V., & Guimarães, S. S. (2006). Triagem em saúde mental infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 5-16.



MANEJO DE EMOÇÕES E ESTRESSE

ANA IRENE FONSECA MENDES
ISABELA MARIA FREITAS FERREIRA
FERNANDA VILLELA FRIOLI
CARLA CRISTINA DAOLIO
CARMEM BEATRIZ NEUFELD

De acordo com Papalia, Olds e Feldman (2006), na adolescência existem muitas transformações expressadas pela fragilidade socioemocional. As características físicas do adolescente e a variação na sua maturação, que pode ser precoce ou tardia, são capazes de influenciar no autoconceito do jovem, assim como na sua adaptação emocional e social. Outro ponto que causa bastante interferência nessa fase do desenvolvimento são as influências emocionais, que podem acabar interferindo na flutuação e instabilidade do humor, bem como na exacerbação emocional.

A aquisição do pensamento abstrato é típico da adolescência, e sua incursão incipiente pode se traduzir em comportamentos imaturos, como discutir com a intenção de experimentar e demonstrar sua capacidade de raciocínio, apresentar dificuldade para tomar decisões, procurar e apontar imperfeições nas figuras de autoridade, etc. Outras particularidades dessa etapa do desenvolvimento são a autoconsciência, caracterizada pela inferência, por parte do indivíduo, de que os outros pensam da mesma forma que ele; pela hipocrisia aparente, que é a incongruência entre defender um ideal e agir em conformidade com ele; e pela sensação de invulnerabilidade, levando ao egocentrismo que explica os numerosos comportamentos autodestrutivos e arriscados (Elkind, 1986, 1998).

Nesse período, os adolescentes passam por diversas adaptações, tendo que encarar realidades diferentes das que já enfrentaram. É também nessa fase que eles estão sujeitos a grandes desafios, já que o mundo espera deles respostas apropriadas para os problemas reais ou para situações imaginárias. Isso faz os jovens passarem por vários eventos estressores, sentir as emoções

de forma exacerbada e reagir de maneira mal-adaptativa (Batista & Oliveira, 2005).

AS EMOÇÕES NA ADOLESCÊNCIA

As emoções são entendidas como respostas comportamentais, experienciais e fisiológicas aos estímulos ambientais que as antecedem (McLaughlin, Garrad, & Somerville, 2015). As emoções permitem ao indivíduo lembrar suas necessidades, frustrações e direitos, levando a provocação de mudanças, fuga de situações consideradas difíceis ou aversivas e reconhecimento de momentos de satisfação e bem-estar (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2013).

A Vinheta Clínica 11.1 traz o caso de Fernanda, uma adolescente que vem enfrentando problemas devido a algumas mudanças em sua rotina, novas responsabilidades e a busca pela aceitação dos amigos. Como mencionado anteriormente, a adolescência é uma fase repleta de mudanças físicas e afetivas, trazendo responsabilidades, estresses e luta constante pela independência e pela busca de identidade. Além disso, é a etapa da vida em que se desenvolve a capacidade de pensar em termos abstratos (Papalia et al., 2006). Por isso, é na adolescência que o pensar sobre as emoções torna-se uma tarefa mais fácil. Todas as transformações que ocorrem nessa etapa podem gerar um turbulento repertório de emoções tanto agradáveis como desagradáveis. As emoções têm participação ativa nessas mudanças, podendo ser fatores de proteção por meio da alegria, do amor e da confiança, entre outras emoções agradáveis; mas também estão presentes as emoções desagradáveis, como raiva, tristeza e ansiedade, cujas consequências, se não forem percebidas, compreendidas e manejadas de maneira efetiva, podem ser consideradas fatores de risco para o desenvolvimento desses jovens.

VINHETA CLÍNICA 11.1

Fernanda, 15 anos, foi encaminhada por sua escola para atendimento psicológico. A mãe da garota (Antônia, 48 anos) procurou o atendimento depois de participar de uma reunião na instituição de ensino, na qual os professores e o coordenador relataram que a menina vinha apresentando

comportamentos indesejáveis, como desobediência, muitas faltas e baixo desempenho acadêmico, com decaimento contínuo de suas notas no último ano. Antônia relatou que vinha percebendo comportamentos de desobediência na filha e que as duas andavam brigando demais em casa, porém se assustou quando a escola relatou sobre as faltas, o que acontecia sem seu conhecimento.

Fernanda mora com os pais e o irmão mais novo, Fabrício (11 anos). Antônia trabalhava apenas meio período para cuidar dos filhos, porém, há um ano, devido às dificuldades financeiras da família, passou a trabalhar em período integral, como seu marido. A partir de então, Fernanda passou a ter que cuidar de Fabrício todos os dias após a escola e também a ajudar sua mãe em alguns serviços domésticos.

Em contato com Fernanda, a garota disse que gosta de ir à escola, mas acha muito chato ficar estudando o tempo todo; prefere ficar com seus amigos, pois são engraçados e a entendem, diferentemente de seus pais, que sempre estão brigando com ela. Fernanda admitiu faltar às aulas ou ir embora da escola mais cedo para ficar com os amigos:

“Perto da escola tem um shopping. Acho muito mais legal quando a gente sai e fica batendo papo ali; damos várias risadas, me sinto feliz perto dos meus amigos. No começo, tinha um pouco de medo de sair da escola sem que meus pais soubessem, mas meus amigos começaram a me chamar de boba, filhinha da mamãe... aí, para mostrar que não sou mimada e sou dona do meu próprio nariz, comecei a ir junto com eles e percebi que é muito mais legal.”

Quando perguntada sobre sua rotina, Fernanda comenta:

“Ah! É um saco, né?! Ir para a escola só é legal pelos meus amigos; depois, à tarde, tenho que cuidar do meu irmão... ele é uma criança e só fica me irritando; e à noite tenho que aguentar meus pais me pedindo coisas o tempo todo... ou seja, minha vida não tem nada de interessante. De vez em quando dá até vontade de fugir de casa de tanta raiva que eu sinto!”

Estudos vêm mostrando que, em comparação a crianças e adultos, os adolescentes experimentam as emoções de forma mais intensa (McLaughlin et al., 2015). Em um estudo longitudinal realizado por Larson, Moneta, Richards e Wilson (2002) com 220 jovens, foi identificado que a média de estados emocionais torna-se progressivamente mais negativa do início ao meio da adolescência. Isso significa que os jovens nessa fase apresentam uma deterioração contínua do afeto positivo em favor do afeto negativo. Adicionalmente, estressores provocam um forte efeito negativo entre os adolescentes em comparação às crianças, sugerindo que os adolescentes experimentam de maneira mais intensa as associações entre eventos estressantes e o surgimento de efeito negativo (McLaughlin et al., 2015), o que, por sua vez, pode provocar uma desregulação emocional e comportamental (Zullig, Matthews-Ewald, & Valois, 2016).

DESREGULAÇÃO *VERSUS* REGULAÇÃO EMOCIONAL NA ADOLESCÊNCIA

A desregulação emocional pode ser entendida como a dificuldade ou inabilidade em processar as emoções e, conseqüentemente, em lidar com as experiências. Ela pode se manifestar como intensificação ou desativação excessivas das emoções. A desregulação emocional está presente em mais de metade das doenças mentais descritas no DSM-5, sendo um importante fator transdiagnóstico. Além disso, aponta-se essa condição como fator fundamental no desenvolvimento de transtornos internalizantes e externalizantes da adolescência (Jazaieri, Urry, & Gross, 2013). Entre as consequências da desregulação emocional do afeto negativo, assim como a labilidade emocional, estão os sintomas depressivos. Adolescentes deprimidos apresentam déficit de estratégias de regulação emocional; utilizam, por exemplo, estratégias ineficazes, como supressão emocional, e deixam de utilizar estratégias mais adaptativas, como a reavaliação cognitiva. Uma vez que a adolescência é uma fase de novas experiências e responsabilidades, muitas vezes, os jovens encontram dificuldades em lidar com essas diferentes vivências, e a desregulação pode se intensificar (Leahy et al., 2013) (Fig. 11.1).

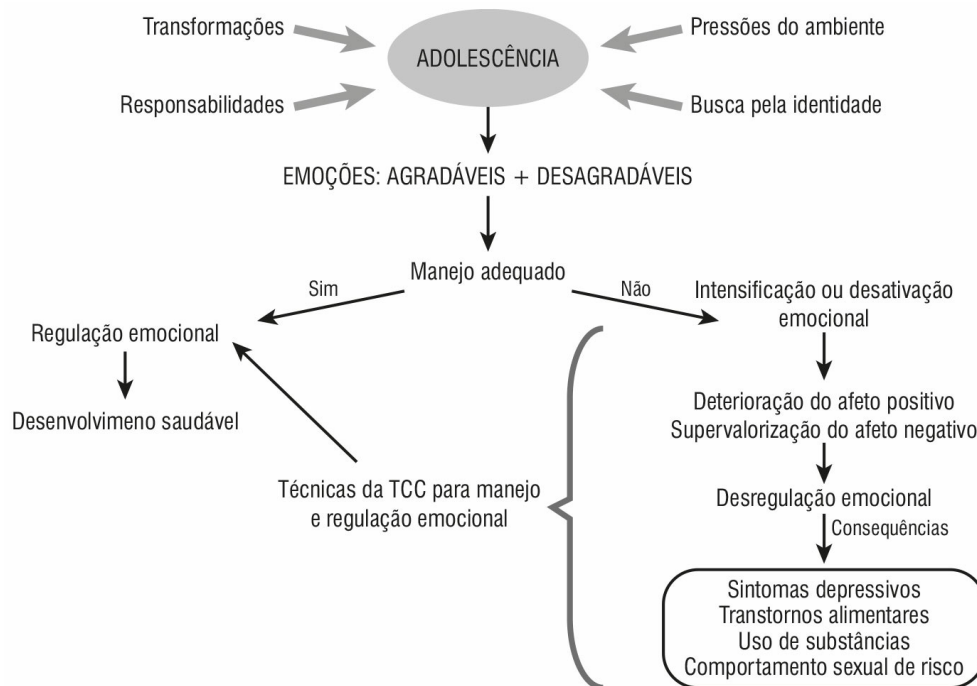


Figura 11.1

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DO MODELO DE REGULAÇÃO EMOCIONAL.

Dessa forma, devido às transformações físicas e psicossociais acompanhadas de fortes emoções, além da tendência de negativar as experiências e deteriorar o afeto positivo, a regulação emocional tem se tornado um importante tópico para pesquisa na adolescência (Lu, Tao, Hou, Zhang, & Ren, 2016), sendo considerada uma estratégia de enfrentamento para superar as adversidades dessa fase.

Folkman e Lazarus (1988) identificaram oito estratégias para lidar com as emoções, são elas:

- 1 assertividade
- 2 distanciamento
- 3 autocontrole
- 4 busca de apoio social
- 5 aceitação de responsabilidade
- 6 fuga-esquiva
- 7 resolução planejada dos problemas
- 8 reavaliação positiva

Percebe-se que os adolescentes costumam utilizar algumas dessas estratégias para conseguir enfrentar os conflitos da etapa desenvolvimental em que se encontram, como, por exemplo, a procura de apoio social, uma vez que um dos objetivos básicos da fase é a busca pela identidade por meio da aproximação com pares. Além disso, o jovem tem um maior desenvolvimento crítico em comparação à criança, o que lhe permite utilizar-se da assertividade em suas relações.

Em contrapartida, há também estratégias com as quais os adolescentes não estão familiarizados, como a aceitação de responsabilidade. Uma vez que, nessa fase, muitas responsabilidades aparecem de uma só vez, elas se tornam difíceis de aceitar e administrar. Nessa etapa do desenvolvimento, a reavaliação positiva também está empobrecida, pois, como já dito, o estado emocional progride negativamente ao longo da adolescência.

As emoções também têm um importante papel na moralidade. A compreensão desse conceito envolve muitos fatores, e a expressividade emocional faz parte desse contexto. Os pais apresentam o que é moralmente importante aos seus filhos por meio de suas emoções. Sendo assim, as reações emocionais dos adultos indicam o domínio da moralidade e as respostas apropriadas para as crianças e adolescentes, uma vez que conhecer a reação emocional de alguém diante de um dilema pode informar sobre a sua moralidade. Assim, é a partir das expressões das emoções das pessoas com as quais convivem que crianças e adolescentes começam a entender o que é certo e errado, moral ou imoral (Paludo, 2014).

Leahy e colaboradores (2013) afirmam que é por meio da implementação de estratégias de enfrentamento adaptativas que o indivíduo consegue lidar de forma mais saudável com as experiências do cotidiano, ao mesmo tempo em que diminui a probabilidade de suas emoções se exacerbarem. Os adolescentes estão suscetíveis a estilos problemáticos de enfrentamento, como, por exemplo, comer compulsivamente e abusar de substâncias. Esses comportamentos são considerados soluções temporárias, pois podem funcionar em um primeiro momento, reduzindo temporariamente emoções desagradáveis; contudo, após esse episódio, prejudicam o manejo das emoções posteriores, podendo tornar-se um problema maior.

Segundo Diehl e Coutinho (2012), algumas regiões cerebrais amadurecem mais rápido do que outras. Essa peculiaridade do desenvolvimento pode justificar alguns comportamentos dos adolescentes, como no caso da região límbica, localizada no lobo temporal. Essa região, que tem funções associadas a memória, emoção, audição e linguagem, podendo representar - comportamentos de iniciativa, coragem e determinação, amadurece mais rapidamente do que o córtex pré-frontal no lobo frontal, o qual representa funções ligadas a responsabilidade, tomada de decisão, planejamento e resolução de problemas. Por isso, comportamentos de impulsividade e enfrentamento temporário estão presentes na adolescência. Vale ressaltar que esse desenvolvimento não tem uma faixa etária definida para acontecer, podendo variar de um indivíduo para o outro.

Uma das consequências desse enfrentamento temporário é o surgimento de transtornos alimentares. Gonsalves, Hawk e Goodenow (2014) estimaram a prevalência de transtornos alimentares em adolescentes do ensino médio, sendo 7,3 a 31% para os meninos e 15,8 a 57% para as meninas. Ainda nesse estudo, foi reportado que fatores de risco como assédio moral, percepção empobrecida do peso corporal e sintomas depressivos estão associados a maior chance de os adolescentes adotarem comportamentos não saudáveis de controle de peso.

Outra consequência é o uso de substâncias psicoativas, que incluem álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, entre outros alucinógenos (Oliveira, Diehl, & Cordeiro, 2014). Segundo o National Institute on Drug Abuse ([NIDA], 2003), é no início da adolescência, por volta dos 12 anos, que os jovens estão mais propensos a entrar em contato com a droga pela primeira vez. É importante frisar que o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas é considerado agressão ao cérebro, podendo afetar a capacidade cognitiva, a aprendizagem e os comportamentos de controle de impulsos e emoções nos adolescentes (Diehl & Coutinho, 2012).

Um assunto que também merece atenção quando se fala em emoção na adolescência são os maus-tratos psicológicos, pois são fortes preditores de problemas emocionais e comportamentais nessa etapa da vida (Langevin, Hébert, & Cossette, 2015). Podem ser considerados maus-tratos psicológicos: rejeitar, aterrorizar, isolar, explorar e negar a capacidade de resposta

emocional – neste último, incluem-se, ainda, comportamentos que expressam que as crianças e adolescentes são inúteis, indesejáveis e não queridos (Hart & Glaser, 2011). A literatura vem sugerindo que os indivíduos psicologicamente maltratados apresentam mais problemas emocionais, incluindo depressão, tendências suicidas e transtornos pós-traumáticos (Langevin et al., 2015).

Valois e Zullig (2013) afirmam que muitos estudos vêm sugerindo que estilos disfuncionais de regulação emocional, os quais incluem anulação, inabilidade de controle, falta de consciência e expressão inapropriada das emoções desagradáveis, são fortes preditores para comportamentos de risco relacionados à saúde do adolescente, como uso de substâncias, agressão, violência e comportamentos sexuais precoces e não seguros. Diversos transtornos mentais, como os de ansiedade, do humor, por uso de substâncias e de estresse pós-traumático, bem como problemas comportamentais internalizantes e externalizantes, estão associados com déficits na regulação emocional (Gross, 2013).

É nesse sentido que os estudos vêm apontado para a importância da regulação emocional na adolescência (Langevin et al., 2015; Leahy et al., 2013). A regulação emocional pode ser entendida como qualquer estratégia de enfrentamento que o indivíduo usa ao confrontar a intensidade emocional indesejada, isto é, regular e manter as emoções em nível controlável de acordo com o contexto e a situação (Leahy et al., 2013). Segundo Campbell-Sillis e Barlow (2007), essas estratégias referem-se à tentativa consciente ou inconsciente de um indivíduo de modificar a amplitude e/ou o tipo de experiência emocional relacionada a um determinado evento.

Assim, a regulação emocional é um importante fator de proteção para o adolescente, uma vez que é por meio dela que se pode (Langevin et al., 2015):

- 1** perceber e classificar emoções
- 2** a partir de sua compreensão, utilizá-las para tomar decisões e esclarecer valores e metas
- 3** descartar interpretações negativas acerca da natureza das emoções
- 4** compreender a forma como as emoções podem ser manejadas e controladas

Além disso, quando se fala em emoções, não se pode deixar de lado a importância da autoeficácia emocional. Ela é vista como um precursor da -regulação emocional, sendo entendida como a capacidade do indivíduo de se engajar em comportamentos efetivos e apropriados em resposta a situações ambientais (Suveg & Zeman, 2004). Dessa forma, um efetivo repertório de autoeficácia emocional está relacionado com as habilidades para evitar estados emocionais negativos – como, por exemplo, acalmar-se diante do medo e da ansiedade – e recuperar estados emocionais positivos – como a busca de alegria e amor. A literatura sugere que os adolescentes com aumento de autoeficácia emocional são menos propensos a se envolver em comportamento sexual de risco (Valois, Zullig, Kammermann, & Kershner, 2013), ideação suicida (Valois, Zullig, & Hunter, 2013) e uso de substâncias (Zullig, Teoli, & Valois, 2015), e são mais propensos a se envolver em atividade física (Valois, Umstatt, Zullig, & Paxton, 2008).

É nesse cenário que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) se faz presente, visto que as emoções são de fundamental importância nessa abordagem terapêutica. Por meio da TCC, entende-se que as emoções desagradáveis intensas podem se tornar disfuncionais, interferir e até mesmo impossibilitar que o paciente pense com clareza e discernimento; consiga resolver seus problemas e angústias; e busque bem-estar e satisfação. Assim, a TCC utiliza várias técnicas para alcançar a regulação emocional (Quadro 11.1). Como é a partir da adolescência que se torna mais fácil pensar sobre conteúdos abstratos, muitas vezes os jovens podem se confundir entre pensamentos automáticos e emoções. Por isso, é importante diferenciá-los, como também ampliar o repertório das emoções, saber nomeá-las e distingui-las. Após essa etapa, faz-se necessário classificar a intensidade das emoções, pois é por meio dessa classificação que tanto o terapeuta como o paciente conhecerão a proporção do sofrimento que está sendo causado, servindo como um guia para a terapia e traçando objetivos de curto, médio e longo prazos. Além disso, aprender a classificar a intensidade das emoções auxilia o paciente a testar suas crenças (Beck, 2013).

QUADRO 11.1 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS UTILIZADAS NA REGULAÇÃO EMOCIONAL DE ADOLESCENTES

- Psicoeducação sobre emoções e pensamentos automáticos e diferenciação entre ambos.
- Ampliação do repertório sobre emoções, possibilitando a identificação, a classificação e a discriminação da intensidade das emoções.
- Expressão assertiva das emoções.
- Psicoeducação sobre as alterações fisiológicas e os comportamentos associados às emoções.

Stallard (2007) propôs algumas atividades para auxiliar crianças e adolescentes na identificação e expressão das emoções, por meio de três principais aspectos que estão interligados: expressão facial, postura comportamental e atividades associadas. Também criou exercícios para auxiliar na compreensão das mudanças fisiológicas e comportamentos associados às emoções. O autor ainda sugere que imagens e fotos de jornais e revistas com pessoas expressando diferentes sentimentos também podem auxiliar na identificação e nomeação das emoções. Outra possibilidade é o adolescente criar seu próprio dicionário emocional, em um caderno no qual poderá colar imagens ou desenhar expressões de emoções e nomeá-las. Em grupos de adolescentes, costuma-se trabalhar com mímica de emoções, em que um participante apresenta a mímica com a ajuda de um facilitador e os demais tentam adivinhar. Dessa forma, percebe-se que há muitas possibilidades para trabalhar as emoções com adolescentes. Cabe ao terapeuta identificar quais atividades proporcionarão a seu cliente a melhor compreensão sobre as emoções, bem como utilizar-se da empatia, da criatividade e do gosto por trabalhar com adolescentes para propor intervenções adequadas e eficazes.

Portanto, as emoções não são fenômenos simples e, na adolescência, parecem estar ainda mais intensificadas. Ao mesmo tempo em que, se não manejadas de forma eficaz, podem prejudicar o indivíduo, elas são a saída para enfrentar conflitos e superar sofrimentos por meio da autoeficácia e da regulação emocional.

Além disso, é importante levar em conta o ambiente em que o adolescente está inserido, quais são suas habilidades deficitárias e quais são suas estratégias de enfrentamento já estabelecidas, entre outras variáveis que podem influenciar suas emoções. É importante esclarecer aos adolescentes que as

emoções fazem parte do cotidiano de todos e servem para ajudá-los – tanto as agradáveis, que possibilitam momentos de satisfação e bem-estar, como as desagradáveis, que os deixam em alerta, indicando que algo não está muito bem e merece receber maior atenção. Assim, tornam-se benéficos o conhecimento e o monitoramento da manifestação de diferentes emoções na adolescência, pois nessa fase da vida o indivíduo está mais vulnerável a ser acometido por alguns problemas de saúde mental, como, por exemplo, a ansiedade (Batista & Oliveira, 2005).

ANSIEDADE PATOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA

No decorrer da evolução, o cérebro humano foi adaptado para que todas as informações processadas por ele passassem primeiramente pelo sistema do medo, a fim de se verificar seu potencial de risco à sobrevivência (Woody & Szechtman, 2011). Nesse sentido, reações de defesa são comuns aos seres humanos e outros animais. Essas reações, para que sejam acionadas - corretamente, precisam ser identificadas pelos sistemas perceptuais como perigo real ou potencial no meio externo. No entanto, dois tipos de erros podem acontecer: os falsos positivos, quando a resposta de medo ocorre sem que haja uma situação de perigo; e os falsos negativos, quando existe a situação de perigo, mas não há resposta de defesa. Erros falsos positivos implicam gasto de recursos desnecessário, enquanto os falsos negativos são potencialmente letais (Laranjeira-Fernandez, 2011).

Assim, priorizar a ocorrência de erros falsos positivos indica uma vantagem evolutiva. Contudo, o agravamento desse tipo de erro pode resultar em processos patológicos relacionados com transtornos de ansiedade. Esse zelo evolutivo é uma das principais razões pelas quais esses transtornos atingem tamanha incidência, chegando a uma prevalência de 30% na população geral. De acordo com a perspectiva evolucionista, os transtornos de ansiedade refletem disfunções no trabalho dos circuitos neurais responsáveis por perceber, coordenar e manifestar um conjunto de reações de defesa (Laranjeira-Fernandez, 2011). Em suma, a ansiedade existe para proteger o organismo, e não para prejudicá-lo. Apesar disso, quando esse

potencial de defesa não é utilizado com equilíbrio e é exagerado ou mal canalizado, acaba mais atrapalhando que ajudando (Rangé & Borba, 2008).

A ansiedade passa a ser considerada patológica quando é excessiva e desproporcional ao estímulo, quando não existe um objeto específico a desencadeá-la, quando é qualitativamente diferente do que é considerado padrão naquela faixa etária ou, ainda, quando influencia no funcionamento do paciente, prejudicando sua qualidade de vida, seu desempenho diário e sua tranquilidade emocional (Allen, Leonard, & Swedo, 1995). Essa ansiedade, de acordo com Andrade e Gorenstein (1998), faz as pessoas se sentirem constantemente em situação de perigo, abrangendo sentimento de insegurança, antecipação apreensiva e aumento significativo da vigília.

Dessa maneira, a ansiedade patológica leva o paciente a desenvolver estratégias compensatórias a fim de evitar o contato com o que lhe gera temor. Além do prejuízo funcional causado de imediato, também existem consequências de longo e médio prazos, como o desinteresse pela vida e a queda da autoestima (American Psychiatric Association [APA], 2000). De acordo com Walkup e colaboradores (2008), quando o transtorno de ansiedade está presente na infância ou na adolescência e não é cuidado de maneira adequada, aumentam-se as chances de agravamento progressivo da condição mórbida ao longo da vida.

A importância da prevenção na adolescência é ressaltada por Marcelli e Braconnier (2007), segundo os quais, para evitar o surgimento de transtornos relacionados ao desenvolvimento na adolescência, é preciso fazer uma prevenção primária, e, para isso, são necessárias intervenções no próprio indivíduo, além de ações no ambiente. Essas ações podem, ainda, contribuir para o desfavorecimento de condutas de risco e da formação de grupos com esse tipo de conduta, já que esses elementos são incidentes comuns nesse período do desenvolvimento.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

Para o tratamento dos transtornos de ansiedade, a TCC evidencia a reestruturação de pensamentos distorcidos e o treino de habilidades sociais, além de exposição gradual e prevenção de respostas por meio de uma hierarquia de sintomas, com o paciente sendo exposto primeiramente aos sintomas menos acentuados. A Vinheta Clínica 11.2 apresenta o caso de Luiza, que exibia sintomas ansiosos, e o resumo do processo terapêutico, constituído por três etapas: a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e as intervenções comportamentais. Como visto na vinheta, a TCC não toma o jovem ou sua família como o problema, mas sim o transtorno de ansiedade, e desenvolve com o adolescente a coragem e as estratégias necessárias para lidar com os obstáculos de sua vida que são oriundos do transtorno (Asbahr, 2004).

VINHETA CLÍNICA 11.2

Luiza tem 14 anos, está no 9º ano do ensino fundamental. Mora com a mãe e a irmã, e seu pai trabalha em outra cidade, viajando para visitar a família aos fins de semana.

Na entrevista inicial, a mãe de Luiza relatou preocupação com as mudanças no comportamento de sua filha, que começaram um mês antes do início do atendimento. Relatou que, em cerca de 20 dias, Luiza passou por quatro episódios intitulados pela mãe como “crises de pânico”. Ela também disse que sua filha sempre fora chorona e ansiosa, mas que nunca havia apresentado esses sintomas. Além disso, referiu que a garota se recusa a ficar em casa sozinha (situação que não ocorria anteriormente) e falou sobre medos variados dela (medo de elevador, de escuro, de barulhos abruptos). A mãe, contudo, não conseguiu identificar nenhuma situação desencadeadora aparente que poderia influenciar esses comportamentos.

No decorrer dos atendimentos realizados, foi possível perceber que a paciente apresentava medo excessivo, preocupações ou sentimentos de pânico exagerados e irracionais a respeito de várias situações, do passado ou do futuro, ligadas sobretudo ao desempenho escolar. A todo momento, a jovem parecia estar tensa, preocupando-se com a avaliação de terceiros em relação ao seu desempenho em diferentes áreas. Luiza referiu já ter passado

por crises de ansiedade, nas quais experimentou sintomas físicos de taquicardia, palpitação, sudorese, tremores e medo de morrer. Além disso, como estratégia compensatória, pode-se dizer que a paciente se engaja em comportamentos de hipervigilância, automonitorando suas sensações corporais e interpretando-as como perigosas. Ela tende a superestimar o perigo, catastrofizando tanto as sensações corporais como os estímulos externos (interpreta barulhos à noite como indícios de que alguém está entrando em sua casa para assaltar); do mesmo modo, prevê situações catastróficas relacionadas à segurança (tanto da família como a sua própria) ou a sua saúde, as quais estão ligadas a notas e avaliações.

No processo terapêutico, somada à psicoeducação sobre o modelo cognitivo, foi realizada psicoeducação sobre ansiedade. No trabalho de reestruturação cognitiva, utilizou-se o Monitoramento de Emoções, o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais e a Técnica de Exame de Evidências. Nesse sentido, atrelado ao questionamento de evidências, foi trabalhada a formulação de pensamentos alternativos, que representam uma maneira mais realística de pensar diante das situações. Em seguida, produzia-se um cartão de enfrentamento com o pensamento alternativo.

Nas intervenções comportamentais para redução e manejo de sintomas ansiosos, foram utilizadas técnicas como ACALME-SE (Rangé & Borba, 2008) e Time-out (Lipp & Malagris, 2010), além de *mindfulness*, respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo. Foram realizados também exercícios de exposição interoceptiva (EI), a fim de produzir uma habituação às sensações de ansiedade. O objetivo da EI é promover habituação e reduzir o sofrimento com sintomas de ansiedade e medo pela indução repetida a sensações físicas. A EI é considerada essencial para o tratamento de ataques de pânico (Boswell et al., 2013) e visa que o paciente entenda que as reações corporais experimentadas são naturais do organismo (Rangé, 2008).

Ao final do tratamento, Luiza apresentava bom repertório de reconhecimento/monitoramento de emoções e de pensamentos, o que lhe permitiu melhor entendimento de seu funcionamento e melhor manejo dos sintomas de ansiedade. Ao longo do processo terapêutico, a adolescente

identificou pensamentos que influenciavam suas emoções e comportamento, bem como conseguiu identificar pensamentos distorcidos que influenciavam seu padrão comportamental. Houve uma redução significativa dos sintomas de pânico/agorafobia, assim como de todas as reações ao estresse (psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas).

PSICOEDUCAÇÃO

Como dito anteriormente, a TCC tem a psicoeducação como uma das etapas centrais no tratamento. Por meio dela, é possível deixar os jovens e suas famílias informados sobre os sintomas, a forma de tratamento e o diagnóstico, favorecendo o processo de mudança. É importante ressaltar que a psicoeducação não deve ser encarada como um processo passivo, mas sim como um ingrediente dinâmico no processo terapêutico. Desse modo, materiais impressos têm de ser analisados e citados de modo constante ao longo de todo o processo, e não simplesmente oferecidos e nunca mais conferidos (Friedberg, McClure, & Garcia, 2009).

Para que a psicoeducação se torne mais benéfica aos adolescentes, Piacentini e Bergman (2001) indicam que devem ser evitados os termos técnicos e que as informações essenciais devem ser relatadas de maneira compreensível e engajadora, fazendo o uso de histórias, anedotas e metáforas a fim de exemplificar as informações.

Friedberg e colaboradores (2009) dão ainda outras dicas para fazer a psicoeducação com pacientes dessa faixa etária. De acordo com esses autores, torna-se interessante, no caso dos adolescentes, tanto da primeira fase quanto da segunda, utilizar materiais educativos *on-line* sobre o transtorno, já que a internet é extremamente atraente a essa população. Para a segunda fase da adolescência, utilizar relatos pessoais de jovens pode ser bastante atrativo ao paciente e promissor no tratamento. Livros de relatos pessoais que têm como tema central transtornos mentais em adolescentes expõem as experiências subjetivas dos jovens em relação a sua psicopatologia. Isso pode servir também como um lembrete concreto para os adolescentes de que não estão sós e desamparados com suas inquietações.

Já para a primeira fase da adolescência, é possível utilizar o recurso das histórias. Otto (2000) defende que as histórias têm uma probabilidade menor de provocar defensividade e evitação do que o uso de instruções diretas. Além disso, utilizar o recurso dos jogos pode ser altamente benéfico. Friedberg (1996) lista inúmeras vantagens que os jogos podem trazer ao tratamento, entre elas:

- não apresentam ameaças e soam mais familiares aos pacientes
- vão além dos métodos convencionais de diálogo, abrangendo ação e interação
- as instruções dos jogos são compreendidas sem dificuldades

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Os objetivos da reestruturação cognitiva são identificar as crenças disfuncionais e exercitar formas alternativas de avaliar e identificar os próprios estilos de atribuição, por meio da busca de avaliações mais condizentes com a realidade (Del Prette & Del Prette, 2008). O fundamento de qualquer intervenção cognitiva não é extinguir as crenças negativas e as perturbações emocionais, mas diminuí-las e modificá-las, visando uma interpretação mais adaptativa (Friedberg et al., 2009).

Uma das intervenções da reestruturação cognitiva é a fala interna, que tem o intuito de alterar o que os adolescentes dizem a si mesmos nos momentos em que se deparam com situações problemáticas ou quando experimentam uma emoção perturbadora. A reestruturação cognitiva demonstra aos jovens que, se é possível modificar seus pensamentos, também é possível modificar suas sensações e emoções (Deblinger, Behl, & Glickman, 2006). No caso dos adolescentes, Cook, Taylor e Silverman (2004) concluíram que o uso de metáforas e histórias favorece a reestruturação cognitiva, além da motivação e do aprendizado.

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Os experimentos comportamentais são intervenções bastante eficientes, já que têm como base a aprendizagem experiencial, a codificação da experiência, a excitação emocional, a aquisição reflexiva de conhecimento e a

prática de novos hábitos (Bennett-Levy et al., 2004). Rouf, Fennel, Westbrook, Cooper e Bennett-Levy (2004) ainda acrescentam que a experimentação comportamental objetiva modificar estados emocionais, deixar mais claras as crenças centrais, implementar e aprimorar a capacidade de resolução de problemas, bem como diminuir o grau de certeza que o indivíduo tem a respeito dos pressupostos negativos, flexibilizando-os.

Diante de situações difíceis, os primeiros pensamentos a surgir vêm provavelmente da mente experiencial. Por isso, para que se consiga obter uma mudança duradoura, é importante que essa mente esteja convicta e segura das novas crenças (Padesky, 2004). Os jogos de tabuleiro e esportivos são ótimas formas de experimentação comportamental, uma vez que reproduzem uma questão que marca emocionalmente a vida dos adolescentes: ganhar e perder. Eles são bastante indicados para jovens ansiosos e perfeccionistas, que consideram que qualquer falha será uma catástrofe (Friedberg et al., 2009).

A exposição se mostra uma excelente maneira de ajudar pacientes com transtornos de ansiedade, porque os humanos têm uma inclinação a evitar emoções desconfortáveis. Assim, é preciso motivar os jovens a vencer a evitação emocional abordando suas experiências emocionais e modificando as cognições que conduzem à evitação (Greenberg, 2006).

No caso dos adolescentes, para contribuir ainda mais para o tratamento, metáforas e analogias podem ser usadas. Hembree, Rauch e Foa (2003) falam de duas metáforas úteis para explicar e incentivar os jovens a aderir às técnicas de exposição. A primeira diz que o trauma poderia ser comparado a um machucado que já formou casca, mas que ainda não foi curado e dói quando tocado. Assim, a exposição prolongada seria abrir e limpar o ferimento até curá-lo por completo. Desse modo, mesmo que ainda exista uma cicatriz, quando ele for tocado não provocará mais dor. A segunda metáfora diz que a evitação pode ser equiparada a uma caverna, na qual o paciente se recolheu a fim de se curar do trauma; no entanto, essa caverna restringiu imensamente sua vida. A exposição seria como jornadas longas fora da caverna: mesmo que possa parecer perigoso no princípio, o paciente precisaria aprender a lidar com os riscos fora da caverna para vencer o trauma. Essas metáforas ainda poderiam ser úteis para os jovens se engajarem na dessensibilização

sistemática, de Wolp, que, desde 1958, é apontada como uma técnica importante no tratamento da ansiedade. Trata-se de uma técnica de contracondicionamento e abrange estratégias de relaxamento no enfrentamento de estímulos geradores de ansiedade (Wolp, 1958).

Outras técnicas importantes para o manejo da ansiedade são as técnicas de relaxamento, as quais incluem o relaxamento muscular progressivo - (Jacobson, 1938) e exercícios de respiração. Ao ensinar esses tipos de técnicas aos pacientes jovens, é importante adequá-las a possíveis ambientes específicos. Os adolescentes, sobretudo os da primeira fase, não vão realizar o relaxamento nem respirar profundamente se suspeitarem que estão sendo observados. Por isso, é necessário incentivá-los e ajudá-los a elaborar meios para aplicar as técnicas no seu dia a dia, como, por exemplo, assoviar quando for preciso respirar fundo. Instruí-los a carregar e a consultar ao longo do dia lembretes com incentivos a praticar as técnicas de relaxamento também pode ser válido. Além disso, a modelagem é uma técnica benéfica para essa fase do desenvolvimento. Os adolescentes aprendem pela observação; desse modo, ao se disponibilizarem modelos adequados, o sucesso das técnicas pode ser otimizado. Essa modelagem pode ser realizada utilizando-se de programas de TV, personagens de histórias e livros, ou, ainda, do ídolo do cliente (Friedberg et al., 2009).

ESTRESSE NA ADOLESCÊNCIA

O estresse na adolescência tem maneiras de se expressar que são características dessa fase desenvolvimental. Conceitualmente, o estresse é uma resposta de adaptação do organismo a uma situação estranha, sendo formado por componentes cognitivos, comportamentais e fisiológicos (Peruzzo et al., 2008). Em outras palavras, qualquer coisa que demande adaptação e reequilíbrio do organismo pode gerá-lo (Tricoli, 2014a). Atualmente, o estresse é dividido em quatro fases, como apontam Paggiaro e Calais (2009). A primeira é a de alerta, em que ocorrem alterações no organismo a fim de prepará-lo para lidar com o estressor. Havendo continuidade da fonte de estresse, o organismo tenta impedir o desgaste total de energia, caracterizando a fase de resistência. A fase de quase-exaustão leva a aumento

de ansiedade e comprometimento do sistema imune, conduzindo à última fase, de exaustão, em que já não é mais possível se concentrar e há o risco do desenvolvimento de doenças graves. Percebe-se que o estresse quebra o equilíbrio interno do indivíduo (Fagundes, Aquino, & Paula, 2010).

Tricoli (2014a) elucida que a avaliação dos sinais de estresse deve ter três enfoques. Um deles é a avaliação das fontes externas desse problema, ou seja, dos acontecimentos e eventos que antecedem o quadro e que são geradores de estresse, não estando sob o controle do indivíduo. Outro enfoque é a perspectiva psicológica da avaliação do estresse, que inclui suas fontes internas. Estas relacionam-se à forma como o indivíduo interpreta as situações estressantes que terá de enfrentar. Essa perspectiva está integralmente condizente com a leitura cognitivo-comportamental, que preconiza que a maneira de perceber a realidade estará relacionada ao modo como se reage e aos sentimentos evocados (Beck, 2013). O último enfoque é o biológico, que é pouco utilizado no Brasil (ver Quadro 11.2). Lantyer, Viana e Padovani (2013) demonstram isso ao pesquisar sobre a prática do *biofeedback*. O procedimento consiste na utilização de instrumentos eletrônicos que medem os sinais fisiológicos do organismo e no treinamento do usuário para regular o estado físico e emocional ante algumas situações desencadeadoras de estresse e ansiedade. A revisão dos autores citados evidenciou que, apesar de a técnica ter bons resultados, não foram encontrados estudos dela no Brasil, sugerindo que a prática ainda é pouco difundida pelos profissionais brasileiros.

No caso dos adolescentes, as três instâncias (fontes externas, internas e respostas biológicas) podem provocar ou indicar presença de estresse (ver Quadro 11.2). Geralmente os sintomas se agrupam de maneira interpessoal (timidez, dificuldade de relacionamentos e estabelecimento de vínculo, isolamento, dificuldades de comunicação), psicológica (sintomas depressivos, desesperança, ansiedade e sensibilidade aumentada), cognitiva (dificuldades de concentração, memória e de aprendizagem, desinteresse pelas coisas, uso de drogas) e física (dores no corpo e de cabeça, transpiração, gripes frequentes, ranger de dentes) (Tricoli, 2014a). Um estudo que exemplifica algumas dessas sintomatologias foi conduzido por Duarte, Soares, Silva e Reimão (2014). Nesse estudo, a fim de relacionar o aproveitamento escolar, o

estresse e a qualidade do sono, recrutaram-se 160 adolescentes, entre 15 e 18 anos, estudantes do ensino médio da cidade de Alfenas. Para as aferições, os autores utilizaram o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e os boletins dos alunos. Constataram que adolescentes do sexo feminino tiveram melhor aproveitamento escolar (melhores notas e menos faltas), maiores índices de estresse e pior qualidade de sono se comparados aos jovens do sexo masculino. Os autores discutiram que a literatura corrobora a maior incidência em meninas, e que essa maior incidência poderia estar relacionada à menor qualidade do sono; entretanto, não houve, na amostra, maior prejuízo do aproveitamento escolar.

QUADRO 11.2 IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E MANEJO DOS SINTOMAS DE ESTRESSE EM ADOLESCENTES

SINTOMAS DE ESTRESSE

- Sintomas interpessoais: timidez, dificuldades de relacionamento e estabelecimento de vínculo, isolamento, dificuldades de comunicação
- Alterações psicológicas: sintomas depressivos, desesperança, ansiedade e sensibilidade aumentada
- Alterações cognitivo-comportamentais: dificuldades de concentração, memória e de aprendizagem, desinteresse pelas coisas, uso de drogas
- Sintomas físicos: dores no corpo e de cabeça, transpiração, gripes frequentes, ranger de dentes

AVALIAÇÃO DAS FONTES DO ESTRESSE

- Avaliação das fontes externas de estresse (acontecimentos e eventos que antecedem o quadro e que são geradores de estresse, não estando sob o controle do indivíduo)
- Avaliação da perspectiva psicológica do estresse (as fontes pessoais internas geradoras de estresse, como o modo em que o indivíduo interprete as situações estressantes que terá de enfrentar, aproximando-se do foco cognitivo-comportamental)
- Avaliação dos aspectos biológicos do estresse

MANEJO DE ESTRESSE

Treino de Controle de Stress (TCS): após identificação de estressores externos e internos com sua conceitualização cognitiva, o TCS propõe intervenção em quatro pilares:

- alimentação
- atividades físicas que não envolvam competição
- mudanças cognitivo-comportamentais
- relaxamento físico e mental

Fonte: Baseado em Tricoli (2014a).

Percebe-se que de fato o estresse afeta a vida dos adolescentes. Maria, Guimarães e Matias (2009), ao analisar o estilo de vida de adolescentes da cidade de Florianópolis (SC), identificaram que o estresse foi o único comportamento negativo apresentado por sua amostra, apesar de esta ter condições de vida consideradas saudáveis. Buscando identificar a relação entre estresse, habilidades sociais e administração do tempo, Pellegrini, Calais e Salgado (2012) conduziram um estudo com 83 universitários no primeiro ano de faculdade. Com o ISSL, o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e um inventário adaptado de Administração do Tempo (ADT), os autores discutiram alguns resultados. Na amostra, havia um alto índice de estresse (48,19%), principalmente na fase de resistência, e baixo índice de habilidades sociais. Houve baixa habilidade de administração do tempo, que foi relacionada à presença de estresse e à falta de habilidades sociais. Os autores sugeriram que um indivíduo com bom repertório de habilidades sociais e que seja eficaz na administração do tempo consegue evitar melhor o estresse. Na situação inversa, haveria vulnerabilidade para o desenvolvimento de estresse.

A adolescência é uma fase de mudanças, e por isso é importante saber diferenciar entre o que é mudança esperada da faixa etária e o que se tornou patológico. Felden e colaboradores (2015), por exemplo, evidenciaram, em uma amostra de 516 adolescentes (cujas idades variaram de 10 a 19 anos) da cidade de Maravilha (SC), que a idade avançada e o turno escolar (manhã e noite) esteve associado à alta prevalência de baixa duração do sono, sendo que a prevalência na amostra como um todo foi alta. Os autores não discutiram os dados em relação à presença de problemas psicológicos, mas sob o ponto de vista da necessidade de educação aos jovens, visto serem

conhecidos os prejuízos à saúde e ao funcionamento cotidiano decorrentes do sono de pouca duração. Percebe-se que não é fácil, na adolescência, determinar os quadros que necessitam de intervenção.

Tricoli (2014a) esclarece que é necessário avaliar o estresse de acordo com a duração dos sintomas e se estes formam um todo interligado, de modo que não configurem problemas passageiros, que poderiam ser normais da idade. A autora relata que algumas fontes internas e externas de estresse são importantes para a avaliação do diagnóstico em adolescentes:

- 1** a personalidade, mais explicitamente a capacidade de enfrentamento e a maneira de lidar com as emoções
- 2** o grau de desenvolvimento do autocontrole
- 3** a autoestima e a percepção de suas próprias habilidades e limites
- 4** a visão de si mesmo e do mundo, que é formada durante a socialização, podendo gerar pensamentos funcionais ou disfuncionais
- 5** os valores adquiridos, como a rigidez ou a negligência do gerenciamento de regras
- 6** a rede de apoio, com vínculos afetivos positivos ou negativos com família, professores e amigos
- 7** a presença de paixão por algo, como um esporte ou uma atividade artística

Esses aspectos podem servir como fatores tanto de risco, quando - negativos, como de proteção, quando positivos (Tricoli, 2014a, 2014b). A capacidade de responder ao estressor irá depender da percepção que o indivíduo tem de seu meio e de sua habilidade para lidar com ele. Em outras palavras, dependerá da interpretação cognitiva ou do significado que a pessoa atribuirá ao estressor (Fagundes et al., 2010).

Brito e Rodrigues (2011) consideram que a sociedade contemporânea tem contribuído para sintomas de ansiedade e estresse nos indivíduos. Os autores entendem que as pressões dos setores cotidianos (finanças, trabalho e família), para que se adquiram com urgência diferentes habilidades e recursos, em uma cultura na qual o consumismo é valorizado, têm caracterizado um ambiente hostil para o ser humano. O número de estressores tem aumentado significativamente, visto a maior pressão para que se consiga

o que se considera de valor na sociedade, e esses fenômenos têm causado distorções cognitivas e comportamentais, segundo os referidos autores. Considerando esse contexto, as fontes externas de estresse que afetam os adolescentes também podem ser mediadas por ele. Pode-se notar tal fato quando Tricoli (2014a) relata que, entre as fontes externas de estresse expressadas por esses jovens, estão as atividades em excesso, as expectativas dos adultos e as cargas de responsabilidade e exigências sociais. Outras fontes citadas pela autora incluem as transformações da fase, o relacionamento com os pais, as brigas ou separações parentais, o relacionamento social, a descoberta sexual/ gravidez, o concurso vestibular e a escolha profissional.

Ilustrando algumas dessas fontes como desencadeadoras de estresse, Schermann e colaboradores (2014) encontraram uma prevalência de 10,9% de estresse em 475 adolescentes de 14 a 18 anos, cujos desencadeadores, de acordo com os resultados, foram sobretudo o ambiente familiar e as consequências de práticas sexuais (medo de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou engravidar). Apesar de todas essas fontes serem importantes para a avaliação do estresse em jovens, merecem atenção especial a escolha profissional e, associado a esta, na maioria dos casos, o vestibular.

Ao final da adolescência, todo jovem irá se deparar com a questão da escolha profissional, independentemente da escolha por um curso superior. A escolha é multifatorial e envolve intensa complexidade, tornando-se grande geradora de estresse (Paggiaro & Calais, 2009). O estudo desenvolvido por Gonzaga e Lipp (2014) identificou que, em uma amostra de 37 adolescentes preocupados com essa decisão, 72,97% estavam estressados de acordo com o ISSL. Quase metade da amostra (43,24%, na sua maioria do sexo masculino) apresentou incongruência entre a tipologia profissional avaliada pelo Questionário de Busca Autodirigida e a escolha profissional. Concluiu-se que diversos fatores que influenciam o desenvolvimento sociocognitivo podem se tornar estressores na escolha profissional. Ou seja, o estudo mostra que, mesmo a decisão sendo uma fonte externa de estresse, fontes internas (relacionadas ao desenvolvimento sociocognitivo, como preferências e afinidades) também contribuem para o aumento do estresse nesse processo.

Em muitos casos a escolha profissional inclui o desejo de entrada em uma universidade de ensino superior. Por conta disso, o adolescente é colocado diante de outro grande desafio, o vestibular, que tem se tornado grande fonte de comprometimento psicológico entre os jovens, como mostram os estudos mencionados a seguir. O estudo de Peruzzo e colaboradores (2008) demonstrou que, de 141 estudantes de cursinhos pré-vestibular de Porto Alegre (RS), 61,7% apresentavam estresse, principalmente na fase de resistência e com predomínio de sintomas psicológicos. Os sintomas físicos incluíram dores de cabeça, úlceras, ganho de peso e dermatites. As participantes do sexo feminino sofreram mais de estresse, assim como aqueles que estudavam mais horas por dia. O vestibular se constituiu como um fator estressor para essa amostra, gerando ansiedade, medo, insegurança. Relacionando o estresse causado pelo vestibular àquele causado pela escolha de carreira, Paggiaro e Calais (2009), por meio do uso do ISSL e da Ficha de Informações sobre Escolha, constataram que 67,7% dos participantes apresentavam estresse, 42,1% tinham pouca informação sobre a profissão escolhida, 51,6% tinham uma opção de escolha e 64,6% estavam inseguros quanto à decisão. Na amostra, houve predominância dos sintomas psicológicos do estresse, sendo o sintoma mais citado o pensamento recorrente em um só assunto. Mais da metade da amostra relatou estar preocupada com o vestibular, e o estresse pareceu ser maior em estudantes inseguros quanto à escolha profissional.

A Vinheta Clínica 11.3 exemplifica questões sobre o tratamento de estresse na situação de vestibular. Os dados coletados antes da intervenção apontavam para aquilo que Tricoli (2014b) classificou como consequências emocionais e físicas do estresse. Para fins didáticos, as consequências emocionais, segundo essa autora, podem favorecer comportamentos de risco; uso de drogas; agressividade; depressão; e o desencadeamento de transtornos alimentares, de ansiedade e da personalidade. As dificuldades acadêmicas também podem aparecer, por conta da dificuldade de concentração. As consequências físicas envolvem o enfraquecimento do sistema imune, predispondo o jovem a doenças.

Um estudo-piloto, conduzido pela quarta autora do capítulo, com alunos de cursinho de uma cidade da região metropolitana de Campinas (SP), exemplifica o tratamento de estresse e ilustra como ele pode se expressar no caso do vestibular. Anteriormente à intervenção, a amostra de 12 adolescentes do estudo apresentava altos níveis de estresse e ansiedade, os quais eram classificados como consequências emocionais e físicas do estresse. Foi realizada uma intervenção breve em grupo para manejo desses sintomas causados pelo concurso vestibular. A intervenção incluiu psicoeducações, estímulo a hábitos de vida saudáveis, treino de relaxamento e reestruturação cognitiva. Essas práticas foram baseadas e estão de acordo com os quatro pilares do Treino de Controle de Stress (TCS). Apesar do pouco tempo para sua realização e de algumas dificuldades, foi percebida melhora nos sintomas dos jovens após as sessões, indicando que a intervenção pautada na TCC incluindo os quatro pilares do TCS tem resultados favoráveis ao manejo de estresse.

Ainda na Vinheta Clínica 11.3, a intervenção breve para manejo de estresse e ansiedade incluiu psicoeducações, estímulo a hábitos de vida saudáveis, treino de relaxamento e reestruturação cognitiva. Essas práticas foram baseadas nos quatro pilares do Treino de Controle de Stress (TCS). O TCS inclui identificação de estressores externos e internos, análise cognitivo-comportamental desses estressores e, por fim, intervenção que abarque os quatro pilares, sendo eles:

- 1** alimentação; atividades físicas que não envolvam competição (pois, de acordo com ensaio de Silva, Leonidio e Freitas (2015), permitem vazão das sensações estressantes do cotidiano e transformam as relações ao modificar a forma de pensar, sentir e agir na sociedade)
- 2** mudanças cognitivo-comportamentais
- 3** relaxamento físico
- 4** relaxamento mental

As consequências sociais do problema estão relacionadas ao fato de que os adolescentes que crescem vulneráveis e com as sequelas do excesso de estresse se tornarão adultos despreparados para lidar com as demandas da adultez (Tricoli, 2014b). Assim, além do tratamento da condição, é importante também agir preventivamente com os adolescentes, para que se tornem adultos saudáveis. Oliveira, Dias e Piccoloto (2013), ao avaliarem as dificuldades relatadas por 504 estudantes universitários de primeiro ano em duas universidades públicas do Sul do Brasil, constataram que as principais dificuldades correspondiam a diferenças percebidas entre ensino médio e ensino superior, aspectos pessoais e interpessoais e gestão do tempo. Os autores discutiram possibilidades da TCC (como agendamento de atividades, identificação de distorções cognitivas, resolução de problemas, entre outras) a fim de suprir as dificuldades encontradas e buscar a criação de protocolos para o público acadêmico. Esse estudo ressalta ainda mais a importância de ações preventivas com adolescentes que estão prestes a “se tornar adultos”.

Como já mencionado neste capítulo, Tricoli (2014b) sugere maneiras de agir preventivamente no estresse adolescente (Quadro 11.3). Ressalta-se a importância de aprimorar a rede de apoio, incluindo pais e família, práticas parentais positivas (sem superproteção e sem negligência), modelos adequados de resolução de problemas, afeto, entre outros. A autora considera importante que o jovem encontre atividades que lhe sejam estimulantes, como a prática de um esporte ou instrumento musical, o que pode fazê-lo sentir-se completo, motivado e relaxado. Além disso, ratifica a influência dos professores, ao servirem de modelos e poderem despertar o interesse do adolescente em alguma área do conhecimento. Salienta que o “sentir-se pertencente a um grupo” é essencial para o jovem, e, portanto, é preciso auxiliá-lo nisso (prevenindo problemas como *bullying*).

QUADRO 11.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO AO ESTRESSE EM ADOLESCENTES

- Aprimorar a rede de apoio, incluindo pais e família com práticas parentais positivas (sem superproteção e sem negligência) e modelos adequados de afeto.
- Modelos adequados de resolução de problemas.
- Participar de pelo menos uma atividade em que se sinta completo, motivado e relaxado (como prática de esporte ou instrumento musical).

- Auxiliá-lo no sentimento de pertença a um grupo, essencial nessa fase do desenvolvimento (prevenindo problemas como *bullying*).

Fonte: Baseado em Tricoli (2014a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é marcada pelas transformações da transição da infância para a vida adulta, exigindo diversas adaptações, bem como o enfrentamento de realidades distintas daquelas previamente vivenciadas. Nessa fase do desenvolvimento, as transformações podem interferir na flutuação do humor e na exacerbação emocional, sendo expressas pela fragilidade socioemocional do jovem. O adolescente também pode apresentar comportamentos imaturos, como tendência a discussões e oposição a figuras de autoridade, bem como dificuldade para tomar decisões. Todas essas mudanças físicas e afetivas trazem consigo responsabilidades, estresses e uma luta constante pela independência e busca de identidade. Além disso, os estados emocionais tornam-se mais negativos do início ao meio da adolescência.

Dado esse contexto, no que tange às emoções, deve-se atentar para a intensidade dos sintomas, bem como para a frequência e os prejuízos que as reações emocionais podem causar na vida do adolescente. Deve-se dar atenção especial aos casos de desregulação emocional, ou seja, aqueles em que há hiperativação ou desativação das emoções. Nessas situações, deve-se encaminhar o jovem aos serviços de psicologia para avaliação pormenorizada e possível intervenção.

Outro fator importante dessa fase do desenvolvimento são os estressores externos e internos. A realidade da sociedade contemporânea, com cobranças e imediatismos, intensifica os sintomas de ansiedade e estresse nos adolescentes. Entre as pressões ambientais desse ambiente hostil estão o excesso de atividades, as expectativas dos adultos e as cargas de responsabilidade e exigências sociais. Outros estressores são as mudanças hormonais e as demais transformações da fase, bem como o relacionamento com os pais, brigas ou separações parentais, relacionamento social, descoberta sexual/ gravidez, vestibular e escolha profissional.

Como consequência do estresse, temos a alta probabilidade de o - adolescente tornar-se vulnerável e vir a ser um adulto estressado e despreparado para o mundo adulto. Por isso, ressalta-se a importância dos programas de prevenção de estresse e de promoção da saúde, inclusive no ambiente escolar. Entretanto, os programas de prevenção de estresse e regulação emocional para adolescentes são escassos. Um dos existentes é o *Coping Cat* (Kendall, 1994), um programa estruturado de 16 sessões para crianças de 9 a 13 anos com transtornos de ansiedade. Outro é a Terapia de Reciclagem Infantil – preventivo (T.R.I – preventivo), para crianças de 8 a 12 anos, que tem como objetivo a promoção da resiliência e regulação emocional, e cujo protocolo está em processo de validação e pesquisa (Caminha, 2015). Outra possibilidade conhecida é o Programa de Promoção de Habilidades para a Vida (PRHAVIDA), que visa promover saúde mental por meio do treinamento de habilidades sociais e de vida. O PRHAVIDA tem estrutura de 11 sessões e é destinado a crianças de 8 a 10 anos e adolescentes de 12 a 14 anos em contexto escolar. Embasado na TCC, trabalha temas como psicoeducação das referidas habilidades, direitos humanos e civilidade, empatia, assertividade, manejo de emoções, modelo cognitivo e resolução de problemas (Neufeld, Daolio, Cassiano, Rossetto, & Cavenage, 2014).

REFERÊNCIAS

- Allen, A. J., Leonard, H., & Swedo, S. E. (1995). Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, 34(8), 976-986.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DMS-IV-TR* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(6), 285-290.
- Asbahr, F. R. (2004). Transtornos ansiosos na infância e adolescência: Aspectos clínicos e neurobiológicos. *Jornal de Pediatria*, 80(2), S28-S34.
- Batista, M. A., & Oliveira, S. M. D. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic*, 6(2), 43-50.
- Beck, J. S. (2013). Identificando emoções. In J. S. Beck (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (2. ed., pp. 179-187). Porto Alegre: Artmed.
- Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf, K., & Hackmann, A. (2004). *Behavioural experiments: Historical and conceptual underpinnings*. New York: Oxford University.

- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R., & Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior Therapy, 44*(3), 417-431.
- Brito, S. C., & Rodrigues, E. P. (2011). O Estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: Um olhar cognitivo-comportamental. *Revista FSA (Faculdade Santo Agostinho), 8*(1), 307-321.
- Caminha, R. M. (2015). Terapia de reciclagem infantil. *Caderno de Resumos do X CBTC, Porto de Galinhas*.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford.
- Cook, J. W., Taylor, L. A., & Silverman, P. (2004). The application of therapeutic storytelling techniques with preadolescent children: A clinical description with illustrative case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(2), 243-248.
- Deblinger, E., Behl, L. E., & Glickman, A. R. (2006). Treating children who have experienced sexual abuse. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures, 383-416*.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2008). Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. *Paidéia, 18*(41), 517-530.
- Diehl, A., & Coutinho, G. R. (2012). Álcool e adolescência. *Revista Pátio Ensino Médio, 4*(1), 34-36.
- Duarte, G. G. D. M., Soares, E. A., Silva, P. C. D. S. da, & Reimão, R. N. A. D. A. (2014). Diferenças entre os sexos no aproveitamento escolar, na sintomatologia de stress e na qualidade do sono em um grupo de adolescentes. *Revista Ciências em Saúde, 4*(1), 33-40.
- Elkind, D. (1986). *The miseducation of children: Superkids at risk*. New York: Knopf.
- Elkind, D. (1998). *All grown up and no place to go*. Reading: Perseus Books.
- Fagundes, P. R., Aquino, M. G. D., & Paula, A. V. D. (2010). Pré-vestibulandos: Percepção do stress em jovens formandos do ensino médio. *Akrópolis: Revista de Ciências Humanas da UNIPAR, 18*(1), 57-69.
- Felden, É. P. G., Filipin, D., Barbosa, D. G., Andrade, R. D., Meyer, C., & Louzada, F. M. (2015). Fatores associados à baixa duração do sono em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria, 34*(1), 64-70.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 466-475.
- Friedberg, R. D. (1996). Cognitive-behavioral games and workbooks: Tips for school counselors. *Elementary School Guidance & Counseling, 31*, 11-20.
- Friedberg, R. D., McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009). *Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Gonsalves, D., Hawk, H., & Goodenow, C. (2014). Unhealthy weight control behaviors and related risk factors in Massachusetts middles and high school students. *Maternal and Child Health Journal, 18*(8), 1803-1813.

- Gonzaga, L. R. V., & Lipp, M. E. N. (2014). Relação entre escolha profissional, vocação e nível de estresse em estudantes do ensino médio. *Psicologia Argumento*, 32(78), 149-156.
- Greenberg, L. (2006). Emotion-focused therapy: A synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 87-93.
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Hart, S. N., & Glaser, D. (2011). Psychological maltreatment – Maltreatment of the mind: A catalyst for advancing child protection toward proactive primary prevention and promotion of personal well-being. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 758-766.
- Hembree, E. A., Rauch, S. A., & Foa, E. B. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to prolonged exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(1), 22-30.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago.
- Jazaieri, H., Urry, H. L., & Gross, J. J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 584-599.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Langevin, R., Hébert, M., & Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, 46, 16-26.
- Lantyer, A. D. S., Viana, M. D. B., & Padovani, R. D. C. (2013). Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica. *Psico USF*, 18(1), 131-140.
- Laranjeira-Fernandez, J. (2011). Neurobiologia dos transtornos de ansiedade. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. ed., pp. 68-81). Porto Alegre: Artmed.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151-1165.
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2010). *O treino cognitivo de controle da raiva: O passo a passo do treinamento*. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Lu, Q., Tao, F., Hou, F., Zhang, Z., & Ren, L. L. (2016). Emotion regulation, emotional eating and energy-rich dietary pattern. A population-based study in Chinese adolescents. *Appetite*, 99, 149-156.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Maria, W. B., Guimarães, A. C. D. A., & Matias, T. S. (2009). Estilo de vida de adolescentes de escolas públicas e privadas de Florianópolis-SC. *Revista da Educação Física/UEM*, 20(4), 615-623.
- McLaughlin, K. A., Garrad, M. C., & Somerville, L. H. (2015). What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 403-410.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A Research-based guide for parents, educators, and community leaders* (2nd ed.). Bethesda: NIDA.

- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., Cassiano, M., Rossetto, C. P. F., & Cavenage, C. C. (2014). Prhvida – Programa cognitivo-comportamental de habilidades de vida para crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld, *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos* (pp. 80-115). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Oliveira, A. C. S., Diehl, A., & Cordero, D. C. (2014). Drogas, álcool e tabaco: Que barato é esse? In A. Diehl, & N. B. Figlie (Orgs.), *Prevenção ao uso de álcool e drogas: O que cada um de nós pode e deve fazer? Um guia para pais, professores e profissionais que buscam um desenvolvimento saudável para crianças e adolescentes* (pp. 50-84). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, C. T. D., Dias, A. C. G., & Piccoloto, N. M. (2013). Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(1), 10-18.
- Otto, M. W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- Padesky, C. (2004). Behavioural experiments: at the crossroads. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennel, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 433-438). Oxford: Oxford University.
- Paggiaro, P. B. S., & Calais, S. L. (2009). Stress e escolha profissional: Um difícil problema para alunos de curso pré-vestibular. *Contextos Clínicos*, 2(2), 97-105.
- Paludo, S. S. (2014). As emoções no universo moral dos adolescentes. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp. 164-179). Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Pellegrini, C. F. D. S., Calais, S. L., & Salgado, M. H. (2012). Habilidades sociais e administração de tempo no manejo do stress. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 110-129.
- Peruzzo, A. S., Cattani, B. C., Guimarães, E. R., Boechat, L. D. C., Argimon, I. I. D. L., & Scarparo, H. B. K. (2008). Stress e vestibular como desencadeadores de somatizações em adolescentes e adultos jovens. *Psicologia Argumento*, 26(55), 319-327.
- Piacentini, J., & Bergman, R. L. (2001). Developmental issues in cognitive therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 165-182.
- Rangé, B. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: Uma história de 35 anos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 477-486.
- Rangé, B., & Borba, A. (2008). *Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia*. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Rouf, K., Fennell, M., Westbrook, D., Cooper, M., & Bennett-Levy, J. (2004). Devising effective behavioural experiments. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennel, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 21-58). Oxford: Oxford University.
- Schermann, L. B., Béria, J. U., Jacob, M. H. V. M., Arossi, G., Benchaya, M. C., Bisch, N. K. ... Rieth, S. (2014). Estresse em adolescentes: Estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. *Aletheia*, (43-44), 160-173.

- Silva, M. L., Leonidio, A., & Freitas, C. (2015). Prática de atividade física e o estresse psicossocial frente ao adolecer: Uma análise a luz da sociedade moderna. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 23(4), 170-178.
- Stallard, P. (2007). *Guia do terapeuta para os bons pensamentos – Bons sentimentos: Utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Suveg, C., & Zeman, J. (2004). Emotion regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 750-759.
- Tricoli, V. A. C. (2014a). Diagnóstico de stress em adolescentes. In M. E. N. Lipp, *Stress em crianças e adolescentes*. Campinas: Papirus.
- Tricoli, V. A. C. (2014b). Como tratar o stress psicológico na adolescência. In M. E. N. Lipp, *Stress em crianças e adolescentes*. Campinas: Papirus.
- Valois, R. F., & Umststadt, M. R., Zullig, K. J., & Paxton, R. J. (2008). Physical activity behaviors and emotional self-efficacy: Is there a relationship for adolescents? *The Journal of School Health*, 78(6), 321-327.
- Valois, R. F., & Zullig, K. J. (2013). Psychometrics of a brief measure of emotional self-efficacy among adolescents from the United States. *The Journal of School Health*, 83(10), 704-711.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Kammermann, S. K., & Kershner, S. (2013). Relationships between adolescent sexual risk behaviors and emotional self-efficacy. *American Journal of Sexuality Education*, 8(1-2), 36-55.
- Valois, R. F., Zullig, K. L., & Hunter, A. (2013). Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 237-248.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., ... Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359 (26), 2753-2766.
- Wolp, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University.
- Woody, E. Z., & Szechtman, H. (2011). Adaptation to potential threat: The evolution, neurobiology, and psychopathology of the security motivation system. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(4), 1019-1033.
- Zullig, K. J., Teoli, D. A., & Valois, R. F. (2015). Relationship between emotional self-efficacy and substance use behaviors in adolescents. *Journal of Drug Education*, 44(1), 55-61.
- Zullig, K. L., Matthews-Ewald, M. R., & Valois, R. F. (2016). Weight perceptions, disordered eating behaviors, and emotional self-efficacy among high school adolescents. *Eating Behaviors*, 21, 1-6.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Beck, J. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12. ed.). Porto Alegre: AMGH.



EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM INTEGRADA ENTRE FARMACOLOGIA E TCC

RICARDO FRANZIN

ALINE HENRIQUES REIS

CARMEM BEATRIZ NEUFELD

Os transtornos mentais acometem de 10 a 15% das crianças e adolescentes na comunidade e estão correlacionados com sofrimento clinicamente significativo, bem como com prejuízos no relacionamento familiar e no desenvolvimento social, acadêmico e emocional (Costello, Egger, & Angold, 2005). Em geral, os transtornos mentais nessa faixa etária têm curso crônico, variam em intensidade e prejuízo conforme a psicopatologia, tendem a persistir até a idade adulta (Kim-Cohen et al., 2003) e são responsáveis por acidentes (domésticos e automobilísticos), homicídios e suicídios entre jovens (Costello, Foley, & Angold, 2006).

Embora grande parte das psicopatologias que acometem crianças e adolescentes tenha curso crônico, em algumas ocasiões, mesmo em ambiente ambulatorial, o adolescente chega à consulta com sintomas agudos e disfuncionais, apresentando-se em crise (Schmitt & Tramontina, 2008). As manifestações clínicas mais prevalentes nesses casos são (American Academy of Pediatrics [AAP], American College of Emergency Physicians [ACEP], Dolan, & Mace, 2006):

- comportamento agressivo e violento, englobando ações como quebrar e arremessar objetos, agressões ao ambiente e a terceiros, agressões verbais e comportamentos desafiadores

- 2 comportamento suicida, envolvendo atos como intoxicação exógena por medicações ou substâncias psicoativas, uso de materiais perfurocortantes, armas de fogo, pular de locais altos e enforcamento
- 3 depressão
- 4 abuso de substância, sendo mais frequentes o uso de álcool, tabaco, solventes, energéticos, *Cannabis*, anfetamínicos e *crack*
- 5 psicose, caracterizada por alucinações, delírios, desorientação e perda de juízo crítico
- 6 vítimas de violência

A psicose com início na adolescência é pouco prevalente, apresentando-se na proporção de 17,6 casos a cada 10 mil habitantes; no entanto, os sintomas disfuncionais acarretam grande prejuízo social, pessoal e acadêmico (Häfner & Nowotny, 1995). Em geral, o evento agudo é precedido por período de falta de ajustamento do adolescente e/ou relação comprometida com a família. Algumas vezes esse comportamento disruptivo é consequência do modo de funcionamento e da visão de mundo dos pais e da família. Assim, a causa primária da crise na adolescência costuma ser a piora do funcionamento familiar ou o agravamento de psicopatologia prévia do adolescente, se não ambos (Schmitt & Tramontina, 2008).

Tendo em vista que os temas uso e abuso de substâncias psicoativas e adolescentes vítimas de violência serão abordados, respectivamente, nos Capítulos 7 e 15 desta obra, aqui serão discutidas as demais situações geradoras de crise na adolescência: psicoses, comportamento agressivo e violento e comportamento suicida em uma perspectiva da psiquiatria e da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Este capítulo tem por objetivo auxiliar o profissional, inserido em equipes multiprofissionais em serviços de saúde mental de atendimento a adolescentes em emergências psiquiátricas, a manejar comportamentos desafiadores à prática clínica. Serão apresentados alguns pontos relevantes da literatura, ilustrados por vinhetas clínicas sobre a avaliação inicial de sintomas psicóticos, agitação e/ou agressividade, comportamento suicida e o enfoque terapêutico farmacológico e psicoterápico desses casos.

AVALIAÇÃO DO ADOLESCENTE EM CRISE

A avaliação inicial do adolescente em crise é um desafio para o clínico, pois é necessário diferenciar processos de pensamento psicótico de sintomas de transtornos não psicóticos ou mesmo de aspectos do desenvolvimento formal mal compreendidos nessa faixa etária. É preciso estar atento, pois o adolescente pode negar a presença de alucinações e delírios, mas apresentar deterioração acentuada no funcionamento, com perda de associação do pensamento e comportamento bizarro. Um quadro semelhante a esse, mesmo na ausência de delírios e alucinações, é indicativo de condição psicótica na adolescência. Flutuação no estado mental e desorientação podem ser indicativos de *delirium*. Ausência de transtorno do pensamento, desorganização e confusão coloca em dúvida se há um episódio psicótico em curso (Semper & McClellan, 2003).

Embora o avaliador deva estar atento a questões desenvolvimentais, o processo de avaliação do adolescente não difere muito do de adultos, destacando-se apenas algumas particularidades. Cabe considerar a gravidade do quadro de modo a sistematizar a avaliação e a conduta terapêutica adequadamente, para garantir eficiência e agilidade. Segundo Caldieraro, Spode e Fleck (2008), de modo geral, os objetivos do atendimento do adolescente em crise são:

- Estabilização do quadro clínico: procura-se definir um sintoma-alvo a ser avaliado e controlado. Esse sintoma corresponde àquele mais exuberante e disfuncional, capaz de causar maior prejuízo à saúde e à integridade do adolescente. Observa-se com frequência que, após o manejo do sintoma-alvo, os demais dados da anamnese e dos exames físico e mental têm seu acesso facilitado. Em certas ocasiões, o manejo do sintoma-alvo pode gerar o envolvimento de vários profissionais da equipe (contenção mecânica e farmacológica) ou ambientes diversos (ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial infantil [CAPSi], serviço de transporte via ambulância e ambiente hospitalar).
- Estabelecimento de uma hipótese diagnóstica: é importante que o psiquiatra avente um possível diagnóstico como causa da crise no adolescente. Essa hipótese diagnóstica pode guiar o raciocínio clínico,

facilitando a instituição de um plano terapêutico e servindo de parâmetro para acompanhar a evolução do paciente.

- Exclusão de uma causa orgânica: passo importante que com frequência é negligenciado na avaliação inicial desse perfil de paciente. Certas patologias orgânicas podem cursar com sintomas psiquiátricos, causando confusão e pior prognóstico quando não identificadas. A suspeita de que patologias orgânicas possam ser responsáveis pelos sintomas psicológicos pode ser observada na história referida pelo paciente e/ou familiares/acompanhantes, no exame físico (deformidades, presença de sinais e sintomas como febre, dispneia, dores, etc.), no exame neurológico (reflexos alterados, posturas bizarras, alterações da marcha, etc.) e em algumas funções do exame do estado mental, mais comumente consciência, atenção, sensopercepção, orientação, memória e inteligência. A partir do momento que houver suspeita de o quadro ser ocasionado por doença orgânica, exames complementares laboratoriais e radiológicos podem ser solicitados, bem como avaliação de um pediatra.
- Encaminhamento para continuidade do tratamento: este é um momento importante do atendimento inicial do adolescente em crise. Após a estabilização do quadro clínico e excluindo-se possível etiologia orgânica, realiza-se o encaminhamento ao *setting* terapêutico apropriado (ambulatório, internação hospitalar, comunidade terapêutica, CAPSi, etc.) para firmar diagnóstico etiológico e adequada conduta terapêutica. Esse também é o momento de estabelecer vínculo terapêutico, motivando o adolescente ao tratamento.

Cabe ressaltar que tais metas não se encontrarão necessariamente nessa ordem de avaliação. O importante é o entrevistador procurar observá-las e embasar sua conduta terapêutica.

A fim de realizar os passos anteriores com mais eficácia e segurança e estabelecer aliança terapêutica entre equipe e paciente, algumas medidas básicas podem ser adotadas. Postura genuinamente empática por parte da equipe pode diminuir o desamparo do paciente, sobretudo se estiver desorientado. Assim, é possível prevenir comportamentos agressivos e agitação psicomotora, por exemplo. Outra medida é esclarecer ao paciente os objetivos da avaliação, para diminuir sua ansiedade em ser examinado,

motivá-lo ao tratamento e evitar comportamentos impulsivos. Recomenda-se, ainda, conhecer o contexto social do paciente, informação que pode ser obtida de familiares/acompanhantes. Isso busca aproximar o adolescente do entrevistador, na medida em que pode interpretar que o profissional está interessado em promover seu bem-estar. Adolescentes com sintomas psicóticos podem às vezes reconhecer que algo está errado com seu pensamento, sentindo-se mais temerosos e confusos (Semper & McClellan, 2003), o que reforça a necessidade de acolhimento por parte do profissional da saúde.

Aspecto digno de nota é a identificação de comportamentos hostis e opositores de adolescentes em crise e a conduta do profissional em não confrontar tais comportamentos. Em situação de sintomas agudos, deve-se atentar para os sintomas apresentados, seu impacto na família, os fatores de risco, bem como os recursos do adolescente para intervenção (Goodman & Scott, 2005). O Quadro 12.1 traz um resumo dos aspectos a abordar na avaliação do adolescente em crise.

QUADRO 12.1 AVALIAÇÃO CLÍNICA DO ADOLESCENTE EM CRISE

Sintomas: motivo da procura e problemas associados. Avaliar sintomas atuais, investigar sintomas prévios, presença de diagnóstico e tratamento psiquiátrico prévio.

Impacto dos sintomas: avaliação dos riscos que os sintomas oferecem ao adolescente e a terceiros.

Fatores de risco: identificação de fatores desencadeantes, mantenedores e protetores.

Estruturas de apoio disponíveis: recursos presentes para intervenção e expectativas do paciente e da família em relação ao tratamento.

Fonte: Adaptado de Caldieraro e colaboradores (2008).

O paciente pode ser o próprio informante de sua condição clínica ou, caso apresente-se opositor, as informações deverão ser fornecidas por um familiar. Além da avaliação física e psíquica, são relevantes para a avaliação da gravidade da psicopatologia o funcionamento escolar e cognitivo, os vínculos

afetivos e sociais, o desenvolvimento físico, o histórico médico e o desenvolvimento emocional (temperamento, adaptação a situações de estresse, controle de impulsos). A entrevista com os pais tende a fornecer dados clínicos que não foram coletados com o adolescente, assim como auxilia no entendimento da relação familiar e na identificação de algum estressor que tenha precedido a sintomatologia. Os principais pontos a abordar na entrevista com os pais são (Schmitt & Tramontina, 2008):

- Impacto do problema do adolescente na relação e dinâmica familiar
- Histórico do desenvolvimento do adolescente, como marcos neurobiológicos, doenças clínicas concomitantes, cirurgias prévias, tratamento médico e uso de medicações, reações adversas/anafiláticas com certas medicações
- Perfil de funcionamento da família, papel do adolescente na dinâmica familiar e relação com os demais membros da família
- História familiar de doenças e tratamentos psiquiátricos

A Vinheta Clínica 12.1 traz o caso de um adolescente com quadro psicótico. Apesar de Jonas apresentar comportamentos típicos da adolescência – como passar boa parte do tempo no quarto, com o celular e fones de ouvido –, histórico de retração social, existência de possível diagnóstico psiquiátrico na família, alteração no sono, alucinações, isolamento e discurso desorganizado são indicativos de psicopatologia.

VINHETA CLÍNICA 12.1

Jonas, 16 anos, trazido à emergência pela mãe, que relata que ele “não tem falado coisa com coisa” nos últimos dias. Segundo ela, pensou que isso se devia a “sono atrasado”, pois há alguns meses Jonas vem tendo insônia. A mãe observa que os sintomas começaram há mais de seis meses, no entanto, o quadro se agravou recentemente, quando Jonas deixou de manter a higiene pessoal e passou a recusar-se a responder ao que ela pergunta. Relata ainda que o filho tem conversado sozinho, e que não consegue entender o que ele diz pois “fala baixo, cochichando com outra pessoa e parece misturar um monte de assuntos”. Questionada sobre de que forma

tal mudança no comportamento de Jonas alterou a rotina familiar, diz que tem faltado ao trabalho por medo de deixá-lo sozinho e evitado que ele vá às aulas por medo de os colegas rirem dele. O pai abandonou a família quando Jonas tinha 5 anos, e a mãe não pode contar com os familiares nos cuidados com o filho. Ele aprendeu a andar no tempo estimado, mas houve atraso na aquisição da fala fluente. Ela relata que Jonas sempre foi um menino retraído, com poucos amigos, mas que pensara ser apenas timidez. Ele nunca havia sido internado ou recebido intervenção psiquiátrica ou psicoterapêutica. Ao investigar a história familiar de doenças psiquiátricas, a mãe relata que um tio paterno “era normal até a adolescência, depois ficou esquisito, não namorou e nem trabalhou, e a mãe sempre cuidou dele”. O entrevistador pergunta ainda sobre a relação de Jonas com os familiares. A mãe responde: “normal. Igual a todo adolescente. Chega em casa, mal fala oi e vai para o quarto. Fica com o celular e o fone de ouvido quase o dia todo”.

Os sintomas-alvo nesse caso abrangeram discurso desorganizado com fuga de ideias, ausência de juízo crítico da doença, mussitação (fala sozinho de modo baixo, murmurando, apenas com movimentos labiais), embotamento afetivo (isolamento) e insônia. Procede-se a exames clínicos que indicam inexistência de causa orgânica para os sintomas apresentados. Considerando os sintomas de Jonas, a hipótese diagnóstica indica esquizofrenia. Como a mãe dispõe de frágil rede de apoio e Jonas não tem comportamento agressivo ou ideação suicida, opta-se por tratamento ambulatorial com encaminhamento ao CAPSi de sua cidade, onde é iniciada farmacoterapia, primeiramente com risperidona 1 mg, um comprimido por via oral de 12 em 12 horas, e indicada psicoterapia, além de ser fornecido atestado médico à mãe para que acompanhe o filho até a remissão dos sintomas.

Ainda em relação às características da fase de desenvolvimento, vale lembrar que comportamentos de desconfiança e retraimento em situação de avaliação podem ser exacerbados em adolescentes. Cabe lembrar que tendem

a levar muito mais tempo para perceber o profissional da saúde como figura de ajuda (ver Cap. 7). Essa característica deve ser considerada durante todo o processo de avaliação, demandando do entrevistador ênfase ainda maior no vínculo e na escuta empática do paciente.

O ADOLESCENTE PSICÓTICO

O termo “psicótico” descreve o indivíduo que está sem juízo crítico da realidade, com interpretação distorcida e disfuncional dos fatos (Moriyma, Melcop, Ribeiro, & Bressan, 2012). Indivíduos psicóticos, em função dessa interpretação distorcida, podem ter alucinações, delírios, alterações na forma, no curso e no conteúdo dos pensamentos, alterações de comportamento, orientação, conduta e discurso. Com frequência, a literatura (Moriyma et al., 2012) refere-se ao adolescente psicótico como portador de esquizofrenia. Embora a esquizofrenia seja o protótipo dos transtornos psicóticos com primeiro surto na adolescência, não se deve negligenciar que outros transtornos, como o transtorno bipolar e a depressão com sintomas psicóticos, também ocorrem nessa faixa etária. Esse cuidado deve ser tido pelo profissional que avaliará e intervirá nesses casos.

Psicose com início antes dos 13 anos é incomum, na proporção de 0,9 caso a cada 10 mil indivíduos. Porém, após essa idade, há aumento da prevalência dos 13 aos 18 anos, podendo chegar a 17,6 casos a cada 10 mil indivíduos (Hafner & Nowotny, 1995). Nem sempre o início do quadro psicótico é bem caracterizado, sendo precedido anos antes por uma fase pré-mórbida, quando já podem ser observados alguns sinais e sintomas, como atrasos no desenvolvimento motor e retardo na aquisição da fala. Depois, vem a fase prodrômica, em que são observadas mudanças de personalidade, pensamento e humor, embora às vezes tais alterações não sejam diagnosticadas ou observadas. O fim desse período é marcado pelo primeiro episódio psicótico (PEP), tendo início a fase progressiva da doença (Elkis, Kayo, Louzã, & Curátolo, 2012).

Os sintomas psicóticos mais comuns na adolescência são: delírios, alucinações, sintomas negativos, discurso e comportamento desorganizados (Castro-Fornieles et al., 2007). Os delírios mais prevalentes são os

persecutórios, de autorreferência, de irradiação do pensamento e de grandiosidade. As alucinações são definidas como a “. . . percepção clara e definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real” (Dalgalarondo, 2008, p. 124), sendo as auditivas mais comuns nessa faixa etária. É usual o paciente escutar vozes de uma ou mais pessoas que conversam entre si, comentam ou narram suas ações, fazem ameaças ou lhe dão ordens. Além desses sintomas, ditos positivos, é comum a manifestação de sintomas negativos, com alterações do afeto, como hipomodulação do afeto (incapacidade de modular o afeto de acordo com a situação), apatia (incapacidade de sentir emoção), embotamento afetivo (perda de todo tipo de vivência afetiva) e anedonia (incapacidade de sentir prazer) (Moriyma et al., 2012).

É na adolescência que muitos casos de esquizofrenia e transtorno bipolar se apresentam com o primeiro surto psicótico (Fu-I, 2009). Devido à semelhança do quadro clínico, a diferenciação diagnóstica entre esquizofrenia, transtorno bipolar na fase maníaca e depressão com sintomas psicóticos pode ser uma dificuldade adicional no cuidado à saúde mental (Scivoletto, Boarati, & Turkiewicz, 2010).

No que concerne às características de pensamento adolescente, por exemplo, sua tendência à teimosia e à perseveração em pensamentos específicos (ver Cap. 7), o pensamento delirante é quantitativa e qualitativamente diferente do pensamento típico desse período. Dalgalarondo (2008) ressalta que três pontos precisam estar presentes para a caracterização de um delírio: convicção plena do paciente sobre a veracidade do conteúdo; impossibilidade de modificação do pensamento no confronto com as evidências; presença de juízo falso e conteúdo impossível. Adicionalmente, o autor qualifica a avaliação das dimensões do delírio pelos seguintes indicadores:

- 1** o grau de convicção do paciente sobre o pensamento
- 2** a extensão que o delírio ocupa em termos de áreas da vida em que se manifesta
- 3** o quão bizarro é, afastando-se da realidade consensual do contexto cultural em que o paciente está inserido

- 4** o nível de consistência interna do delírio, denotando maior ou menor grau de desorganização
- 5** o quão preocupado ou envolvido o paciente se encontra com suas crenças delirantes
- 6** o quanto tais pensamentos o abalam, gerando resposta afetiva ou afeto negativo
- 7** o quanto de comportamentos estranhos, perigosos ou inconvenientes o paciente exibe em função do delírio

O uso desses indicadores pode auxiliar o clínico na avaliação das - diferenças entre as características do pensamento adolescente e a presença de sintomas delirantes adicionais.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A avaliação inicial do paciente psicótico deve ser feita em ambiente tranquilo, não ameaçador, e o profissional deve evitar postura intimidadora e interrogativa, a fim de não provocar, no adolescente, atitude hostil em função de uma ideia delirante paranoide. Tendo em vista que a natureza do delírio é incontestável na ótica do paciente, deve-se evitar confrontar o conteúdo do delírio, mostrando-se disponível ao diálogo. Inicialmente, identifica-se o sintoma-alvo, que é tratado a fim de garantir segurança ao próprio paciente, à equipe profissional e ao ambiente. O tratamento precoce é essencial ao prognóstico da doença, proporcionando melhor funcionamento global e qualidade de vida (Cullberg et al., 2006).

O tratamento de escolha para o sintoma-alvo é a administração de antipsicóticos (APs). A primeira medicação antipsicótica usada clinicamente foi a clorpromazina, em 1952, cujos efeitos proporcionavam lentificação de movimentos motores associada a indiferença comportamental (Ban, 2007; Louzã Neto & Elkis, 2007). Sua ação antipsicótica se dá pelo antagonismo dos receptores D2 pós-sinápticos no sistema mesolímbico, sendo a hiperatividade nessa via responsável pelos delírios, alucinações, alterações do comportamento, conteúdo e curso do pensamento, e pela agitação psicomotora (Bressan, Costa, Jones, Ell, & Pilowsky, 2002). Anos depois, surgiram outras medicações com o mesmo mecanismo farmacológico. Esse

grupamento de medicações recebeu o nome de APs típicos, ou APs de primeira geração. Os principais APs de primeira geração são: clorpromazina, levomepromazina, periciazina, ioridazina, flufenazina, pimozida, sulpirida, trifluoperazina, pipotiazina e haloperidol (Agostinho, Tamai, Silva, & Shirakawa, 2015).

Com a descoberta da clozapina, em 1970, surgem os APs de segunda geração, ou atípicos, caracterizados pelo antagonismo aos receptores D2 e da serotonina (5HT2) (Waddington & O'Callaghan, 1997). Os principais são: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, clozapina e paliperidona. Essa classe de medicamentos, além de agir nos sintomas positivos, age nos negativos e apresenta poucos efeitos extrapiramidais (Stahl, 2010). A diminuição de efeitos secundários indesejáveis desses APs está relacionada a menor ocupação dos receptores D2 (50%) e maior ocupação dos receptores 5HT2 (Grunder, Hippiris, & Carlsson, 2009; Kane, 1997; Shirakawa & Kaio, 2012).

Os APs de segunda geração têm eficácia semelhante aos de primeira geração nos sintomas positivos da doença e eficácia superior nos negativos, cognitivos e afetivos, e acarretam menos sintomas extrapiramidais (SEPs) e discinesia tardia (movimentos involuntários, anormais e repetitivos principalmente na região da face, no tronco e nos membros superiores e inferiores, que surgem após o uso dessas medicações) (Leucht et al., 2009). Esses APs, apesar de indicados para o PEP (Kahn et al., 2008), ocasionam distúrbios metabólicos de lipídeos e da glicose, além de ganho de peso (Elkis et al., 2008). Pacientes com ideação ou tentativa de suicídio recorrente, refratariedade ao tratamento inicial e comportamento violento ou agressivo têm indicação direta de clozapina em qualquer momento do quadro clínico (Meltzer & Okayli, 1995). Apesar da grande eficácia terapêutica, a clozapina apresenta alguns efeitos adversos importantes, como agranulocitopenia (diminuição da produção das células sanguíneas, sobretudo leucócitos) (Amler, Teerenhovi, & Barth, 1977), miocardite e miocardiopatia, síndrome metabólica (SM) e epilepsia (McEvoy et al., 2006).

Apesar do avanço obtido com os APs de segunda geração, não se verificou melhora significativa na eficácia e adesão ao tratamento (Elkis & Louzã, 2007; Walker, Kestler, Bollini, & Hochman, 2004). Assim, novos

estudos foram direcionados às vias glutamatérgicas, que estão implicadas na fisiopatologia da esquizofrenia (Lieberman, 2004; Marsman et al., 2013). Surgiram, então, novos APs, que agem nos receptores D2, 5HT e glutamatérgicos, denominados APs de terceira geração. Os principais APs de terceira geração são: aripiprazol, asenapina, lurasidona (aprovada pela Food and Drug Administration [FDA] para uso nos Estados Unidos e ainda não aprovada no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa]).

Apesar das diversas opções disponíveis para o tratamento de sintomas psicóticos em adultos, poucas são autorizadas para a adolescência. Destaca-se que, na prática clínica, a eficácia entre os APs é semelhante (Olfson et al., 2012), no entanto, os de segunda geração são os de primeira escolha (Olfson, Blanco, Liu, Moreno, & Laje, 2006). A risperidona é o AP de segunda geração mais usado em adolescentes, sendo aprovada para esquizofrenia e transtorno bipolar (Patel et al., 2005). Apesar de ser amplamente prescrita e bem tolerada, ela não se mostrou mais eficaz que o haloperidol e a olanzapina (Gothelf et al., 2003). A olanzapina mostrou-se eficaz no tratamento da esquizofrenia na adolescência, embora tenha importantes efeitos colaterais, como SM, caracterizada por ganho de peso, aumento da resistência periférica à insulina, aumento dos valores do colesterol LDL e das transaminases hepáticas (Kryzhanovskaya et al., 2009). O aripiprazol mostrou-se seguro e eficaz no tratamento de esquizofrenia na adolescência, tendo como vantagens poucos efeitos adversos e baixo ganho de peso (Findling et al., 2008). A clozapina, apesar de superior aos demais APs, pode ocasionar sérios efeitos colaterais, como agranulocitose (diminuição severa do número de leucócitos), convulsões, hiperglicemia e hipertrigliceridemia (Kumra et al., 2008). Os APs aprovados para uso na adolescência estão relacionados na Tabela 12.1 (Boarati, Andrade, & Maia, 2012; Nardi, Quevedo, & Silva, 2015).

TABELA 12.1 ANTIPSICÓTICOS UTILIZADOS EM ADOLESCENTES

MEDICAÇÃO	DOSAGENS MÉDIAS (MG/DIA)	INDICAÇÃO	PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS	CONTRA
Haloperidol	2-10 mg/dia	Esquizofrenia tanto em	SEP, hiperprolactinemia,	Estados con

(AP de primeira geração)		episódios agudos quanto na manutenção. Sintomas: delírios, alucinações, mania, estados confusionais, agitação psicomotora, tiques	agitação, sonolência, insônia inicial ou intermediária, xerostomia, convulsões, tremores, acatisia, hipercinesia, hipertonia, SNM, distonia e parkinsonismo	
Clozapina (AP de segunda geração)	225-450 mg	Esquizofrenia tanto em episódios agudos quanto na manutenção, casos de refratariedade, pacientes com comportamento violento ou agressivo, bem como ideação suicida ou comportamento suicida recorrente	Convulsões, prolongamento do QT, sialorreia, hiperprolactinemia, galactorreia, sonolência, ganho de peso, disfunção sexual, sedação, hipotensão postural, miocardite, cardiomiopatia, agranulocitose	Discrasia sanguínea, gestação e lactação
Risperidona (AP de segunda geração)	2,5-4 mg/dia	Esquizofrenia tanto em episódios agudos quanto na manutenção, no PEP, nas reagudizações, transtornos delirantes, transtorno esquizoafetivo,	Hiperprolactinemia, galactorreia, sonolência, ganho de peso, disfunção sexual, sedação, hipotensão postural, cefaleia, taquicardia e parkinsonismo, SM	Gestação, lactação, insuficiência cardíaca

		controle dos distúrbios do comportamento associados, autismo infantil, transtorno bipolar e esquizofrenia infantil		
Olanzapina (AP de segunda geração)	10-15 mg	Esquizofrenia tanto em episódios agudos quanto na manutenção, transtornos psicóticos que apresentaram SEPs, discinesia tardia com outras medicações, sintomas positivos e negativos, mania aguda, controle de impulsos e déficit cognitivo	Sonolência, ganho importante de peso, aumento de glicemia e dos lipídeos, aumento inicial de enzimas hepáticas, SM	Glaucoma de ângulo fechado, ganho de lactação
Quetiapina (AP de segunda geração)	250-550 mg/dia	Esquizofrenia tanto em episódios agudos quanto na manutenção, transtornos psicóticos que apresentaram	Sonolência excessiva, ganho de peso (menos significativo que olanzapina e risperidona), aumento de	Glaucoma de ângulo fechado, ganho de lactação

		SEPs, discinesia tardia com outras medicações, sintomas positivos e negativos, mania aguda, controle de impulsos e déficit cognitivo	glicemia e dos lipídeos	
Ziprasidona (AP de segunda geração)	80-140 mg/dia	Esquizofrenia tanto em episódios agudos quanto na manutenção, transtornos psicóticos que apresentaram SEPs, discinesia tardia com outras medicações, sintomas positivos e negativos, mania aguda, controle de impulsos e déficit cognitivo	Aumento no intervalo QT no eletrocardiograma	Gestação e
Aripiprazol (AP de terceira geração)	10-20 mg/dia	Esquizofrenia tanto em episódios agudos quanto	Sedação, SEPs, acatisia	Gestação e

na manutenção,
pacientes com
transtorno
bipolar tipo I
que
recentemente
apresentaram
episódios
maníacos ou
mistos

SEPs (sintomas extrapiramidais); SNM (síndrome neuroléptica maligna); acatisia (sintoma extrapiramidal caracterizado por uma sensação subjetiva de inquietude interna, irritabilidade ou disforia que podem ser intensas); prolongamento do QT (aumento do intervalo QT no eletrocardiograma, sendo geralmente provocado por arritmias ventriculares).

Fonte: Baseada de Boarati e colaboradores (2012) e Isolan e colaboradores (2015).

Nenhum algoritmo ou diretriz de tratamento dá preferência ao uso de um AP em relação aos demais no tratamento do PEP ou nas fases de exacerbação (Leucht et al., 2009), pois há evidências de que os APs, independentemente da classe, são igualmente eficazes em doses equivalentes (Gama et al., 2015). Apesar de a eficácia ser semelhante, os APs de segunda geração são mais bem tolerados, pois apresentam efeitos colaterais menores no curto prazo (Isolan, Kieling, Zeni, Conceição, & Pianca, 2015). Gama e colaboradores (2015) ressaltam que, pelo fato de os APs não apresentarem diferença com relação à eficácia, alguns critérios podem auxiliar na escolha da medicação a ser prescrita:

- 1 resposta prévia (caso o paciente já tenha feito uso de medicação com boa resposta)
- 2 presença e característica dos efeitos colaterais
- 3 preferência do próprio paciente
- 4 adesão à medicação prescrita
- 5 intolerância aos efeitos colaterais específicos às medicações
- 6 presença de doenças físicas que possam ser agravadas pelo uso das medicações
- 7 adolescentes que apresentam alterações no ciclo menstrual
- 8 doenças cardiológicas que contraindiquem alguns APs

- 9 gestação em adolescentes, quando deve-se evitar o uso dessas medicações, principalmente no primeiro trimestre

Após tratar o sintoma-alvo, segue-se com a exclusão de causa orgânica que possa ter desencadeado os sintomas psicóticos e a realização de hipótese diagnóstica. Certos sinais e sintomas podem levar à hipótese de que os sintomas psicóticos tenham causa orgânica. Tengan e Maia (2004) classificam as psicoses em:

- 1 funcionais, ou seja, a psicopatologia em si, por exemplo, a esquizofrenia
- 2 orgânicas, isto é, decorrentes de alguma doença subjacente
- 3 psicogênicas, cuja etiologia estaria associada a algum fator psicológico

O Quadro 12.2 traz os principais sinais e sintomas nas diferentes etiologias.

QUADRO 12.2 SINAIS E SINTOMAS NAS DIFERENTES ETIOLOGIAS		
SINAIS E SINTOMAS	SINTOMAS PSICÓTICOS DE CAUSA ORGÂNICA	PSICOSES FUNCIONAIS
Consciência	Prejudicada, com oscilações no decorrer do dia	Lúcida
Atenção	Hipotenacidade	Variável
Sensopercepção	Alucinações auditivas	Alucinações visuais
Orientação	Desorientação temporal	Geralmente preservada
Memória	Prejudicada	Geralmente mantida
Inteligência	Prejudicada	Geralmente preservada
Exame físico, neurológico e laboratorial	Comumente alterados	Geralmente sem alterações

História de doença psiquiátrica na família	Geralmente ausente	Geralmente presente
Uso de outras medicações	Frequente, podendo ser uma das causas	Geralmente uso de psicofármacos
Início dos sintomas	Súbito	Insidioso
Funções centrais superiores	Afásias, apraxias, agnosias	Preservadas
Fonte: Adaptado de Caldieraro e colaboradores (2008).		

Dentre as prováveis etiologias orgânicas que cursam com sintomas psicóticos, podemos destacar tumor cerebral, epilepsia, trauma, neurosífilis, herpes, meningite, aids, doenças inflamatórias (como lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide juvenil), distúrbios endócrinos (como hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipoglicemia, hiperglicemia). Outra possibilidade é o uso de medicações como bupropiona, anticolinérgicos existentes em xarope para tosse, opioides na composição de analgésicos, cimetidina para o tratamento de gastrite e algumas drogas de abuso (cocaína, anfetaminas, *Cannabis*, cafeína e álcool) (Caldieraro et al., 2008).

Além da exclusão de causa orgânica, a realização de hipótese diagnóstica para o adolescente psicótico é necessária para dar continuidade à avaliação da crise e ao tratamento. Dentre as principais etiologias, destacam-se a esquizofrenia, o transtorno bipolar na fase maníaca, a depressão com sintomas psicóticos e o autismo (Marcelli & Cohen, 2008).

Após a estabilização clínica, busca-se tratar precocemente o sintoma-alvo, excluir causas orgânicas e levantar uma hipótese quanto à etiologia. Posteriormente, cabe aos profissionais o encaminhamento para a continuidade do tratamento em *settings* terapêuticos adequados. Nessa ocasião, é oportuno avaliar a gravidade dos sintomas psicóticos, para estimar a necessidade de tratamento hospitalar. Os critérios para internação, segundo Caldieraro e colaboradores (2008), são: risco de suicídio, de auto e heteroagressão e de homicídio; autonegligência grave; refratariedade e não adesão ao tratamento ambulatorial; paciente sem suporte social e familiar.

Na continuidade do tratamento, a intervenção psicoterápica é essencial ao paciente e a sua família. A TCC mostra-se eficaz na redução dos impactos funcionais da doença (isolamento social, afeto embotado, desmoralização, prejuízos cognitivos que interferem no rendimento acadêmico) e na diminuição de risco de agitação psicomotora e agressividade (Coentre, Levy, & Figueira 2010).

Em geral, os estudos que versam sobre o tratamento de transtornos psicóticos seguem três vertentes: a primeira relacionada a pacientes crônicos já com aspectos degenerativos (Granhölm et al., 2005); outra direcionada ao público adulto imediatamente após o PEP (Skalli & Nicole, 2011); e a terceira endereçada a indivíduos com alto risco de desenvolver psicose, mas que ainda não tiveram o primeiro surto (Schmidt et al., 2015). Intervenções precoces objetivam diminuir os déficits, prevenir deterioração e preservar funções inalteradas (Pantelis, Wannan, Bartholomeusz, Allott, & McGorry, 2015). No entanto, são escassas intervenções adaptadas para o público adolescente com um transtorno psicótico.

De modo geral, intervenções para pacientes com transtornos psicóticos devem focar o estabelecimento de uma relação terapêutica segura, buscar remissão dos sintomas, prevenir recaídas e evitar longas internações. Uma técnica bastante usada é a psicoeducação, que orienta o paciente sobre o transtorno e sua natureza crônica e consequente necessidade de tratamento de longo prazo. Mais especificamente, a intervenção objetiva (Shirakawa, 2000):

- 1** preservar o contato do paciente com a realidade e diminuir prejuízos cognitivos
- 2** restaurar o autocuidado e a autonomia
- 3** diminuir o isolamento
- 4** identificar e reduzir estímulos estressores que podem precipitar e/ou manter a crise
- 5** identificar recursos e limitações, bem como auxiliar o paciente a aceitar as limitações pessoais e decorrentes da doença
- 6** desenvolver estratégias de solução de problemas
- 7** recuperar e promover autoestima, autoimagem e autoeficácia
- 8** capacitar o paciente para as atividades da vida diária, convivência social e familiar

O trabalho mais específico com delírios envolve identificar seus estímulos-gatilho; a conexão de seu conteúdo com as crenças centrais e a história de vida do paciente; o grau de convicção do paciente em cada delírio, sendo importante abordar inicialmente aquele com menor força de convicção. Outras técnicas, como reestruturação cognitiva, a partir do exame de evidências e da busca de explicações alternativas, e tarefas de casa, incluindo experimentos comportamentais, podem ser empregadas conforme o caso.

Por sua vez, o manejo das alucinações objetiva:

- 1** desenvolver estratégias de enfrentamento
- 2** promover reestruturação cognitiva do conteúdo do discurso das vozes, pois, em geral, elas estão alinhadas com as crenças centrais e a história de vida do paciente
- 3** avaliar a identidade e o significado que o indivíduo atribui às vozes

O tratamento em TCC para delírios e alucinações é descrito em mais detalhes por Franzin, Zugman e Reis (no prelo).

A intervenção com familiares de pacientes psicóticos também é necessária, devendo abordar (Shirakawa, 2000):

- 1** orientação sobre o programa de medicamentos e atividades da vida diária
- 2** estímulo para ajudar o paciente a seguir o tratamento e fazer com que também se responsabilize, dentro do possível
- 3** auxílio para verificar a resposta ao tratamento e comunicar quaisquer alterações no paciente
- 4** psicoeducação, de modo que os familiares sejam capazes de identificar sinais e sintomas precoces de recaída
- 5** encorajamento da autonomia do paciente
- 6** estímulo para que a família seja rede de apoio ao paciente, auxiliando na manutenção do tratamento, na prevenção de recaídas e na diminuição de internações ou do tempo de permanência internado em situações de crise

Tais diretrizes se aplicam ao tratamento de pacientes com transtornos psicóticos, independentemente da idade. No entanto, é sabido que o atendimento a adolescentes deve ser adaptado à sua fase de desenvolvimento.

Nesse sentido, Browning, Corrigan, Garety, Emsley e Jolley (2013) aplicaram e compararam três modalidades de intervenção para adolescentes entre 12 e 18 anos com sintomas psicóticos nos últimos 18 meses, a fim de verificar se a associação de terapias psicológicas ao atendimento-padrão melhoraria os resultados:

- 1** tratamento-padrão combinado com TCC para adolescentes com sintomas psicóticos (TP + TCCAP)
- 2** tratamento-padrão associado a intervenção para familiares de adolescentes com sintomas psicóticos (TP + IFAP)
- 3** tratamento-padrão isolado (TP)

O tratamento-padrão combinado aos tratamentos psicológicos ou designado isoladamente envolveu o uso de medicação, cuidados de enfermagem adaptados ao período desenvolvimental da adolescência, participação dos pacientes em programa de atividades em grupo, sessão de *feedback* entre a família e um membro da equipe médica e um da enfermagem, e plano de reintegração social e escolar.

A TCCAP foi composta por 10 sessões de meia hora, duas vezes por semana. Abrangeu avaliação, intervenção direcionada aos sintomas psicóticos (enfrentamento, reavaliação e teste de validade), às emoções e à autoestima (manejar avaliações desadaptativas e estigmatizantes da psicose e dos problemas mentais). Algumas adaptações foram feitas levando-se em consideração a fase da adolescência: sessões mais curtas (30min) e local das sessões não fixo. Buscou-se normalizar, em vez de patologizar, aspectos da aparência do jovem que poderiam ser atribuídos a características da personalidade ou à fase típica da adolescência. Para os mais jovens, com pensamento concreto e com dificuldade em diferenciar pensamentos de emoções, enfatizou-se a mudança comportamental, e termos abstratos como, por exemplo, “depressão” foram explicados ou não usados. Foram utilizadas com frequência representações visuais como figuras de faces para nomear emoções ou gráficos em forma de torta para colorir a fim de representar diferentes explicações para uma mesma experiência. O programa trabalhou com veemência na minimização do potencial impacto negativo ocasionado pela participação em serviços de saúde mental, a fim de desenvolver senso de

identidade, autoestima, inclusão social e autocontrole (Browning et al., 2013).

A IFAP foi composta por cinco horas de sessões distribuídas ao longo de 4 a 10 semanas. Realizou-se psicoeducação sobre psicose, causas e tratamento. Buscou-se identificar com os familiares estressores precipitantes de crises psicóticas no adolescente e auxiliá-los a desenvolver estratégias de enfrentamento para crises futuras. A intervenção enfatizou os pontos fortes da família, a comunicação aberta e a colaboração. Os terapeutas apresentaram postura receptiva e empática e evitaram formulações sobre o funcionamento familiar que poderiam implicar críticas ou julgamentos (Browning et al., 2013).

VINHETA CLÍNICA 12.2

Uma adolescente de 16 anos é levada ao CAPS pela polícia após de ter sido encontrada tomando banho em uma praça no centro da cidade. Ao ser questionada, diz: “As vozes me disseram para fazer isso, para provar que sou uma pessoa pura”. Relata que, nos últimos meses, “as pessoas são muito malvadas, falsas e perigosas”. Nesse período, isolou-se das amigas, parou de frequentar a escola e passou a andar nas ruas da cidade “para cumprir sua tarefa”. Afirma que as vozes ordenam que faça “coisas más”, que “precisa se purificar”. Relata que existem 2 ou 3 vozes que comentam entre si seu comportamento e expõem seus pensamentos “aos inimigos”. Nega uso de álcool ou drogas, apesar de já ter feito uso esporádico de *Cannabis*. Na consulta, apresenta-se sem asseio corporal adequado, com má higiene pessoal, ansiosa, caminhando pelo consultório, sempre com as costas voltadas para a parede. Os exames físico e neurológico não apresentam alterações. No exame psíquico, apresenta-se lúcida, hipovígil, com contato visual dificultado por negativismo passivo, parcialmente desorientada no tempo e no espaço, parcialmente orientada autopsiquicamente, com memória prejudicada, humor disfórico, pensamento com curso discretamente acelerado e desagregado, linguagem com latência de resposta aumentada, alucinações auditivas, delírios persecutório e de referência.

Por se tratar de quadro psicótico, era indicada intervenção farmacológica, iniciando com risperidona 4 mg/dia. Como a adolescente não apresentava uso prévio de AP, essa medicação foi a opção por ter boa eficácia terapêutica e baixo custo, objetivando maior adesão terapêutica. Com o progredir do tratamento, apesar de haver melhora dos sintomas psicóticos, a paciente apresenta-se calada e sem nenhuma iniciativa em procurar contato com outras pessoas, além de ter alterações no ciclo menstrual. A medicação é trocada para olanzapina 5 mg/dia, com remissão dos sintomas psicóticos e melhora da apatia. Nessa fase, ela é orientada à realização de atividade física regular e encaminhada para orientação nutricional devido ao ganho de peso que a medicação pode ocasionar.

Após a estabilização dos sintomas psicóticos, inicia-se o processo terapêutico. Inicialmente, realiza-se psicoeducação sobre o diagnóstico e ampla discussão sobre a crise e seus desdobramentos nas esferas familiar, acadêmica e social. O terapeuta aborda os pensamentos automáticos (P.As) da adolescente sobre o fato de ter uma psicopatologia grave e acerca da crise. São identificados e avaliados os seguintes P.As: “por que comigo?”; “ninguém mais vai querer ser meu amigo”; “minha vida acabou”. A paciente relata as seguintes emoções associadas: raiva, vergonha e medo. Em um primeiro momento, é necessário acolher as emoções e os medos da paciente, bem como enfatizar a importância do tratamento. Avaliam-se vantagens e desvantagens em contar para os amigos e colegas sobre a psicopatologia; buscam--se os fatores de risco para novos surtos (como a não adesão ao tratamento e verifica-se que as cobranças da família para que fosse aprovada no vestibular que se aproximava provavelmente precipitaram o surto psicótico. Nesse sentido, são treinadas habilidades de comunicação com a família e trabalhadas ou reestruturadas as crenças de perfeccionismo e autoexigência. Além disso, a paciente e sua família são instruídas a manter automonitoramento tanto dos estímulos relacionados ao estresse quanto aos primeiros sintomas de um novo surto. A avaliação dos esquemas revela esquema de desconfiança e abuso que mostra relação com o conteúdo das vozes que versam sobre o perigo e a falsidade das pessoas.

Os resultados da pesquisa de Browning e colaboradores (2013) revelaram melhora significativa nos sintomas e no funcionamento dos adolescentes que participaram dos grupos terapêuticos (TCCAP + TP e IFAP + TP). Para os que receberam o tratamento-padrão, houve melhora nos sintomas, mas não no funcionamento psicossocial geral. No entanto, não houve diferença significativa nos resultados do início e do final da internação entre os grupos (TCCAP + TP) x (IFAP + TP) x TP, o que pode ser explicado pelo reduzido número de participantes (10) em cada grupo.

Um dos pilares do tratamento de transtornos psicóticos é a prevenção de novos episódios. Em revisão da literatura a partir de estudos longitudinais, Alvarez-Jimenez e colaboradores (2012) investigaram os fatores de risco para recaída após o tratamento para o PEP. Os resultados revelaram que não adesão à medicação, transtorno persistente de uso de substâncias, excesso de críticas por parte dos familiares e pobre ajustamento pré-mórbido aumentaram o risco de recaídas. Esses resultados mostram a importância do apoio familiar para a adesão e a manutenção do tratamento, em especial nos casos de adolescentes, que terão de enfrentar o estigma da doença mais precocemente. O processo de avaliação do adolescente psicótico pode ser observado no fluxograma da Figura 12.1.

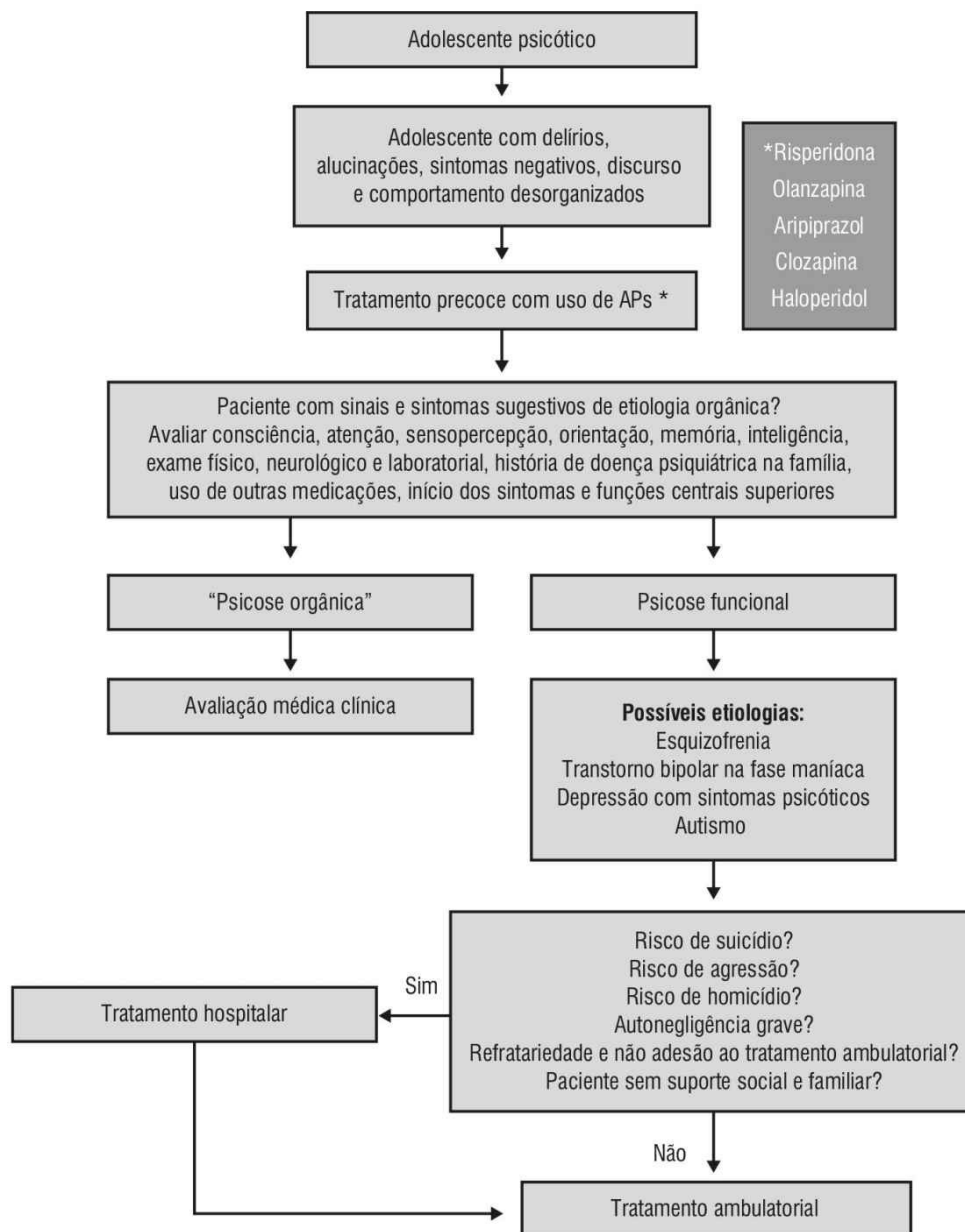


Figura 12.1

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO ADOLESCENTE PSICÓTICO.

O ADOLESCENTE AGITADO E/OU AGRESSIVO

Agitação psicomotora, agressividade e violência são comportamentos inespecíficos e fazem parte da sintomatologia de diversos transtornos psiquiátricos, como esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos do

desenvolvimento intelectual (Gomes, Giglio, Kunz, & Kapczinski, 2008). A agitação psicomotora é caracterizada por inquietação, resposta exagerada a estímulos internos e externos, irritabilidade, atividades mental, motora e verbal inadequadas e repetitivas. Por sua vez, agressividade e violência caracterizam-se como agressão física dirigida a si mesmo (autoagressividade) ou direcionada a outra pessoa ou ambiente (heteroagressividade) (Chang, Ribeiro, & Teng, 2012).

Em geral, o adolescente que chega ao serviço de emergência mostra-se agitado e irritado e, com a evolução do quadro, apresenta-se agressivo e violento. Vários são os sinais que indicam a iminência de um ato de violência, sendo os mais frequentes comportamento opositor, irritabilidade, discurso e fala em voz alta, palavras agressivas e tom desafiador, inquietude e deambular de um lado ao outro (Moore & Pfaff, 2011).

A avaliação do paciente psicótico pode ser difícil, pois dados como - histórico clínico e psiquiátrico podem ser escassos ou inexistentes, e o paciente pode não ser cooperativo. Porém, a avaliação pormenorizada é imprescindível para a adequada tomada de decisão terapêutica. Adolescentes com transtorno depressivo, transtorno bipolar ou esquizofrenia podem apresentar alterações no estado mental, por exemplo, no pensamento, na sensopercepção, na orientação e no afeto, resultando em distorção da realidade, podendo evoluir para agressividade e violência (Mantovani, Migon, Alheira, & Del-Ben, 2010). Outros casos, como transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta, podem levar a comportamento violento e agressivo pela baixa tolerância à frustração e o pobre controle de impulsos. Além disso, histórico recente de violência, posse de armas, alucinações de comando, impulsividade, funcionamento executivo prejudicado, história de comportamento antissocial e planos concretos para prejudicar os outros são fatores de risco para comportamento agressivo/violento (Chun, Katz, Duffy, & Gerson, 2015).

Como já mencionado, causas clínicas podem cursar com sintomas psiquiátricos como agitação psicomotora e agressividade. Dentre essas etiologias clínicas, hipoglicemia, hipoxia (diminuição de aporte de oxigênio ao cérebro), traumatismo cranioencefálico (TCE), hipertermia ou hipotermia, meningite, sepse (conjunto de manifestações clínicas graves, disseminadas

por todo o organismo, produzidas por uma infecção), estados pós-ictais (manifestações neurológicas após crise epilética) ou *status epilepticus* (crise epilética prolongada), tumores cerebrais e doenças tireoidianas devem ser descartadas na avaliação do adolescente agitado (Rossi, Swan, & Isaacs, 2010). Outra hipótese a ser averiguada é a possibilidade de intoxicação ou abstinência de substância psicoativa, que podem aumentar o risco de comportamento violento (Swinson et al., 2011). As substâncias psicoativas mais comumente relacionadas com comportamento agressivo são: álcool, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, hidrocarbonetos aromáticos (cola, tinta e gasolina) e hormônios esteroides (Gomes et al., 2008).

A primeira conduta, tanto na prevenção da violência quanto na abordagem de um adolescente agressivo, é fornecer treinamento adequado à equipe que irá atendê-lo (Moore & Pfaff, 2011). A escolha da abordagem terapêutica, após adequada avaliação, deverá inicialmente adotar medidas de atenuação e levar em consideração o nível de agitação psicomotora do paciente. As medidas de atenuação envolvem a apresentação da equipe e a preparação do paciente para o que vai ocorrer. Ele deve ser tranquilizado de que está seguro. Tais medidas podem ser divididas em cuidados com o ambiente, relação com o entrevistador e ações com o paciente e acompanhantes.

AMBIENTE

Deve ser fisicamente confortável, seguro, desprovido de objetos que possam ser usados pelo adolescente para auto e heteroagressão (objetos pontiagudos ou que possam ser arremessados). O ambiente deve estar calmo, sem estímulos intensos (sem ruídos, com luminosidade adequada) e não isolado. Pode-se perguntar ao adolescente se se sente confortável no local. Em relação à disposição no ambiente, tanto o paciente como o profissional avaliador devem estar em posição que lhes permita alcançar a porta, que deve estar aberta (para que o profissional possa buscar auxílio e para que o adolescente não se sinta acuado, tendo acesso à saída, o que diminui o risco de violência) (Gomes et al., 2008).

RELAÇÃO COM O ENTREVISTADOR

É importante estabelecer limites de forma não punitiva; usar linguagem direta e simples com tom de voz suave; manter distância (o adolescente violento precisa de espaço); nunca se aproximar pelas costas; não gesticular muito, nem apresentar comportamento rude ou movimentos abruptos; manter sempre a própria mão à mostra (nunca esconder as mãos, pois pode suscitar a desconfiança do adolescente); nunca ficar de costas; não confrontar nem intimidar o adolescente olhando-o nos olhos (deve-se assumir postura relaxada, tom de voz empático e baixo) e sempre fornecer informações ao paciente (Gomes et al., 2008).

Com base na experiência clínica, cabe ressaltar que o entrevistador deve cuidar para não se deixar tomar pela raiva, respondendo ao paciente no mesmo tom agressivo. Isso porque é comum que, ante uma reação desafiadora ou hostil, sejamos inundados por irritabilidade ou raiva. No entanto, ao reagir dessa forma, perde-se a conexão com o adolescente. Uma estratégia útil é o uso, pelo entrevistador, da identificação e a análise dos próprios P.As em relação ao comportamento do adolescente: “ele está fazendo isso para me provocar”; “está desafiando minha autoridade”; “quer me desmoralizar diante da equipe”; “vai me agredir”; “não adianta intervir. É um caso muito difícil”. Ter em mente que o adolescente emite tais comportamentos em diversos contextos, que padece de uma psicopatologia e precisa de ajuda auxilia o terapeuta a ter uma atitude empática e acolhedora.

ADOLESCENTE E ACOMPANHANTE

É preciso evitar deixar o adolescente agitado e a família esperando por atendimento. Para alguns adolescentes, a presença de um familiar ou amigo durante a avaliação pode ter efeito positivo, já para outros a avaliação deve ser feita sem a presença de acompanhante, em especial nos casos em que o comportamento agressivo é direcionado ao acompanhante ou aumenta em sua presença (Chun et al., 2015; Semper & McClellan, 2003).

A intervenção com pais/cuidadores deve envolver a tomada de perspectiva, para que tentem compreender as motivações subjacentes ao comportamento do filho e a “escolha” do comportamento agressivo, ou seja, há falta de habilidade de enfrentamento/resolução de problemas, a comunicação entre os pais e o adolescente está truncada, há uma

psicopatologia grave que explica o comportamento agitado/agressivo. Neste último caso, após adequada avaliação diagnóstica, o clínico deve proceder à psicoeducação com os pais. É importante que eles monitorem o comportamento do adolescente, sem serem intrusivos, mostrando interesse genuíno por ele (Barry & Lochman, 2004).

MANEJO COM O ADOLESCENTE

Pode-se perguntar sobre pedidos do adolescente e atendê-los na medida do possível, bem como ofertar distração, como filmes e livros. Oferecer algo para comer ou beber pode ser útil para que ele perceba a intenção do avaliador em ajudar. No entanto, não se deve insistir, pois o paciente paranoide pode interpretar esse ato de forma negativa. Pode-se permitir que ele caminhe no recinto, se assim desejar. Perceber uma atitude de cuidado e respeito pode auxiliar na motivação do adolescente a colaborar (Chun et al., 2015; Semper & McClellan, 2003).

É importante sinalizar que comportamentos agressivos e inadequados são desaprovados, mas ele, como indivíduo, não. Além disso, deve-se notar o comportamento adequado e fornecer *feedback*. Comportamentos desadaptativos de menor magnitude, como reclamações, podem ser ignorados, pois, assim, tendem a diminuir de frequência. Já o comportamento agressivo não deve ser ignorado (Barry & Lochman, 2004).

É possível estabelecer um contrato comportamental de modo que o adolescente assuma o controle por seu comportamento. O contrato deve conter os comportamentos-alvo, em linguagem direta/positiva (o que se espera que ele faça e não o que deve deixar de fazer ou não fazer), bem como o reforço positivo no caso de cumprir com o contrato. Um exemplo de comportamento-alvo pode ser conversar em tom de voz normal, e o reforço pode incluir escolher um filme para assistir ao fim do dia ou acesso a redes sociais (p. ex., buscar outros reforços possíveis, como jogos de tabuleiro, *games*, caso o ambiente tenha pátio alguns jogos, escutar música, roda de música, etc.). As regras do local devem ser esclarecidas e seguidas. Caso descumpra uma regra previamente acordada, deve-se proceder ao estabelecimento da consequência, que pode envolver a perda de um privilégio, como os recém-exemplificados (Barry & Lochman, 2004).

O engajamento na resolução colaborativa de problemas é bastante produtivo. Ensinar o adolescente a identificar o(s) problema(s) em curso, pensar em possíveis soluções, alocar os recursos para resolvê-los, escolher uma solução-alvo e colocá-la em prática o auxilia a perceber a progressão em seu quadro (Barry & Lochman, 2004).

Quando fora de uma situação de crise, trabalha-se com o paciente a tomada de perspectiva, ou seja, colocar-se no lugar do outro e imaginar como ele se sente e o que pensa ante o comportamentopositor/hostil/agressivo do adolescente. Essa técnica deve ser treinada sistematicamente quando o adolescente está calmo, de modo que, quando agitado/agressivo, tenha condições de colocá-la em prática (Barry & Lochman, 2004).

Outra estratégia bastante útil é desenvolver a autoconversa. Ou seja, declarações para dizer a si mesmo quando identificar-se com altos níveis de raiva (“acalme-se”, “ele(a) só está tentando ajudar”, “não foi de propósito”, etc.). Para alcançar autodeclarações efetivas, é importante investigar o que gera os crescentes níveis de irritabilidade até chegar ao comportamento explosivo e, então, utilizar a autodeclaração antes de chegar nos últimos estágios da raiva (Barry & Lochman, 2004).

Com base na experiência clínica, sabe-se que outra intervenção a ser realizada fora do momento de crise envolve a identificação das próprias necessidades, das insatisfações/sentimentos de injustiça, a análise racional quanto a possíveis distorções e, por fim, habilidades de negociação. Assim, o adolescente será capaz de identificar os próprios anseios e demandas e negociá-los sem a necessidade do comportamento agressivo.

O Quadro 12.3 traz as técnicas de atenuação na agitação psicomotora conforme o nível de agitação do paciente.

QUADRO 12.3 TÉCNICAS DE ATENUAÇÃO NA AGITAÇÃO PSICOMOTORA

NÍVEL DE AGITAÇÃO

TÉCNICAS DE ATENUAÇÃO UTILIZADAS

Nível 1

- Atitude de empatia, validando as emoções do adolescente

Ocorre mudança no comportamento do adolescente, que intensifica algumas expressões, como choro, andar inquieto, aumento no tom de voz, comportamento opositor, não responder quando questionado

- Fazer perguntas abertas, motivar o paciente a expressar seus pensamentos e sentimentos
- Reduzir estímulos externos
- Oferecer medicação ao paciente

Nível 2

Ocorre intensificação do comportamento, o adolescente começa a gritar, emite comportamento desafiador, sarcástico, faz ameaças verbais, movimentos abruptos, exhibe postura tensa (p. ex., cerrando os punhos e/ou apontando para o profissional)

- Isolar a situação delimitando o ambiente de atendimento de modo que seja seguro (sem objetos pontiagudos, cortantes, que possam ser usados para agressão)
- Motivar o paciente para que expresse seus pensamentos e emoções
- Oferecer e negociar opções realistas
- Fazer perguntas abertas sobre os motivos de irritação do paciente, sempre demonstrando empatia com seu sofrimento
- Mobilizar equipe e, se necessário, promover contenção mecânica

Nível 3

Paciente agressivo e violento com equipe ou com ambiente, que agride profissionais ou quebra e/ou arremessa os objetos do ambiente

- Imobilizar fisicamente o adolescente, realizando contenção mecânica e fazendo uso de medicações

Nível 4

Ocorreu reaquisição de controle após aplicação das medidas de atenuação apenas ou com o auxílio das técnicas de contenção química e/ou física

- Restabelecer o vínculo terapêutico

Fonte: Adaptado de Cowin e colaboradores (2003).

Quando as medidas de atenuação forem ineficazes para o manejo da agitação psicomotora, técnicas de contenção devem ser usadas para impedir que o paciente apresente comportamento agressivo e violento. A contenção física pode ser a contenção mecânica e a reclusão. A reclusão caracteriza-se por isolar o adolescente em um ambiente protegido, em geral uma sala com proteção nas paredes e no piso. A contenção mecânica, porém, é a mais empregada e, se realizada de modo adequado, é segura e eficaz. A maioria dos pacientes se sente aliviada após o procedimento, por entender que ele impediu que agisse de forma destrutiva. Alguns cuidados devem ser tomados na execução da técnica (Gomes et al., 2008):

- 1** Deve ser realizada por equipe previamente treinada, em geral com cinco membros – o coordenador da equipe continuará conversando com o adolescente e os demais serão responsáveis por conter cada um dos membros do paciente.
- 2** As técnicas de atenuação devem ser mantidas até que o adolescente esteja calmo. Nesse sentido, deve ser periodicamente comunicado sobre o que se passa e o motivo dessa decisão. É importante explicar-lhe que, tão logo esteja mais calmo, a contenção mecânica será desfeita.
- 3** As faixas de contenção devem ser de material adequado, como algodão, e resistente. Materiais inadequados podem provocar mecanismo de garrote, impedindo o fluxo arterial periférico para as mãos e os pés.
- 4** O adolescente deve ser contido em decúbito dorsal, com a cabeça levemente elevada, membros superiores em posição apropriada para acesso venoso na eventual necessidade de aplicar medicação.
- 5** Talvez seja preciso utilizar faixa torácica. Nesse caso, deverá ser posicionada com certa frouxidão, para garantir a expansibilidade torácica nos movimentos inspiratórios e evitar asfixia.
- 6** O paciente deverá ser assistido e monitorado periodicamente em relação a nível de consciência, comportamento e sinais vitais (pressão arterial, frequências respiratória e cardíaca e temperatura).
- 7** Cabe ao clínico considerar o uso de medicações a fim de promover contenção química e evitar contenções mecânicas prolongadas.
- 8** Assim que o paciente estiver calmo, devem-se retirar as faixas.

- 9** Caso o paciente permaneça em contenção por período prolongado (p. ex., caso esteja excessivamente agitado e a medicação leve mais tempo que o habitual para atingir o efeito terapêutico), é importante a prescrição de hidratação venosa. A ingesta hídrica por via oral e a alimentação devem ser desencorajadas, pois, estando o paciente em decúbito dorsal e imobilizado, pode ocorrer broncoaspiração.

O uso inadequado da técnica pode levar a problemas psicológicos e - clínicos, podendo inclusive provocar o óbito (Chang et al., 2012). A morte pode ser causada por asfixia, em função de compressão do pescoço ou faixa torácica excessivamente apertada e por arritmias resultantes de fenômenos tromboembólicos associados ao uso inadvertido de psicofármacos (Huf et al., 2011). A prática clínica sugere que deve ser ensinado à equipe que a contenção mecânica não é uma forma de castigo ao comportamento do adolescente, mas abordagem usada para garantir a integridade física do paciente, da equipe e do ambiente.

O uso de medicação com vistas a promover a contenção química objetiva tranquilizar o adolescente o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de violência e agressividade e o período de contenção mecânica, além de permitir a continuidade de investigação diagnóstica e adequada conduta terapêutica. Apesar de extremamente eficaz na abordagem da agitação psicomotora e da agressividade, o uso de psicofármacos requer alguns cuidados.

Moore e Pfaff (2011) ressaltam, dentre os riscos: sedação excessiva, interação farmacológica das medicações prescritas com substâncias ilícitas que o adolescente possa ter usado, interação das medicações prescritas com doenças clínicas (contraindicação do uso da medicação com possível patologia prévia), efeitos colaterais específicos das medicações. Nesse sentido, indicam os seguintes cuidados:

- 1** Manter comunicação com o adolescente e seus familiares sobre o uso da medicação, sua indicação e necessidade
- 2** Manter o uso de técnicas verbais de atenuação
- 3** Monitorar nível de consciência, comportamento e sinais vitais do paciente durante todo o atendimento

- 4 Registrar em prontuário medicações, doses administradas e horários prescritos
- 5 Verificar a dose total diária administrada
- 6 Verificar alguma contraindicação clínica do uso de determinados fármacos

A via de administração depende da colaboração e da aceitação do adolescente. Preferencialmente, usa-se a via oral e, apenas se ela for inacessível ou ineficaz, opta-se pela intramuscular. Assim que o adolescente apresentar melhora clínica e aceitar o uso da medicação, a troca da via intramuscular para a oral deve ser feita. As principais medicações utilizadas para manejar agitação psicomotora e agressividade são: APs típicos (de primeira geração), APs atípicos (de segunda geração) e benzodiazepínicos (BDZs) (Boarati et al., 2012).

Os principais BDZs usados em quadros de agitação psicomotora e agressividade em adolescentes são: clonazepam de 0,125 a 4 mg/dia; alprazolam de 0,25 a 4 mg/dia e lorazepam de 0,25 a 4 mg/dia. Esses BDZs são indicados nos quadros de ansiedade extrema, agitação psicomotora e transtorno bipolar em mania e contraindicados na gestação e na lactação. Os principais efeitos colaterais incluem sonolência excessiva, desinibição, risco de dependência, agitação como efeito rebote e confusão. Apesar de constituir opção terapêutica, em razão de o risco-benefício não ser muito favorável, seu uso, se possível, deve ser evitado em adolescentes (Birmaher, 2009, Boarati et al., 2012).

Algumas medicações, apesar de autorizadas, não são recomendadas no controle da agitação psicomotora. O uso da clorpromazina associa-se a risco cardiotoxico e sua apresentação injetável tem distribuição errática (Rocca, Villari, & Bogettp, 2006; Schleifer, 2011). O uso do BDZ diazepam ou de medicações de depósito não é recomendado pelo risco de absorção errática e pouca eficácia em situação de crise, tendo em vista seu efeito em longo prazo (Chang et al., 2012). Dessa forma, os APs são considerados as medicações de primeira escolha (Boarati et al., 2012), sendo os BDZs reservados aos casos refratários e de difícil controle devido ao risco-benefício não ser muito favorável (Birmaher, 2009).

Após o adolescente estar tranquilo e clinicamente estável, o profissional deve, a partir da coleta de informações do paciente, de familiares e acompanhantes, estabelecer a hipótese diagnóstica mais provável e iniciar tratamento específico. Ele deve inquirir diretamente o adolescente sobre ideação homicida, pensamentos ou planos de violência, bem como investigar declarações ambíguas ou ambivalentes, estressores psicossociais passados e atuais e acesso a armas (Chang et al., 2012).

A Vinheta Clínica 12.3 ilustra um paciente com comportamento agressivo no nível 2, portanto, sem necessidade de contenção física. No entanto, o fato de chutar a lixeira e esmurrar a porta serve de alerta a uma possível escalada do comportamento agressivo. Assim, apesar da opção de contenção farmacológica estar indicada, houve melhora da agitação quando o entrevistador verificou que a presença das acompanhantes aumentava a agressividade do adolescente, solicitando que saíssem para, assim, seguir a avaliação com o paciente. A sós, o profissional procedeu à validação emocional da raiva do adolescente ao mesmo tempo que estabeleceu as regras do local.

VINHETA CLÍNICA 12.3

Um adolescente de 14 anos, sexo masculino, vem trazido ao CAPS pela mãe, pela diretora da escola e por uma funcionária do Conselho Tutelar. Não apresentava sintomas até seis meses antes, quando começou a envolver-se em brigas na escola, não realizar atividades em sala de aula, desacatar o professor e não obedecer aos pais. Quando questionado sobre o que estava sentindo e o que pensava, ele relata que só briga para provar que é “tão durão” quanto os demais e que não obedece ao professor porque “ele não é ninguém para dizer o que fazer”. Durante a consulta, fica cada vez mais exaltado, levanta-se da cadeira, anda vagarosamente de um lado para o outro e sorri ironicamente quando as acompanhantes relatam as dificuldades que apresenta. Quando convidado a sentar-se novamente, recusa, dizendo-se “sossegado”. Relata ainda que não está preocupado com suas notas e quer que seus pais “deem um tempo” e o deixem curtir sua juventude. Após dizer isso e observar a atitude reprovadora da mãe, o

adolescente não responde mais às perguntas, começa a andar de um lado a outro, com os punhos cerrados, respiração ofegante e sudorese facial. Com o prosseguir da consulta, quando a diretora relata um fato de desacato ao fiscal do pátio da escola, o adolescente chuta a lixeira da sala, esmurra a porta e grita alto que o fiscal “escutou o que merecia, pois é um fofoqueiro e um zero à esquerda”.

Nesse momento, o entrevistador solicita que as acompanhantes se retirem da sala por considerar que o comportamento agressivo do adolescente se intensificou após o olhar de reprovação da mãe e o relato da diretora. Sozinhos na sala, o avaliador argumenta que compreende o motivo de o adolescente estar bastante irritado, pois se sente incompreendido pela mãe e provavelmente perseguido pela diretora e que, em uma condição como essa, em geral as pessoas se sentem sozinhas e têm a necessidade de se defender, já que acreditam que estão constantemente sendo atacadas. O entrevistador ressalta que está ali para ajudá-lo e que gostaria de ouvir sua versão dos fatos com calma, mas que no local onde estão é necessário que falem em tom de voz baixo, pois outras pessoas estão em atendimento. Tendo em vista a possibilidade de haver uma progressão no quadro de agitação/agressividade, é oferecida ao adolescente uma medicação para se acalmar, que ele recusa, afirmando que irá se acalmar. Sendo assim, o entrevistador pede que conte os motivos que o levaram a tais comportamentos. O paciente relata que está com diversos problemas em casa e na escola e que não recebe apoio de ninguém, apenas cobranças.

Ao identificar a origem da raiva – pressão e falta de apoio –, é possível conduzir a técnica de solução de problemas de modo que o adolescente identifique as dificuldades em cada ambiente e implemente uma possível solução em cada um deles. Em uma análise mais profunda, o avaliador identifica as necessidades não supridas do paciente e trabalha com ele estratégias para comunicá-las sem o uso de comportamento agressivo. Por fim, usa-se a técnica da tomada de perspectiva, de modo que o paciente possa entender os motivos que levam os pais a tratá-lo da maneira atual.

A tendência à discussão e à oposição, características da fase do desenvolvimento (ver Cap. 7), pode ser um desafio adicional na avaliação de quadros de agitação e/ou agressividade. A experiência clínica indica que três aspectos tendem a auxiliar na diferenciação de presença de um transtorno mental de base para o comportamento agressivo. O primeiro refere-se à presença de um desencadeador situacional que justifique a reação do adolescente. O segundo ponto a ser investigado é o momento atual de vida e o contexto em que o adolescente está inserido como desencadeadores de agressividade. Por fim, o terceiro ponto é o nível de agressividade exibido. Nesse sentido, mesmo que o desencadeador e o contexto justifiquem a agressividade, quando seu nível ameaça a segurança do ambiente, do adolescente ou das pessoas próximas, a contenção deverá ser utilizada para garantir a segurança do paciente e dos que o rodeiam, independentemente da presença de um transtorno mental ou não. A Figura 12.2 apresenta o fluxograma de manejo do adolescente agitado/agressivo.

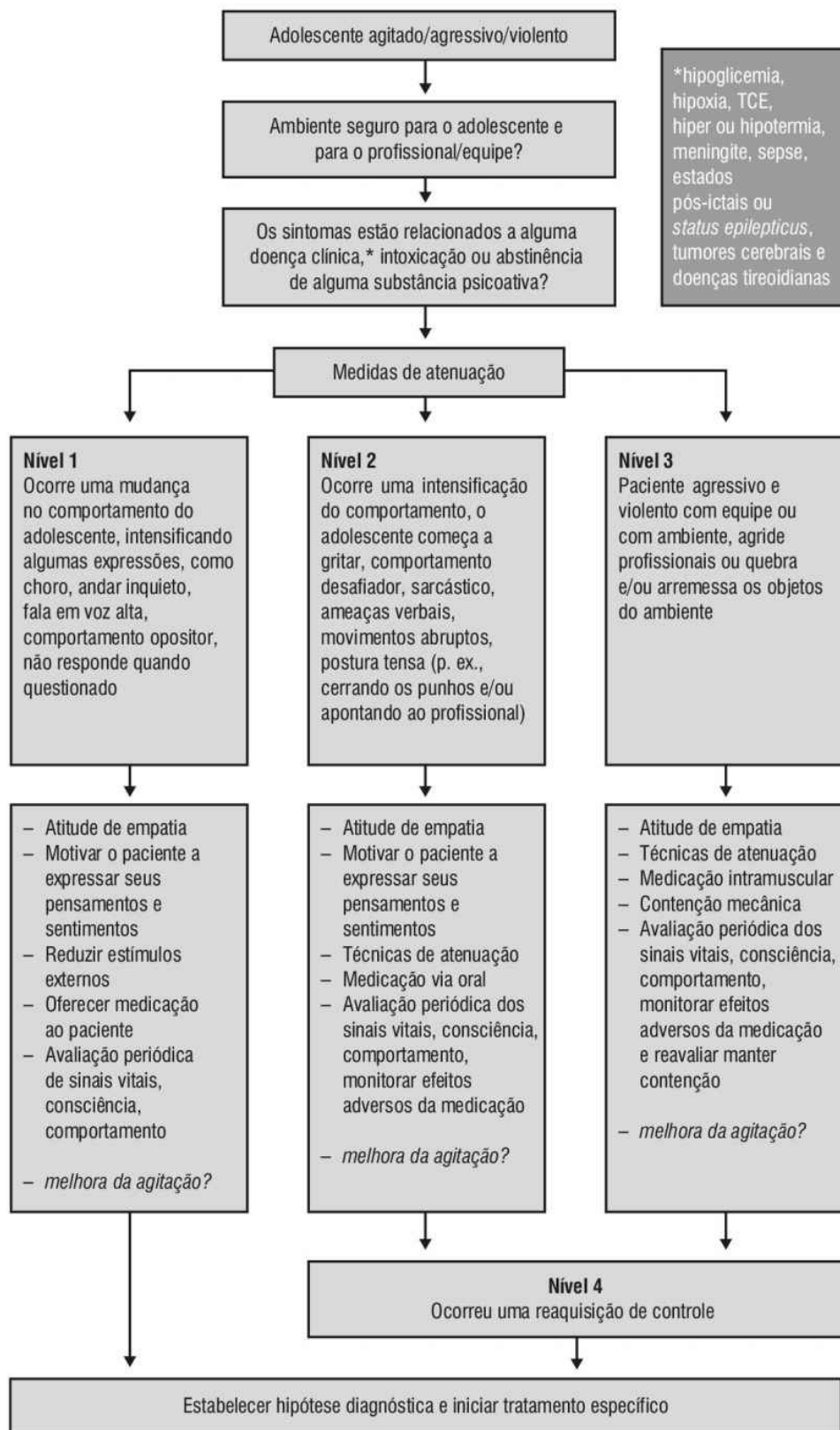


Figura 12.2

O ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

O adolescente com comportamento suicida é um grande desafio ao profissional, sendo um importante problema social e de saúde no Brasil e no mundo (Liu, 2004). Em todos os países, o suicídio é menos frequente antes dos 15 anos, com sua incidência aumentando no final da adolescência (Shaffer & Fischer, 1981). A maioria dos adolescentes que cometeram suicídio apresentava doenças psiquiátricas (Barbe et al., 2005; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003; Liu et al., 2006), como depressão, transtorno bipolar, transtornos alimentares, psicoses, transtornos da personalidade, transtornos da conduta e transtorno da identidade de gênero (Barnes, Eisenberg, & Resnick, 2010; Caetano et al., 2006; Fenning & Hadas, 2010; Goldstein et al., 2009; Stubbe, 2008). Comportamento impulsivo-agressivo, definido como “. . . uma tendência de resposta à provocação e frustração com hostilidade e agressividade”, é comumente encontrado nesses pacientes (Brent, 2009, p. 1087).

O suicídio hoje é responsável por 12% das mortes na adolescência (Sadock & Sadock, 2009). No Brasil, estima-se que cerca de 730 adolescentes ao ano morram por suicídio (Souza, 2010), sendo que 50 a 80% não procuram ajuda profissional após uma tentativa (Meleiro, Teng, & Wang, 2004). A forma mais comum de comportamento suicida é o ato de se cortar. Os tipos de atos autoagressivos, porém, podem variar de acordo com aspectos culturais, ambientais, étnicos, de gênero e socioeconômicos, podendo também se apresentar como *overdose* de drogas, autoenvenenamento, choques elétricos, salto de locais altos, disparo de arma de fogo e enforcamento (Greydanus & Shek, 2009).

Stubbe (2008) ressalta que, em estudo realizado nos países desenvolvidos da Europa, o suicídio foi indicado como a terceira causa de morte entre 14 e 18 anos, e a décima segunda até os 13 anos. Em estudo com estudantes do ensino médio desses países, 19% consideraram seriamente o suicídio como solução para seus problemas; quase 15% relataram plano específico para

realizá-lo; 9% citaram pelo menos uma tentativa e 2,6% realizaram pelo menos uma tentativa séria do ponto de vista médico.

Embora a influência do sexo pareça ser inconclusiva (Barbe et al., 2005; Liu et al., 2006), adolescentes do sexo feminino tentam suicídio com mais frequência do que os do masculino, porém estes últimos têm maior êxito em suas tentativas. Apesar de o ato de se cortar ser a forma mais comum de tentativa de suicídio, a consumação ocorre mais repetidamente por uso de armas de fogo, seguido de enforcamento pelos meninos e intoxicação medicamentosa e afogamento pelas meninas (Sadock & Sadock, 2009). O suicídio ocorre em diversas patologias, no entanto, 70% dos adolescentes que pensaram ou planejaram e 40 a 80% dos que cometeram suicídio o fizeram durante episódio depressivo (Barbe et al., 2005). Os fatores de risco de comportamento suicida na adolescência envolvem: abuso físico na infância, violência sexual, abuso de substâncias psicoativas, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), história familiar positiva para suicídio, comportamento agressivo e/ou impulsivo, transtorno depressivo (Boronat, Lima-Nogueira, & Fu-I, 2012), tentativas anteriores de suicídio, internamento psiquiátrico recente, transtorno da identidade de gênero e/ou ser identificado como lésbicas, *gays*, bissexuais ou transexuais e sofrer discriminação devido à orientação sexual (Chun et al., 2015).

Alguns pacientes adolescentes podem relatar ideações e/ou tentativas de suicídio diretamente; no entanto, muitos ocultam essa informação. Nesse sentido, ao receber um adolescente em crise, é importante atentar a comportamentos indicativos de ideação suicida: sintomas de labilidade do humor, abuso de substâncias, intoxicação aguda, acidente de carro estando sozinho, ferimentos autoinflingidos ou decorrentes de acidentes com arma de fogo e quedas de alturas significativas (Chun et al., 2015).

Adolescentes podem ter ideias de sumir ou de acabar com o sofrimento com mais frequência que adultos. Pensamentos catastróficos são típicos da fase, e a subsequente desesperança pode estar presente em adolescentes sem transtornos mentais (ver Cap. 7). Cabe ressaltar, portanto, que alguns fatores de risco podem predizer o grau de gravidade dos comportamentos suicidas: presença de doença psiquiátrica, sintomas psiquiátricos específicos (ansiedade, desesperança, impulsividade), tentativas anteriores de suicídio,

abuso físico e/ou sexual na infância, estressores psicossociais, comorbidades físicas e história familiar de suicídio em parentes próximos (Schmitt, Quevedo, & Kapczinski, 2008). Além disso, a combinação de ideação suicida, planos concretos e tentativas anteriores molda, em geral, o grau de gravidade dos comportamentos suicidas (Pfeffer, 1995).

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Inicialmente, visando a estabilização do quadro clínico, a experiência clínica indica a necessidade de um ambiente propício para a avaliação, de preferência uma sala reservada, calma, silenciosa, que proporcione maior abertura do adolescente, motivando-o ao atendimento. Nesse momento, devem-se excluir possíveis agentes agressores (facas, objetos pontiagudos, armas de fogo, recipientes contendo solventes) que possam colocar em risco a vida do adolescente, bem como sua integridade física e a da própria equipe. Em certas situações, o paciente deverá ser medicado caso esteja agitado/agressivo, até o risco de nova tentativa de suicídio ser eliminado. Se ele apresentar ferimento ou condição clínica que cause risco a sua integridade (p. ex., ferimento, sangramento externo ou interno podendo levar a choque hipovolêmico, obstrução de vias aéreas, trauma ortopédico com fraturas, estado de coma ou piora do nível de consciência), a avaliação de um pediatra ou cirurgião pediátrico deverá ser solicitada.

Após a estabilização clínica, uma avaliação pormenorizada deverá ser realizada no sentido de entender causas e objetivos do comportamento suicida, o real entendimento do adolescente sobre seu comportamento e possíveis etiologias relacionadas. É fundamental perguntar diretamente sobre ideação e comportamento suicida. O questionamento socrático pode ser utilizado para avaliar os pensamentos que apresentava imediatamente antes do comportamento, assim como avaliar a presença de desesperança, impulsividade e falta de habilidades sociais por meio de técnicas cognitivo-comportamentais. Questionar a intenção, os pensamentos e os planos ajuda no alívio da ansiedade do adolescente, no acolhimento e na vinculação terapêutica (Boronat et al., 2012). É importante verificar estressores psicossociais recentes, como conflitos familiares, rompimento de namoro, *bullying*, dificuldades acadêmicas, ações disciplinares e problemas legais que

podem precipitar comportamento suicida. Também se deve identificar um adulto responsivo a quem o adolescente possa recorrer quando tiver pensamentos suicidas (Chun et al., 2015).

Com uma anamnese bem conduzida e o exame do estado mental, o entrevistador poderá levantar alguma hipótese diagnóstica sobre a patologia de base que culminou no comportamento suicida. Nesse momento, também será avaliada a possibilidade de alguma causa orgânica justificar o - comportamento suicida (como tumores cerebrais). Havendo suspeita ou confirmação dessa correlação com doença orgânica, deverá ser solicitada avaliação pediátrica ou de outra especialidade médica mais indicada.

Além desses aspectos, a abordagem do adolescente suicida tem de abranger as razões que motivaram o comportamento suicida, bem como os motivos para viver. Verificar onde estava e o que fazia imediatamente antes da tentativa; se a tentativa foi planejada ou impulsiva; se ele fez algo para evitar que descobrissem a tentativa; e o que esperava como resultado da tentativa. Esta última questão é importante na medida em que adolescentes têm pobre julgamento quanto à periculosidade de suas ações (Chun et al., 2015).

Os pacientes podem negar que o comportamento tenha sido uma tentativa de suicídio e relatar que “fizeram sem pensar” ou que estavam apenas tentando bloquear emoções negativas. No entanto, é preciso investigar sinais de ambiguidade ou ambivalência. Por exemplo, em caso de *overdose*, pode-se questionar se o paciente refletiu sobre a segurança da quantidade ingerida antes de fazer o uso: “houve alguma parte de você que pensou que sua vida poderia estar em perigo? E alguma parte de você teria se importado se não acordasse após o uso da droga?”. Se o paciente reconhece alguma ambivalência, prossegue-se o questionamento sobre sua parte que não se importaria em não acordar e sobre como deu seguimento à ingestão apesar da consciência de letalidade potencial. Postagens em redes sociais e declarações a familiares e amigos indicativas de ideação suicida também devem ser consideradas (Chun et al., 2015).

A avaliação com a família deve investigar sinais recentes, sintomas de estresse e detalhes de eventos que podem ter levado ao episódio suicida. Averiguar o acesso a formas letais, o nível de conhecimento do cuidador e

sua preocupação com a segurança e o bem-estar do paciente, o nível de abertura do cuidador ao atendimento psiquiátrico e quaisquer barreiras que possam interferir no tratamento. Por fim, investigar sobre potencialidades do paciente e da família de modo que sejam o ponto de partida da intervenção (Chun et al., 2015). O processo de avaliação visa quantificar e avaliar o risco de novo comportamento suicida a fim de instruir adequada conduta terapêutica (Pfeffer, 1995).

QUADRO 12.4 PARÂMETROS PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE COMPORTAMENTO SUICIDA

PARÂMETRO	ALTO RISCO	BAIXO RISCO
Circunstâncias do comportamento suicida	Sozinho Planejado Métodos letais	Próximo a alguém Não planejado Métodos de baixa letalidade
Intenção de morrer	Alta	Baixa
Psicopatologia	Presente e grave	Ausente ou leve
Mecanismos de enfrentamento	Fraco julgamento Fraco controle de impulsos Alta desesperança Alta impotência	Bom julgamento Bom controle de impulsos Baixa desesperança Baixa impotência
Comunicação	Fraca ou ambivalente	Boa, clara
Apoio familiar	Inconsistente	Consistente
Estresse ambiental	Alto	Baixo

Fonte: Adaptado de Pfeffer (1995).

Após a estabilização do quadro clínico, a exclusão de causa orgânica e o estabelecimento da hipótese diagnóstica e feita a avaliação de risco para novo comportamento suicida, o paciente será encaminhado para dar continuidade ao tratamento (Mavrogiorgou, Brüne, & Juckel, 2011). A abordagem da

equipe envolve a avaliação inicial, o uso de farmacoterapia (carbonato de lítio e APs têm apresentado efeito protetor para prevenção de suicídio) (Cipriani, Pretty, Hawton, & Geddes 2005; Müller-Oerlinghausen & Lewitzka, 2010), a abordagem medicamentosa para a doença de base (antidepressivos, estabilizadores do humor, APs) e a psicoterapia, sendo a TCC a que tem apresentado maior eficácia (Sadock & Sadock, 2009). Buzan e Weissber (1992) ressaltam que a alta só deverá ocorrer se o clínico avaliar que o paciente se encontra:

- 1** Sem risco iminente de suicídio
- 2** Sem instabilidade clínica
- 3** Com compromisso de retornar à emergência se ocorrer nova tentativa
- 4** Com meios letais potenciais eliminados
- 5** Com encaminhamento para tratamento psiquiátrico
- 6** Com proposta de recursos sociais de suporte na alta

Além disso, acompanhamento psicoterápico é fortemente indicado (Stanley, Brown, Karlin, Kemp, & VonBergen, 2008).

A intervenção com o adolescente suicida começa pela psicoeducação com a família a fim de esclarecer a severidade do quadro e a necessidade de engajamento no tratamento. Reforça-se a noção de que o risco de suicídio segue aumentado nos meses subsequentes à tentativa. Devido à natureza impulsiva das tentativas de suicídio em adolescentes, a família precisa manter um ambiente seguro, para que recursos para o suicídio não estejam disponíveis. Com o adolescente, é necessário instaurar a esperança, discutindo motivos para viver e planejamento do futuro (Chun et al., 2015). Intervenções que aumentem as atividades prazerosas e o peso das razões para viver na balança decisória são fundamentais (ver Cap. 3).

Apesar de a assinatura de um “pacto antissuicídio” com o paciente não ter se mostrado garantia de prevenção de suicídio subsequente (Chun et al., 2015), o uso de um plano de segurança tem sido recomendado adicionalmente às ações já mencionadas (Stanley et al., 2008). Esse plano consiste, em linhas gerais, em nove passos a serem seguidos pelo paciente caso tenha ideias de se machucar. Vale ressaltar que o plano precisa ser

preenchido pelo terapeuta junto com o paciente e que cada passo tem de ser discutido e esclarecido. O Quadro 12.5 resume os passos.

QUADRO 12.5 PLANO DE SEGURANÇA A SER TRABALHADO E ENTREGUE AO PACIENTE

Instrução:

Se você tiver ideias de se machucar, comece pelo Passo 1. Siga cada passo até que você esteja seguro.

Lembre-se:

- 1) Pensamentos suicidas podem ser muito fortes e pode parecer que durarão para sempre.
- 2) Com ajuda e tempo, estes pensamentos sempre passam.
- 3) Quando eles passarem você pode investir energia para solucionar os problemas que contribuíram para que você se sentisse tão mal.
- 4) A desesperança que você sente neste momento não durará para sempre.
- 5) É importante que você alcance ajuda e suporte.
- 6) Você pode superar este momento difícil.
- 7) Como pode ser difícil ter foco e pensar claramente quando você tem pensamentos suicidas, por favor faça cópias deste plano e o coloque em lugares que você possa facilmente encontrar como sua bolsa, carteira ou do lado do telefone.

1. Fazer as seguintes atividades para me acalmar/confortar	1. 2. 3.
2. Lembrar das minhas razões para viver	1. 2. 3.
3. Telefonar para um amigo ou membro da família	Nome: Telefone:
4. Telefonar para outra pessoa que possa me ajudar caso não encontre a de cima	Nome: Telefone:
5. Telefonar para meu psicólogo/psiquiatra	Nome: Telefone:
6. Telefonar para o CVV – Centro de Valorização à Vida	Telefone: 141 Telefone: Telefone:

7. Ir a um lugar onde eu esteja seguro	1. 2. 3.
8. Ir para o Serviço de Urgência do hospital mais próximo	Listar hospitais com serviço de urgência próximos à casa, ao trabalho e aos locais que o paciente comumente frequenta.
9. Se eu sentir que não posso chegar ao hospital com segurança, telefonar para requerer transporte para o hospital. Eles vão enviar alguém para me transportar em segurança.	Telefone: 192

Fonte: Adaptado por Ana Irene Fonseca Mendes para uso nos atendimentos do LaPICC-USP do original de Stanley e colaboradores (2008).

O caso apresentado na Vinheta Clínica 12.4 revela um prognóstico reservado, considerando as tentativas de suicídio anteriores, o planejamento da tentativa atual, a desesperança da paciente, bem como o nível de convicção quanto ao desejo de morrer. Devido a esses fatores, a recomendação foi internação, que deve abordar um plano de segurança com a família, a identificação dos sinais da adolescente quanto à iminência de nova tentativa, bem como a aproximação entre os pais e a filha, considerando que o distanciamento afetivo foi uma das causas indicadas para a motivação suicida. Discutiu-se amplamente sobre as situações de *bullying*, e um plano de intervenção foi delineado para tanto (Fig. 12.3).

VINHETA CLÍNICA 12.4

Adolescente de 13 anos, sexo feminino, vem à consulta acompanhada pelos pais. No início da sessão, afirma: “não vai adiantar nada esta conversa, eu não vou mudar de ideia”. Muito ansiosa e chorosa, a mãe diz que encontrou a filha pendurando uma corda na garagem de casa para se enforcar. A adolescente afirma que iria se enforcar, fala que “a vida não vale mais a pena”, “Não é a primeira vez que tento e uma hora eu consigo”. A mãe confirma dois episódios prévios de tentativa de suicídio, sendo o primeiro

com uso abusivo de antidepressivos da própria mãe e, o segundo, tentando cortar os pulsos com faca. A adolescente relata que vem planejando o enforcamento há alguns dias, e apenas algumas amigas da escola sabiam. Conta que não tem medo de morrer. Nega alucinações e delírios, bem como uso de álcool e substâncias psicoativas.

Questionada sobre os motivos que a levaram a tentar se matar, relata sofrer *bullying* na escola há alguns anos. Diz já ter feito de tudo para que o *bullying* parasse, mas que não obteve sucesso. Recentemente, passou a sofrer também *ciberbullying*, aumentando seu desespero e a vontade de morrer. Revela, ainda, que “meus pais são ausentes e nunca se importaram de fato comigo”. Considerando a severidade da ideação suicida, é internada. Uma vez internada, a intervenção psicoterapêutica aborda os motivos que a levaram a querer morrer, bem como os motivos para viver. A adolescente relata que a vida não vale a pena, pois nunca foi feliz: “a vida é só acordar, ir pra escola e ser piada para os outros”. Quanto aos motivos para viver, revela que se preocupa com a avó, a quem ama muito, e com a cachorrinha, pois certamente a mãe daria fim a ela.

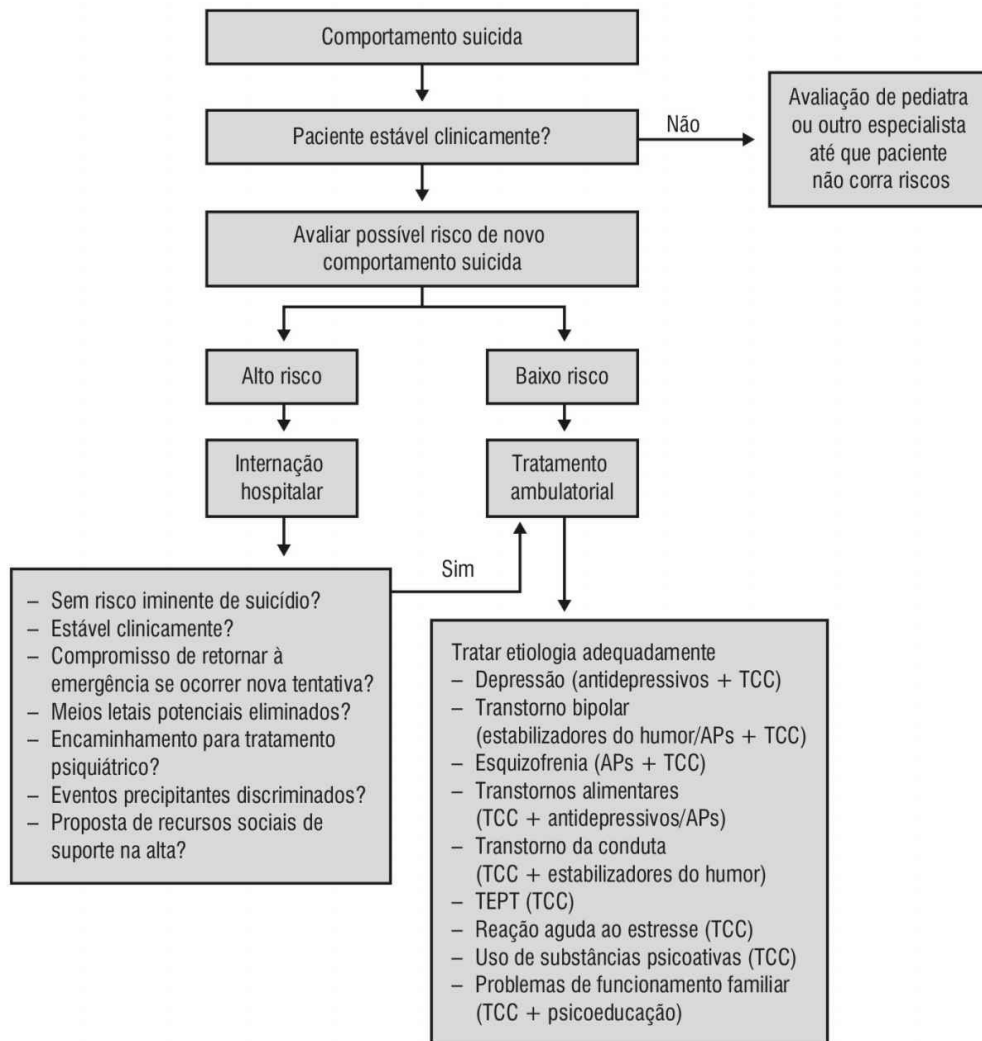


Figura 12.3

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A ADOLESCENTE SUICIDA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com adolescentes é desafiador dadas as inúmeras mudanças pelas quais passam nessa fase do desenvolvimento. Ao receber adolescentes em situações de crise, como as discutidas neste capítulo (adolescentes psicóticos, agressivos e suicidas), é preciso ter clareza e segurança quanto às ações a empreender. Além disso, manter um equilíbrio entre a validação das emoções e do sofrimento do adolescente e os limites a ser estabelecidos para que a intervenção possa ser levada a efeito tem se mostrado fundamental. Soma-se a isso o perfil desafiador e austero dos adolescentes, que leva muitos pais a

perderem a conexão com os filhos e, portanto, limita as possibilidades de ajuda, bem como a reação do avaliador ante os comportamentos do adolescente em situações-limite, como as que se apresentam em serviços de emergência. Assim, o trabalho conjunto entre psiquiatria e psicologia aumenta as possibilidades de sucesso terapêutico.

A abordagem multidisciplinar entre psiquiatria e psicologia, mesmo sendo amplamente estudada e incentivada para o tratamento de etiologias como depressão, ansiedade, esquizofrenia, dentre outras, apresenta escassez de dados científicos no que tange a quadros na emergência psiquiátrica. Apesar disso, os serviços de saúde que atendem essa demanda tendem a estruturar o ambiente e a equipe multiprofissional a fim de fornecer ao paciente essa abordagem terapêutica. Um ponto importante a observar é que o adolescente pode exigir, dos profissionais, habilidades para resolução de problemas que podem não ocorrer no atendimento à população de outras faixas etárias. Para tanto, o entendimento e o diálogo entre os membros da equipe devem ser refinados, contemplando as necessidades do adolescente, não havendo prevalência de opiniões e posturas, visando favorecer a percepção por parte do adolescente de que a equipe se encontra integrada e coesa, movendo-se conjuntamente para melhor atendê-lo. A criação dessas equipes deve ser encorajada pelos gestores da saúde, não apenas envolvendo diversas profissões, mas também interligando os vários *settings* de tratamento disponíveis, como CAPSi, ambulatório de saúde mental, equipes de unidade de saúde de família, pronto-socorro e hospitais.

Outro ponto que merece atenção refere-se ao papel da orientação de professores no processo de tratamento de adolescentes em emergências psiquiátricas. A escassez de literatura para orientar tais condutas pode gerar no clínico a dúvida sobre o papel da escola e dos professores na avaliação e no manejo clínico desse tipo de demanda. Um desafio adicional é o fato de, em nossa realidade cultural, os adolescentes conviverem em seu cotidiano com diversos professores, o que pode dificultar a orientação de professores, uma vez que um aluno pode ter, em uma semana, de 8 a 12 professores diferentes. Também deve-se ressaltar que, em muitos casos, a família e/ou o adolescente não se sentem confortáveis com a inserção da escola no processo

de avaliação e tratamento. A discussão e o contrato com o adolescente e a família em relação ao envolvimento da escola são prementes nesses casos.

À guisa desses desafios, a prática clínica dos autores sugere que professores e escola atuem em um duplo papel nos desafios clínicos descritos neste capítulo, desde que com a anuência da família e do adolescente. Cabe ao terapeuta psicoeducar os professores sobre o tipo de demanda, tanto no sentido de auxiliá-los a lidar com situações inesperadas quanto para o manejo de situações de *bullying* que possam ocorrer com o adolescente. Na realidade de risco social, a escola pode assumir também o papel de identificar os primeiros sinais de recaída, como um suporte à família e ao adolescente.

A escassa literatura sobre intervenção com adolescentes em emergências psiquiátricas não se resume, no entanto, à orientação a professores e escola. Outros aspectos merecem reflexão. Apesar da compreensão de que adolescentes têm fisiologia e demandas diferentes das demais faixas etárias do ponto de vista orgânico e psicológico, a escassez de estudos sobre essas peculiaridades compele os clínicos a generalizar o tratamento instituído. Isso ocorre ao se tratar adolescentes como “crianças maiores” ou “adultos menores”, negligenciando seu inerente funcionamento orgânico e psicológico, bem como suas necessidades e capacidades.

Um fato a considerar, além das alterações hormonais já bastante citadas na literatura, é que os adolescentes ainda apresentam ativas algumas fases do neurodesenvolvimento, como neurogênese, diferenciação neuronal e mielinização, sinaptogênese e eliminação competitiva de algumas sinapses. Esta última, também conhecida como refinamento das conexões, ou *pruning*, se dá sobretudo na adolescência e implica retração e eliminação de conexões neuronais excedentes. Esse processo ocorre em graus variados de acordo com a área cerebral, sendo o córtex frontal, região responsável pelo controle dos impulsos e comportamento, o planejamento, a percepção e o pensamento, tardiamente acometido, em geral na passagem da adolescência para a idade adulta (Higgins & George, 2010). Pode parecer contraditório, mas o processo de amadurecimento neuronal vivido na adolescência deve-se ao refinamento e à redução neuronal, e não ao crescimento. Evidências intrigantes como essa permanecem com pouca correlação entre os achados

laboratoriais e a sintomatologia clínica, sendo seus impactos para o tratamento de adolescentes ainda desconhecidos.

REFERÊNCIAS

- Agostinho, F. R., Tamai, S., Silva, A. G., & Shirakawa, I. (2015). Tratamento farmacológico da esquizofrenia: Antipsicóticos de primeira geração. In A. E. Nardi, J. Quevedo, & A. G. Silva. *Esquizofrenia: Teoria e clínica* (pp. 129-146). Porto Alegre: Artmed.
- Alvarez-Jimenez, M., Priede, A., Hetrick, S. E., Bendall, S., Killackey, E., Parker, A. G., . . . Gleeson, J. F. (2012). Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 139(1-3), 116-128. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.007>
- American Academy of Pediatrics [AAP], American College of Emergency Physicians [ACEP], Dolan, M. A., & Mace, S. E. (2006). Pediatric mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*, 118(4), 1764-1767. doi: 10.1542/peds.2006-1925
- Amler, H. A., Teerenhovi, L., & Barth, E. (1977). Agranulocytosis in patients treated with clozapine: A study of Finnish epidemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 56(4), 241-248. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1977.tb00224.x>
- Ban, T. A. (2007). Fifty years chlorpromazine: A historical perspective. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 3(4), 495-500. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655089/>
- Barbe, R. P., Williamson, D. E., Bridge, J. A., Birmaher, B., Dahl, R. E., Axelson, D. A., & Ryan, N. D. (2005). Clinical differences between suicidal and nonsuicidal depressed children and adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 492-498. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v66n0412>
- Barnes, A. J., Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2010). Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*, 125(5), 889-895. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2009-1814>
- Barry, T. D., & Lochman, J. E. (2004). Aggression in adolescents: Strategies for parents and educators. *National Association of School Psychologists: Helping Children at Home and School II: Handouts for Families and Educators*, (Suppl 4), 1-4.
- Birmaher, B. (2009). Ferramentas para tratar o transtorno bipolar: Tratamentos biológicos. In B. Birmaher, *Crianças e adolescentes com transtorno bipolar* (pp. 113-163). Porto Alegre: Artmed.
- Boarati, M. A., Andrade, E. R., & Maia, A. P. F. (2012). Tratamentos farmacológicos. In G. V. Polanczyk, & M. T. M. R. Lamberte, *Psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 365-383). Barueri: Manole.
- Boronat, A., Lima-Nogueira, G., & Fu-I, L. (2012). Autolesão deliberada e suicídio. In G. V. Polanczyk, & T. M. R. Lamberte, *Psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 174-182). Barueri: Manole.
- Brent, D. (2009). In search of endophenotypes for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1087-1089. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081131>

- Bressan R. A., Costa D. C., Jones H. M., Ell P. J., Pilowsky, L. S. (2002). Typical antipsychotic drugs – D2 receptor blockade and depressive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 56, 31-36.
- Browning, S., Corrigall, R., Garety, P., Emsley, R., & Jolley, S. (2013). Psychological interventions for adolescent psychosis: A pilot controlled trial in routine care. *European Psychiatry*, 28(7), 423-426. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.05.008>
- Buzan, R., & Weissber, M. (1992). Suicide: Risk factors and therapeutic considerations in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 10(3), 335-343. doi: 10.1016/0736-4679(92)90340-Y
- Caetano, S. C., Olvera, R. L., Hunter, K., Hatch, J. P., Najt, P., Bowden, C., . . . Soares, J. C. (2006). Association of psychosis with suicidality in pediatric bipolar I, II and bipolar nos patients. *Journal of Affective Disorders*, 91(1), 33-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.008>
- Caldieraro, M. A., Spode, A., & Fleck, A. P. A. (2008). Avaliação do paciente na emergência. In J. Quevedo, R. Schmitt, & F. Kapczinski, *Emergências psiquiátricas* (2. ed., pp. 17-48). Porto Alegre: Artmed.
- Castro-Fornieles, J., Parellada, M., Gonzalez-Pinto, A., Moreno, D., Graell, M., Baeza, I., . . . Arango, C. (2007). The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): Design and baseline results. *Schizophrenia Research*, 91(1-3), 226-237. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2006.12.004>
- Chang, T. M. M., Ribeiro, D. L. M., & Teng, C. T. (2012). Abordagem na emergência psiquiátrica. In O. V. Forlenza, & E. C. Mihuel, *Compêndio de clínica psiquiátrica* (pp. 611-621). Barueri: Manole.
- Chun, T. H., Katz, E. R., Duffy, S. J., & Gerson, R. S. (2015). Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 21-40. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2014.09.003>
- Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J. R. (2005). Lithium in prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1805-1019. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1805>
- Coentre, R., Levy, P., & Figueira, M. L. (2010). Intervenção precoce na psicose: Período pré-psicótico. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 1083-1090. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/742/419>
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0>
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 64-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00270.x>

- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., Holmqvist, R., Tomsmark, L., Elingfors, C., & Wieselgren, I. M. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: A 3-year follow-up of the Swedish 'Parachute Project' and two comparison groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 274-281. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00788.x
- Dalgallarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (2. ed., pp. 119-136). Porto Alegre: Artmed.
- Elkis, H., Gama, C., Suplicy, H., Tambascia, M., Bressan, R., Lyra, R., ... Minicucci, W. (2008). Consenso brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 77-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000100014>
- Elkis, H., Kayo, M., Louzã, M. R., & Curátolo, E. (2012). A esquizofrenia ao longo da vida. In O. V. Forlenza, & E. C. Miguel, *Compêndio de clínica psiquiátrica*. (pp. 276-295). Barueri: Manole.
- Elkis, H., & Louzã, M. R. (2007). Novos antipsicóticos para o tratamento da esquizofrenia. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(2), 193-197. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000800009>
- Fenning, S., & Hadas, H. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 32-39. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/08039480903265751>
- Findling, R. L., Robb, A., Nyilas, M., Forbes, R. A., Jin, N., Ivanova, S., . . . Carson, W. H. (2008). A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-controlled study of oral aripiprazole for treatment of adolescents with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1432-1441. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07061035>
- Franzin, R., Zugman, S., & Reis, A. H. (no prelo). *Tratamento combinado para esquizofrenia: Uma revisão da literatura*.
- Fu-I, L. (2009). Transtorno bipolar e manifestações psicóticas. In L. Fu-I, & M. A. Boarati (Org), *Transtorno bipolar na infância e adolescência: Aspectos clínicos e comorbidades* (pp. 70-82). Porto Alegre: Artmed.
- Gama, C. S., Lucena, D., Lobato, M. I., Abreu, P. B., Massuda, R., & Mendes Filho, V. A. (2015). Esquizofrenia. In A. V. Cordioli, C. B. Gallois, & L. Isolan, *Psicofármacos: Consulta rápida* (5. ed., pp. 516-525). Porto Alegre: Artmed.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Esposito-Smythers, C., . . . Keller, M. (2009). Family environment and suicidal ideation among bipolar youth. *Archives of suicide research*, 13(4), 378-388. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13811110903266699>
- Gomes, F. A., Giglio, L. M. F., Kunz, M., & Kapczinski, F. (2008). Agressividade e agitação psicomotora. In J. Quevedo, R. Schmitt, & F. Kapczinski, *Emergências psiquiátricas* (2. ed, pp. 109-123). Porto Alegre: Artmed.
- Goodman, R., & Scott, S. (2005). *Assessment in child psychiatry* (pp. 3-21). London: Blackwell Publishing.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M, & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
- Gothelf, D., Apter, A., Reidman, J., Brand-Gothelf, A., Bloch, Y., Gal, G., . . . Ratzoni, G. (2003). Olanzapine, risperidone and haloperidol in the treatment of adolescent patients with schizophrenia.

Journal of Neural Transmission, 110(5), 545-560. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00702-002-0803-7>

Granholm, E. L. P. D., McQuaid, J. R. P. D., McClure, F. S. P. D., Auslander, L. A. P. D., Perivoliotis, D., Pedrelli, P. M. A., . . . Jeste, D. V. P. D. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.520>

Greydanus, D. E., & Shek, D. (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, 58(3), 144-151. doi: 10.2302/kjm.58.144

Grunder, G., Hippirius, H., & Carlsson, A. (2009). The “atypicality” of antipsychotics: a concept reexamined and redefined. *Nature Reviews Drug Discovery*, 8(3), 197-202. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nrd2806>

Häfner, H., & Nowotny, B. (1995). Epidemiology of early-onset schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(2), 80-92. doi: 10.1007/bf02190734

Higgins, E. S., & George, M. S. (2010). *Neurociências para psiquiatria clínica: A fisiopatologia do comportamento e da doença mental* (pp. 99-106). Porto Alegre: Artmed.

Huf, G., Coutinho, E., Ferreira, M., Ferreira, S., Mello, F., & Adams, C. (2011). TREC-SAVE: A randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 12(1), 1-9. doi: 10.1186/1745-6215-12-180

Isolan, L., Kieling, C., Zeni, C. P., Conceição, T. V., & Pianca, T. G. (2015). Psicofármacos na infância e na adolescência. In A. V. Cordioli, C. B. Gallois, & L. Isolan, *Psicofármacos: Consulta rápida* (5. ed., pp. 620-634). Porto Alegre: Artmed.

Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W., Boter, H., Davidson, M., Vergouwe, Y., Keet, I. P. M., . . . Grobbee, D. E. (2008). Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: An open randomised clinical trial. *The Lancet*, 371(9618), 1085-1097. doi: 10.1016/s0140-6736(08)60486-9

Kane, J. M. (1997). What makes an antipsychotic ‘atypical’?: Should the definition be preserved? *CNS Drugs*, 7(5), 347-348. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-199707050-00002>

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717. doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709

Kryzhanovskaya, L., Schulz, S. C., McDougale, C., Frazier, J., Dittmann, R., Robertson-Plouch, C., . . . Carlson, J. (2009). Olanzapine versus placebo in adolescents with schizophrenia: A 6-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(1), 60-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181900404>

Kumra, S., Oberstar, J. V., Sikich, L., Findling, R. L., McClellan, J. M., Vinogradov, S., & Schulz, S. C. (2008). Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 60-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbm109>

Leucht, S., Coves, C., Arter D., Engel, R. R., Li, C., & Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first generation antipsychotic drugs for schizophrenia: A meta-analysis. *Lancet*, 373(9657), 31-41. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61764-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61764-X)

- Lieberman, J. A. (2004). Dopamine partial agonists: A new class of antipsychotic. *CNS Drugs*, 18(4), 251-267. doi: <http://dx.doi.org/10.2165/00023210-200418040-00005>
- Liu, X. (2004). Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*, 27(7), 1351-1358. Recuperado de <http://www.journalsleep.org/articles/270711.pdf>
- Liu, X., Gentzler, A. L., Tepper, P., Kiss, E., Kothencne, V. O., Tamás, Z., . . . Kovacs, M. (2006). Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(9), 1442. doi: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n0917>
- Louzã Neto, M. L., & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria básica* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Mantovani, C., Migon, M. N., Alheira, F. V., & Del-Ben, C. M. (2010). Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(supl. 2), S96-S103. doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2008). *Infância e psicopatologia* (8 ed., pp. 262-299). Porto Alegre: Artmed.
- Marsman, A., van den Heuvel, M. P., Klomp, D. W., Kahn, R. S., Luijten, P. R., & Pol, H. E. H. (2013). Glutamate in schizophrenia: a focused review and meta-analysis of 1H-MRS studies. *Schizophrenia Bulletin*, 39(1), 120-129. Recuperado de <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/39/1/120.short>
- Mavrogiorgou, P., Brüne, M., & Juckel, G. (2011). The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Arzteblatt International*, 108(13), 222-230. doi: 10.3238/arztebl.2011.0222
- McEvoy, J. P., Lieberman, J. A., Stroup, T. S., Davis, S. M., Meltzer, H. Y., Rosenheck, R. A., . . . Davis, C. E. (2006). Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 600-610. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585434%20>
- Meleiro, A., Teng, C. T., & Wang, Y. P. (2004). *Suicídio: Estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma.
- Meltzer, H. Y. & Okayli, G. (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic resistant schizophrenia: impact in risk benefit assesment. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 183-190. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.2.183>
- Moore, G., & Pfaff, J. A. (2011). Assessment and management of the acutely agitated or violent adult. *UpToDate*. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/assessment-and-emergency-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>
- Moriyama, T. S., Melcop, A. C., Ribeiro, T. C., & Bressan, R. A. (2012). Esquizofrenia e transtornos psicóticos na infância e adolescência. In G. V. Polancyk, & T. M. R. Lamberte. *Psiquiatria da infância e adolescência* (p. 211-221). Barueri: Manole.
- Müller-Oerlinghausen B., Lewitzka U. Lithium reduces pathological aggression and suicidality: A mini-review. *Neuropsychobiology*, 62(1), 43-49.
- Nardi, A. E., Quevedo, J., & Silva, A. G. (2015). Esquizofrenia na infância. In A. E. Nardi, & J. Quevedo. *Esquizofrenia: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

- Olfson, M., Blanco, C., Liu, L., Moreno, C., & Laje, G. (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 679-685. doi: 10.1001/archpsyc.63.6.679
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Lieberman, J. A., Bobo, W. V., & Crystal, S. (2012). Comparative effectiveness of second-generation antipsychotic medications in early-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 845-853. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbq172>
- Pantelis, C., Wannon, C., Bartholomeusz, C. F., Allott, K., & McGorry, P. D. (2015). Cognitive intervention in early psychosis – preserving abilities versus remediating deficits. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 4, 63-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.02.008>
- Patel, N. C., Crismon, M. L., Hoagwood, K., Johnsrud, M. T., Rascati, K. L., Wilson, J. P., & Jensen, P. S. (2005). Trends in the use of typical and atypical antipsychotics in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(6), 548-556. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000157543.74509.c8>
- Pfeffer, C. R. (1995). Tentativa de suicídio em crianças e adolescentes: Causas e manejo. In M. Lewis (Ed.), *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 677-685). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rocca, P., Villari, V., & Bogettp, F. (2006). Managing the aggressive and violent patient in the psychiatry emergency. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(4), 586-598. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.01.015>
- Rossi, J., Swan, M. C., & Isaacs, E. D. (2010). The violent or agitated patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 28(1), 235-256. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2009.10.006>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009). Transtornos do humor e suicídio em crianças e adolescentes. In B. J. Sadock, & V. A. Sadock, *Compêndio de psiquiatria*. (9 ed., pp. 1359-1367). Porto Alegre: Artmed.
- Schleifer, J. J. (2011). Management of acute agitation in psychosis: An evidence-based approach in the USA. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(2), 91-100. doi: 10.1192/apt.bp.109.007310
- Schmitt, R., Quevedo, J., & Kapczinski, F. (2008). Risco de suicídio. In J. Quevedo, R. Schmitt, & F. Kapczinski, *Emergências psiquiátricas* (2. ed., pp. 181-196). Porto Alegre: Artmed.
- Schmitt, R., & Tramontina, S. (2008). Emergências psiquiátricas em crianças e adolescentes. In J. Quevedo, R. Schmitt, & F. Kapczinski, *Emergências psiquiátricas* (2. ed., pp. 265-278). Porto Alegre: Artmed.
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., ... Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30, 388-404. Recuperado de <http://www.europsy.net/wp-content/uploads/2013/11/2.-EPA-Guidance-on-the-early-intervention-in-clinical-high-risk-states-of-psychoses.pdf>
- Scivoletto, S., Boarati, M. A., & Turkiewicz, G. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Supl. 2), S112-S120. Recuperado de <http://psiquiatr.iabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Urgencia-em-psiquiatria-infantil.pdf>
- Semper, T. F., & McClellan, J. M. (2003). The psychotic child. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(4), 679-691. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00039-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00039-7)

- Shaffer, D., & Fischer, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy Child Adolescents Psychiatry*, 20(3), 545-565. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61644-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61644-7)
- Shirakawa, I. (2000). Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. I), 56-58. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a19v22s1.pdf>
- Shirakawa, I., & Kaio, M. H. (2012). Esquizofrenia: Antipsicóticos atípicos. *Revista Brasileira de Medicina*, 69(2), 4-11. Recuperado de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5016
- Skalli, L., & Nicole, L. (2011). Programmes pour premiers épisodes psychotiques: Une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 37(Suppl. 1), S66-S76. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2010.08.004>
- Souza, F. (2010). Suicídio: Dimensão do problema e o que fazer. *Debates Psiquiatria Hoje*, 2(5), 6-8. Recuperado de <http://pravidaufc.webnode.com.br/products/suicidio%3A-dimens%C3%A3o-do-problema-e-o-que-fazer/>
- Stahl, S. M. (2010). *Psicofarmacologia: Bases neurocientíficas e aplicações práticas* (3. ed.). São Paulo: Guanabara Koogan.
- Stanley, B., Brown, G. K., Karlin, B., Kemp, E. J., & VonBergen, H. A. (2008). *Safety plan treatment manual to reduce suicide risk: Veteran version*. [S.I.]: Department of Veterans Affairs. Recuperado de http://www.mentalhealth.va.gov/docs/va_safety_planning_manual.pdf
- Stubbe, D. (2008). *Psiquiatria da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artmed.
- Swinson, N., Flynn, S. M., While, D., Roscoe, A., Kapur, N., Appleby, L., & Shaw, J. (2011). Trends in rates of mental illness in homicide perpetrators. *The British Journal of Psychiatry*, 198(6), 485-489. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085357>
- Tengan, S. K., & Maia, A. K. (2004). Psicoses funcionais na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 80 (2 Supl.), 3-10. doi: 10.1590/ S0021-75572004000300002
- Waddington, J., & O'Callaghan, E. (1997). What makes an antipsychotic 'atypical'? : Conserving the definition. *CNS Drugs*, 7(5), 341-346. doi: 10.2165/00023210-199707050-00001
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: Etiology and course. *Annual Review of Psychology*, 55, 401-430. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.55.090902.141950>



PARTE III

ASPECTOS SOCIOEMOCIONAIS E COTIDIANOS



DIGITALIDADE E TECNOLOGIA

ANDRÉ VERZONI

CAROLINA SARAIVA DE MACEDO LISBOA

O final do século XX e o início do século XXI foram caracterizados pelo desenvolvimento e disseminação das tecnologias digitais. Nesse novo contexto, encontram-se em evidência os computadores, *videogames*, celulares e, é claro, a internet. Os jovens da contemporaneidade, que participaram intensamente dessas mudanças tecnológicas, refletem em suas características o período específico da modernidade em que se desenvolveram. Entre as denominações ou designações atribuídas a essa geração que sempre conviveu com as tecnologias digitais, encontram-se termos como nativos digitais (Prensky, 2001) e geração Y (Alsop, 2008; Bauman, 2011; Howe & Strauss, 2000). A expressão “nativos digitais” fundamenta-se no fato de os jovens que nasceram entre o final do século XX e o início do século XXI falarem a linguagem digital de forma nativa e inerente. Para eles, a linguagem analógica é absolutamente secundária, ao contrário do que ocorreu com seus pais e avós. Estes se desenvolveram no contexto das tecnologias analógicas e tiveram que se adaptar e reaprender, o que levou essa geração a ser chamada de “imigrantes digitais”. Para os imigrantes digitais, o ambiente digital não é o seu lugar de origem, diferentemente do que acontece com os nativos digitais (Prensky, 2001). A partir das singularidades tecnológicas e digitais do ambiente no qual os jovens da geração Y se desenvolveram, podem ser observadas modificações nas formas de aprendizagem, assim como especificidades subjetivas e psíquicas.

Ainda não há um consenso entre pesquisadores e outros profissionais que atuam diretamente com adolescentes sobre como a subjetividade desses jovens está se constituindo, considerando-se as influências do contexto virtual. Nesse novo cenário, emergem diversos questionamentos a respeito de como se dá a formação e a consolidação da identidade, tarefa desenvolvimental essencial da adolescência (Desouza, Rodríguez, & Antoni, 2014; Rodríguez & Damásio, 2014). Em uma publicação recente, Matos

(2015a) compilou falas de adolescentes portugueses sobre temáticas contemporâneas. Ao observar o discurso desses jovens sobre seus amigos virtuais, percebe-se que, enquanto uns salientam que as amizades virtuais não substituem as amizades face a face (inclusive apontando riscos do contexto virtual), outros valorizam esse tipo de interação, salientando o quanto essas relações digitais podem ser permeadas pela criatividade e o fato de que permitem o contato mesmo quando existe distância geográfica. Alguns jovens referem, inclusive, o fascínio pelo alcance infinito do mundo virtual e salientam que um relacionamento afetivo pode ter início por intermédio dessas ferramentas.

Quando desafiados a apontar pontos negativos dessas interações virtuais, os adolescentes salientam que, ao utilizar as tecnologias digitais, os amigos podem mentir e enganar. Além disso, esses jovens portugueses referem a necessidade de *likes* (reforços positivos) dos amigos virtuais para condutas, ideias e outras situações vividas (Matos, 2015b). As falas desses indivíduos sugerem novas crenças acerca de relações interpessoais e da estabilidade/instabilidade de vínculos que ocasionarão novos comportamentos mediados por diferentes emoções. Nesse sentido, é importante reforçar que estão surgindo novas formas de pensar e novos comportamentos por parte dos adolescentes, sobretudo em função da influência da digitalidade, circunstância que desafia pais, professores e psicoterapeutas.

Essas colocações também remetem à importante influência do grupo de pares na adolescência (Desouza et al., 2014; Gardner & Steinberg, 2005; Tomé, 2015a, 2015b), que, atualmente, parece ganhar um “colorido” diferente. Se antes a aceitação passava sobretudo pelas roupas, linguagem e atividades compartilhadas por um grupo de iguais, com o qual se convivia na escola ou na vizinhança de casa, no contexto das tecnologias digitais a aceitação passa por *likes* de amigos virtuais. Esses amigos podem estar quase sempre *on-line* e são mais numerosos que aqueles com os quais se interage (ou, em épocas anteriores, se interagia) face a face. Mesmo que ainda não existam evidências científicas que possam elucidar se a influência do grupo de pares no contexto atual se dá de forma qualitativamente distinta em comparação a épocas em que havia menos influência da digitalidade e

tecnologia, já se evidencia, na clínica cognitivo-comportamental com adolescentes, relatos acerca de conflitos vinculados às interações virtuais. Esses conflitos se manifestam, sobretudo, na busca constante de aprovação e popularidade nas postagens, fotografias e compartilhamentos, circunstâncias que têm um impacto importante nas crenças e nos comportamentos dos jovens.

As falas dos adolescentes portugueses compiladas por Matos (2015) também salientam as suas percepções acerca das redes sociais. Todos os entrevistados entendem que é difícil, atualmente, não participar de redes sociais. Entretanto, muitos manifestaram preocupação com a dependência que pode ser ocasionada por essas redes. Em relação a esse risco, existem menções nas falas dos jovens quanto à importância dos pais como figuras que colocam limites e monitoram seu uso. Entretanto, essa tutela pode se tornar contraditória e apresentar dificuldades, uma vez que, na adolescência, os jovens devem constituir sua identidade e conquistar, aos poucos, uma autonomia em relação aos genitores (Desouza et al., 2014; Rodríguez & Damásio, 2014).

Conflitos e discussões entre pais e filhos são muito comuns nessa etapa desenvolvimental (Wagner, Falcke, Silveira, & Mosmann, 2002). Nesse sentido, a orientação dos psicoterapeutas cognitivo-comportamentais sustenta que os pais não devem entender o significado dos “ataques” dos filhos como agressão pessoal e intencionalmente direcionada, mas como parte desse processo de construção da identidade e crescimento. Orientações sobre os limites em relação aos comportamentos inadequados e de risco dos adolescentes também são igualmente relevantes e necessárias (Niquice, 2014). Nessa dinâmica, a digitalidade e a tecnologia se constituem em novos desafios tanto para os pais como para os filhos. Assim, como imigrantes digitais (Prensky, 2001), os genitores dos nativos digitais têm dificuldade de empatizar com sua prole. Nesse ponto, percebe-se um abismo entre as experiências digitais dos pais e dos filhos, o que leva a temores movidos por crenças distorcidas acerca dos malefícios da virtualidade e a subestimação do alcance da rede, consequências das crenças equivocadas causadas pela falta de conhecimento ou informação. Nesse sentido, além de superar as dificuldades geradas pelo tensionamento da comunicação entre pais e filhos

na adolescência (Wagner et al., 2005), os pais precisam se aproximar do mundo digital e se adaptar a ele. A supervisão e atenção dos cuidadores é, por exemplo, um importante fator de proteção contra casos de *cyberbullying* (Luna, 2013; Matos, 2015; Wendt & Lisboa, 2014).

Convém salientar que, dentro da temática da digitalidade e adolescência, nos deparamos com conceitos de geração e interinfluências que geram algumas dificuldades e soluções. As dificuldades residem nos estereótipos e reducionismos que são inerentes às classificações. As soluções, por sua vez, encontram-se na maior facilidade de isolar, ao menos momentaneamente, um fenômeno para estudo, discussão ou foco de intervenção. Ainda que cada pessoa seja diferente da outra, é possível realizar uma *condensação relativa* de algumas características comuns (Bauman, 2011). Na denominada geração Y, por exemplo, a qualidade mais eminente encontra-se no uso constante das tecnologias digitais, umas das características principais do contexto em que esses jovens se desenvolveram (Alsop, 2008; Howe & Strauss, 2000; Prensky, 2001). Do ponto de vista psíquico e social mais amplo, a geração Y vivenciou uma realidade bastante diferente daquela conhecida por seus pais e avós. A realidade dos nativos digitais é repleta de promessas de realização pessoal, profissional e de possibilidades de escolha, condições que, ao longo do tempo, podem não se confirmar, ao menos integralmente (Bauman, 2011). Em razão do amplo acesso a diferentes realidades e oportunidades, em grande parte viabilizado pelas tecnologias digitais e pela globalização – além das suas qualidades psíquicas específicas –, esses jovens podem ter diante de si o imenso desafio de aprender a diferenciar o supérfluo do essencial. Esse reconhecimento do que é realmente importante ramifica-se tanto no campo das relações interpessoais quanto nas escolhas profissionais. Nesse sentido, esses jovens têm sido reconhecidos como um grupo com demandas profissionais e vocacionais bastante peculiares. Entre os seus anseios, podem ser encontrados um desejo por maior liberdade nos ambientes profissional e acadêmico, manifestado, por exemplo, como horário flexível – o que inclui a possibilidade de trabalhar com o computador em casa –, afastamentos temporários para cultivar outros interesses pessoais e oportunidades de diversão no local de estudo/trabalho.

No que se refere à excessiva maleabilidade, em grande parte em razão de uma suposta riqueza de escolhas disponíveis a essa geração, destaca-se o seu desprendimento em relação ao emprego. Mesmo os projetos profissionais daqueles indivíduos que ainda estão na escola ou faculdade apresentam essas características descritas. Observa-se que, para os jovens da atualidade, se uma ocupação ou um curso não contemplar as suas necessidades e expectativas, o abandono constitui-se em uma opção bastante razoável. Nesse sentido, mudanças profissionais ou acadêmicas, assim como desemprego, não se apresentam como ameaças aos jovens da atualidade, seja essa apreciação coerente ou não com a realidade (Bauman, 2011). As tecnologias da informação e da comunicação atuais, com sua rapidez e alcance, podem reforçar crenças onipotentes típicas da adolescência, assim como sua impulsividade. Além disso, alguns projetos de vida presentes nos relatos dos jovens da chamada geração Y nem sempre irão se revelar realistas ou factíveis.

Convém salientar que a geração Y pode também incluir indivíduos que pertencem à faixa etária denominada adultos jovens – aqueles que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), têm entre 20 e 24 anos (Eisenstein, 2005). Entretanto, estudos mostram que essas pessoas têm características típicas da fase adolescente (Verzoni, 2015; Verzoni & Lisboa, 2016). Essa circunstância deve conduzir os pesquisadores e profissionais a pensar em um alargamento em termos etários da faixa etária da adolescência, e não restringir o seu encerramento aos 19 anos, que é o limite cronológico estabelecido pela OMS (Eisenstein, 2005). Tal flexibilização sobre o início e o fim dessa etapa do desenvolvimento parte do princípio de que, mais importante do que a idade, são as características cognitivas, emocionais e comportamentais que a definem, condições que já foram discutidas em outros capítulos deste livro.

Ainda sobre as denominações empregadas aos jovens que se desenvolveram no contexto das tecnologias digitais, além de geração Y e nativos digitais, é comum que esses jovens também sejam chamados de *millenials*, uma vez que, para pertencer a esse grupo, os indivíduos devem ter nascido entre 1982 e o início do século XXI (Howe & Strauss, 2000). De maneira geral, os integrantes dessa geração são vistos como educados,

numerosos (em termos populacionais) e etnicamente diversos. Além disso, esses jovens da atualidade são descritos e apreciam ser definidos como pessoas com condutas sociais positivas e que apreciam a convivência e o trabalho coletivo, a realização pessoal e a modéstia. Entretanto, ao longo do seu desenvolvimento, também passaram a ser reconhecidos como indivíduos autoconfiantes nas suas habilidades, individualistas e até mesmo cínicos. A nomenclatura *millenials* pode ser a preferida por alguns autores (Alsop, 2008; Howe & Strauss, 2000), assim como por alguns jovens, em razão da sua relação direta com a modernidade e as novas tecnologias digitais. Além de *millenials*, denominação que não está ligada, de maneira restrita, às tecnologias, há outras nomenclaturas, como, por exemplo, *NetGeneration*, *Generation Next* e *iGeneration* (Alsop, 2008). Estas podem fortalecer, de maneira mais contundente, estereótipos em relação aos jovens por salientar a importância da digitalidade e da tecnologia. Em razão da internet, das tecnologias digitais e do compartilhamento de informações de forma maciça, os jovens *millenials* são considerados a geração mais globalizada quando comparada às anteriores (Alsop, 2008; Howe & Strauss, 2000).

A constante conexão às tecnologias digitais tem importante influência em diversas particularidades dos *millenials*, características que se apresentam em comportamentos, crenças e formas de ver e pensar a respeito do mundo (Alsop, 2008). É possível perceber que esses jovens se sentem à vontade em trocar mensagens escritas, inclusive preferindo-as, em muitas ocasiões, em detrimento do diálogo face a face. Nesse sentido, psicoterapeutas cognitivo-comportamentais devem ficar atentos quanto aos comportamentos evitativos, principalmente quando se apresentam em pacientes adolescentes com dificuldades de interação social.

A ligação com a tecnologia, com seus recursos de comunicação, exposição de imagens e divulgação de opiniões, pode se apresentar como uma forma de obter a atenção de outras pessoas e até mesmo alcançar notoriedade diante dos pares. Os terapeutas devem acompanhar e estar cientes desses movimentos. Nesse sentido, as redes sociais virtuais, como, por exemplo, Facebook e MySpace, servem de base para a disseminação do estilo de vida individual (Alsop, 2008), que, na adolescência, pode ter relação direta com os valores e preferências do próprio jovem ou ser determinado pelo grupo de

pares, por ideologias e por concepções vigentes que não necessariamente respondem ou estão de acordo com as crenças do jovem em questão (Desouza et al., 2014; Gardner & Steinberg, 2005; Tomé, 2015a, 2015b). Essa dinâmica pode gerar ambivalência e dificuldades na consolidação do autoconceito, na autoeficácia e, sobretudo, afetar a autoestima desses adolescentes. Os jovens, seja em publicações de recortes da rotina, seja escrevendo suas ideias e criando redes com outras pessoas, procuram consolidar a sua identidade. O Facebook pode ensejar as crenças e os comportamentos desses indivíduos, uma vez que, ao acessá-lo, a pergunta que a rede social faz é: *No que você está pensando?*. Já no YouTube, adolescentes podem postar vídeos pessoais e demonstrar sua criatividade, assim como podem, nos *blogs*, divulgar suas opiniões e comentar as ideias de outras pessoas.

Contudo, ao viver com essas diversas possibilidades da internet – e aqui referiu-se apenas algumas possibilidades em um universo praticamente infinito –, esses jovens, muitas vezes, podem ser indiscretos e impulsivos. Ao utilizar as redes sociais, os adolescentes muitas vezes expõem sua vida de maneira direta e podem não ser capazes de antecipar as eventuais consequências negativas, uma vez que encontram dificuldade em postergar a gratificação, de modo a não perceber as implicações de seus comportamentos.

Na busca por mais amigos e prestígio virtual, os jovens podem perder de vista os princípios da privacidade, seja em relação a si mesmos, seja em relação aos demais. Como consequência dessas atitudes imprudentes, podem ocorrer prejuízos em relação à vida pessoal e profissional (Alsop, 2008). Nesse “oceano” de possibilidade de amizades que as redes sociais virtuais representam, os jovens, em seu anseio por popularidade e conexões, podem colocar em segundo plano as relações reais do dia a dia. Em vez de desenvolver as relações interpessoais, a internet pode ocasionar justamente o inverso, uma vez que distrai e ocupa os jovens em um tipo específico de vínculo. Além disso, o uso excessivo das ferramentas digitais de mensagens instantâneas, como o WhatsApp, pode estar trazendo prejuízos à comunicação e à capacidade de escrita e reflexão dos adolescentes. Outra consequência negativa do uso excessivo das tecnologias digitais reside na perda da capacidade de atenção e concentração, em razão do hábito de fazer

diversas atividades ao mesmo tempo (Alsop, 2008; Prensky, 2001). Os jovens que se desenvolveram no contexto da digitalidade são ávidos consumidores de ferramentas tecnológicas, às quais se ligam afetivamente de forma intensa. Nesse sentido, surge a necessidade de estar conectado de maneira constante. Permanecer algum tempo *offline* pode ocasionar ansiedade e a impressão de que estão deixando de viver ou saber de algo importante (Alsop, 2008).

Apesar dos prováveis prejuízos e limitações sociais decorrentes do uso excessivo das tecnologias, os jovens expostos à digitalidade podem apresentar características que podem ocasionar ganhos nas relações interpessoais. Uma delas refere-se ao contexto em que se desenvolveram, caracterizado por globalização, diversidade e convivência com diferentes etnias, culturas, gêneros, religiões e orientações sexuais. Nesse sentido, os adolescentes podem se consolidar como um grupo mais tolerante e aberto às diferenças, circunstância que amplia suas possibilidades de relação com outras pessoas (Verzoni, 2015; Verzoni & Lisboa, 2016). Essa capacidade de inclusão e tolerância pode encontrar entre as suas causas o compartilhamento global da informação (Alsop, 2008; Howe & Strauss, 2000). As tecnologias digitais são capazes de ligar e formar redes entre pessoas que habitam diferentes partes do mundo e ocasionar a vivência de experiências comuns em meio a uma ampla diversidade. Pouco importa se os jovens vivem na China ou na Inglaterra, no Brasil ou no Japão, na Colômbia ou na Rússia, é bastante provável que usem telefone celular, computador ou roupas semelhantes, bem como compartilhem uma série de experiências e acontecimentos (Alsop, 2008; Howe & Strauss, 2000; Wendt & Lisboa, 2014).

Em um estudo qualitativo, Verzoni (2015) investigou as formas de subjetivação de jovens que podem ser considerados integrantes da geração Y; além disso, o autor buscou desconstruir e analisar alguns de seus estereótipos mais comuns. Em entrevistas realizadas com seis participantes, foram abordadas suas percepções e ideias a respeito de diversos temas contemporâneos, como:

- trabalho
- relações interpessoais e virtuais
- tempo (rotina)

- valores éticos
- ídolos (celebridades)
- violência
- objetivos
- críticas sobre a sociedade

A partir das entrevistas, foram construídas seis asserções (afirmações sobre os fenômenos), as quais apontaram que esses jovens apresentam:

- ambivalência – uma condição característica da adolescência
- sofrimento psíquico e reflexões decorrentes das grandes expectativas que impõem a si mesmos e da exigência para que alcancem um estilo de vida coerente em relação à cultura
- desejo de participar de uma tarefa ou trabalho coletivo em que possam colaborar de acordo com a sua singularidade

Além disso, as asserções sustentaram que os adolescentes da geração Y apresentam pronunciada capacidade crítica em relação às formas de subjetivação contemporâneas, bem como conflitos quanto à exigência de um constante desenvolvimento individual. A última asserção, por sua vez, explica que, para esses jovens, vivenciar outras culturas é muito importante para seu desenvolvimento pessoal. Do mesmo modo, esses indivíduos consideram o desrespeito à singularidade uma das piores formas de violência (Verzoni, 2015).

Os adolescentes expostos ao contexto das novas tecnologias de informação e comunicação manifestam essa condição de maneira bastante simples. Basta observar a familiaridade e a habilidade com as quais manejam diferentes tecnologias, muitas vezes ao mesmo tempo, em sua vida cotidiana. Entre os desafios que esse contexto impõe a terapeutas cognitivo-comportamentais, pais e professores reside a tarefa de orientar e conduzir os adolescentes a alcançar um desenvolvimento saudável em meio ao novo cenário das tecnologias digitais (Wendt & Lisboa, 2014).

É válido ressaltar que a digitalidade e a tecnologia podem influenciar de maneira decisiva as relações interpessoais e profissionais, criando situações inéditas para o contexto contemporâneo. Além dessas consequências, é de suma importância lembrar as implicações das tecnologias digitais nos

processos de subjetivação, que compõem um novo e amplo campo de pesquisa (Verzoni, 2015; Verzoni & Lisboa, 2016; Wendt & Lisboa, 2014). Assim como as diferentes formas de subjetivação, a internet e as tecnologias da informação e da comunicação abrem novas possibilidades para investigações que, sob a perspectiva ecológica, analisem suas consequências sobre o desenvolvimento humano. O *cyberbullying*, descrito como comportamento agressivo e repetitivo que ocorre entre pares e que é realizado em plataformas digitais, também se constitui em um campo de pesquisa de extrema importância para o estudo dos adolescentes da época contemporânea e é abordado no Capítulo 16 deste livro.

Nesse sentido, tornam-se cada vez mais necessárias pesquisas que abordem quais são os limites que demarcam os fatores de risco e de proteção com relação ao uso das tecnologias por adolescentes. Propiciar segurança e estabilidade nessa fase do desenvolvimento constitui uma tarefa difícil, visto que se trata de uma etapa caracterizada por sensação de onipotência, condutas arriscadas, capacidade crítica reduzida, convivência intensa com os pares e ausência de ocupação profissional, circunstância que confere mais tempo para que o indivíduo permaneça conectado à rede. Outros fatores a serem considerados em relação a pesquisas que abordem o uso das tecnologias pelos adolescentes incluem a questão das diferenças entre os gêneros e suas especificidades quanto ao uso das ferramentas digitais, assim como as peculiaridades de distintos níveis socioeconômicos e diversos contextos desenvolvimentais (Wendt & Lisboa, 2014). As tecnologias digitais também propõem desafios para a educação formal, sobretudo em razão da influência que exercem sobre o desenvolvimento cognitivo e social dos adolescentes. A velocidade, a interatividade e as múltiplas tarefas apontam para a direção a ser seguida pelos educadores (Prensky, 2001; Wendt & Lisboa, 2014).

Um estudo realizado nos Estados Unidos por Gross (2004) buscou esclarecer, confirmar ou discordar de algumas das crenças mais comuns a respeito do uso da internet por parte dos adolescentes. A primeira crença refere-se ao sexo dos usuários da *web*. Esperava-se que os meninos passassem mais tempo conectados, seja navegando ou jogando. Quanto às meninas, havia a expectativa de que elas ficassem menos tempo *on-line* em comparação ao sexo oposto, preferindo conversar ou comprar. Já a segunda

crença/afirmação estava relacionada à hipótese de que a internet pode ocasionar isolamento e depressão, sobretudo em adolescentes. A terceira, por sua vez, sustentava que os adolescentes usam a rede como uma plataforma para vivenciar e experimentar outras identidades. O estudo, realizado com 261 jovens, concluiu que não há diferenças entre os sexos em relação ao tempo que os adolescentes permanecem conectados à internet, ou seja, meninos e meninas passam mais ou menos o mesmo tempo navegando ou realizando outras atividades *on-line*. Além disso, ambos os sexos utilizam, sobretudo, as ferramentas de comunicação e envio de mensagens quando estão conectados. Não foram encontradas relações entre o tempo de uso da rede e medidas de bem-estar ou sofrimento psíquico. No estudo, a hipótese de que os jovens utilizariam a internet para simular outras identidades confirmou-se parcialmente. Os adolescentes que apresentam essa prática, entretanto, o fazem para brincar com amigos, e não para se aproximar de uma identidade específica que os interesse. É válido ressaltar algumas das limitações do estudo, sobretudo a especificidade da sua amostra, que incluiu apenas jovens das classes média e alta de duas escolas públicas norte-americanas, assim como os tipos de questionários adotados, amplamente caracterizados pelo autorrelato. Nesse sentido, fazem-se necessárias mais pesquisas que sejam capazes de investigar o impacto do uso ou das interações via internet nas crenças e nos comportamentos dos adolescentes (Gross, 2004).

TRANSTORNOS OU RISCOS ASSOCIADOS AO USO EXCESSIVO DA TECNOLOGIA

Diante das colocações e reflexões apresentadas, é consenso que não se pode mais pensar em um mundo sem tecnologias. Entretanto, o uso excessivo ou inadequado dessas ferramentas pode envolver consequências negativas para os indivíduos. Esse uso inadequado pode gerar uma dessensibilização do sujeito em relação ao alcance das tecnologias, assim como distorções cognitivas acerca do sentido de postagens, fotos, amigos virtuais, entre outros. A busca pelos reforços positivos, advindos dos *likes* em redes sociais, por exemplo, pode se tornar uma necessidade que faz o *locus* de controle do

sujeito passar a ser excessivamente externo. Nesse sentido, o indivíduo tende a supervalorizar a opinião dos outros sobre si mesmo, subestimando sua autopercepção, o que gera insegurança. Esse processo pode afetar o autoconceito, assim como a autocritica ou a capacidade de crítica em geral.

Na mesma linha de pensamento, ainda discutindo sobre os riscos e as dificuldades de se apreender o real alcance e impacto das tecnologias, identifica-se o *cyberbullying* e outros tipos de cyber-agressão e vitimização. O anonimato, os comportamentos de agressão *on-line* (Lapidot-Lefler & Barak, 2012), a audiência infinita para as postagens ou fotos, a possibilidade de manipulação e edição de material podem ser fenômenos extremamente nocivos. Ainda que não existam pesquisas que estimem seus reais danos de forma aprofundada, sabe-se que atos de cyber-agressão constituem um importante fator de risco para jovens e adultos (Stelko-Pereira & Williams, 2010). Esses comportamentos agressivos virtuais podem comprometer a saúde psíquica dos envolvidos e, em especial, as crenças acerca da confiança do indivíduo em relação a si mesmo e aos outros, assim como podem prejudicar a autoestima e o autoconceito. Conforme já referido, mais detalhes sobre esse assunto podem ser obtidos no Capítulo 16 desta obra.

Outro fator negativo decorrente do uso das tecnologias e da digitalidade é a dependência de internet, que pode ser considerada uma das mais recentes formas de adoecimento psíquico. Essa condição pode iniciar como uma falta de controle em relação ao uso da *web*, circunstância que, posteriormente, é capaz de constituir uma adição. Nesse sentido, um dos primeiros sintomas a emergir no indivíduo é a necessidade de despender cada vez mais tempo conectado à internet. Em razão da evolução das tecnologias e da disponibilização de diferentes formas de acessar a *web*, como *smartphones*, *tablets*, *smart TVs* e relógios, o fenômeno de dependência da internet tende a aumentar consideravelmente no contexto mundial (Abreu, 2013). Usuários dependentes da *web* buscam utilizá-la em diversos lugares e dedicam muitas horas de seus dias a isso. Nesse sentido, podem, por exemplo, mudar os seus hábitos de sono para suprir a necessidade de manter-se *on-line*, bem como utilizar drogas e outras substâncias para permanecer mais tempo conectados (Young, 1999). Ainda que possa ser considerada menos grave que outras adições, a dependência de internet pode trazer prejuízos físicos em razão da

sua associação ao sedentarismo, além de consequências negativas sobre o rendimento acadêmico e as relações familiares (Salgado, Boubeta, Tobío, Mallou, & Couto, 2014; Young, 1999). Esses prejuízos podem se revelar especialmente nocivos para os jovens, uma vez que as tecnologias digitais são elementos inerentes ao seu desenvolvimento e estão presentes em seu cotidiano. Por essa razão, os adolescentes não podem prescindir de orientações advindas de fontes e contextos nos quais a digitalidade não seja o fator mais importante, para que, assim, obtenham outras perspectivas e novas formas de viver e perceber a realidade que os cerca.

USO SAUDÁVEL DAS TECNOLOGIAS E ASPECTOS IMPORTANTES PARA INTERVENÇÕES EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Nem tudo está perdido no que se refere às tecnologias, tampouco podemos considerar essas ferramentas um risco em si. Pelo contrário, esses recursos digitais possibilitam comunicações e relações, bem como são capazes de aprimorar atividades laborais, estreitar colaborações de diferentes ordens, tornar o mundo mais globalizado e aproximar culturas distintas. Cabe aos indivíduos a utilização das tecnologias – aplicativos, redes sociais, entre outros – como meios, e não como fins. Certamente, as interações virtuais não substituem as relações reais, mas podem fortalecer ou diversificar as formas de interação e comunicação. Distorções cognitivas, como “tudo que é postado (por meio de texto ou imagens) é verdade absoluta”, “se não receber curtidas para minhas postagens, não tenho valor ou não sou interessante” ou “se não respondem imediatamente a minhas mensagens, devo ficar nervoso”, precisam ser ressignificadas a partir de um teste de evidências que estimule a crítica. Essa capacidade reflexiva não deve fomentar a falta de confiança, e sim fortalecer pontos positivos do jovem, bem como desafiar o imediatismo e a impulsividade, que são características/aspectos típicos da fase adolescente. O uso de postagens e aplicativos por parte dos jovens, assim como *e-mails* ou fotografias, pode e deve ser utilizado como material para trabalho no âmbito da psicoterapia cognitivo-comportamental.

Pesquisas apontam que o monitoramento e uma relação próxima com os pais são importantes para prevenir o envolvimento dos adolescentes com o *cyberbullying* (Luna, 2013; Mallmann, 2016; Matos, 2015; Wendt & Lisboa, 2014). Dessa forma, estimular que pais e filhos tenham uma relação que seja fluida e próxima, mas não invasiva, é uma intervenção essencial para proteger os jovens dos riscos da digitalidade à saúde psíquica. Orientações, psicoeducação sobre riscos e benefícios que possam empoderar os cuidadores a participar da vida virtual dos adolescentes, mostrando-se abertos para discussão, sem “*pré-conceitos*” e sem invasão, são fatores de proteção importantes que devem ser trabalhados na psicoterapia cognitivo-comportamental, nas escolas ou em outros momentos oportunos e instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não viveremos mais em um mundo sem tecnologias. O discurso saudosista que refere que a época dos imigrantes digitais, do telefone fixo e das cartas era mais saudável não deve ser reforçado. Dito isso, existem vantagens e desvantagens da entrada da tecnologia e da digitalidade no cotidiano. Os adolescentes, como nativos digitais, se constituem como indivíduos e constroem seu autoconceito e personalidade nesse mundo virtual. A adolescência, a partir de todos os pontos elencados neste capítulo, deve ser repensada na atualidade. Novas configurações de relacionamento interpessoal se apresentam e ocasionam novas crenças e comportamentos. O desafio está posto. A capacidade de representação mental modificou-se a partir de imagens que são acessíveis em um *click* e que não precisam mais ser imaginadas e reconstruídas de maneira constante. As mudanças são rápidas, mas o imediatismo suscitado pelas tecnologias não deve ser reforçado na clínica psicológica, tampouco nas relações afetivas, acadêmicas e profissionais dos adolescentes.

Equilíbrio, como sempre, é a “palavra mágica”. Casos de dependência em relação às tecnologias podem surgir, assim como a intensa e constante necessidade de aprovação dos amigos, por parte dos adolescentes, nas redes sociais. Alguns processos são os mesmos normativos e antigos da

adolescência, apenas ganhando qualidades novas, influenciadas pela digitalidade. Outros processos, entretanto, são inéditos e desafiam os profissionais. Discussões e iniciativas como este livro representam esforços essenciais para o avanço na compreensão do impacto das tecnologias sobre a subjetividade humana, no desenvolvimento de estratégias de intervenção e na prevenção com relação aos pontos negativos desse fenômeno, de forma a garantir a saúde mental dos jovens.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N. (2013). Dependência de internet. In C. N. de Abreu, E. Eisenstein, & S. G. B. Estefenon (Orgs.), *Vivendo esse mundo digital: Impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais* (pp. 95-103). Porto Alegre: Artmed.
- Alsop, R. (2008). *The trophy kids grow up*. San Francisco: Jossey Bass.
- Bauman, Z. (2011). *44 cartas do mundo líquido moderno*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Desouza, D., Rodríguez, S., & Antoni, C. (2014). Relacionamentos de amizade, grupos de pares e tribos urbanas na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp 118-131). Porto Alegre: Artmed.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635.
- Gross, E. F. (2004). Adolescent Internet use: What we expect, what teens report. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(6), 633-649.
- Howe, N., & Strauss, W. (2000). *Millennials rising: The next great generation*. New York: Vintage Books.
- Lapidot-Lefler, N., & Barak, A. (2012). Effects of anonymity, invisibility, and lack of eye-contact on toxic online disinhibition. *Computers in Human Behavior*, 28(2), 434-443.
- Luna, C. (2013). Uma web perturbada pela violência. In C. N. de Abreu, E. Eisenstein, & S. G. B. Estefenon (Orgs.), *Vivendo esse mundo digital: Impactos na saúde, na educação e nos comportamentos sociais* (pp. 60-71). Porto Alegre: Artmed.
- Mallmann, C. L. (2016). Esquemas iniciais desadaptativos e estratégias de coping em adolescentes (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Matos, M. (2015a). *Adolescentes em navegação segura, por águas desconhecidas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Matos, M. (2015b). A força está com eles. In M. G. de Matos (Org.), *Adolescentes em navegação segura, por águas desconhecidas* (pp 17-35). Lisboa: Coisas de Ler.

- Niquice, F. (2014). Comportamentos de risco na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp 42-53). Porto Alegre: Artmed.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants. *On the Horizon*, 9(5), 1-6.
- Rodríguez, S., & Damásio, B. (2014). Desenvolvimento da identidade e do sentido da vida na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp 30-41). Porto Alegre: Artmed.
- Salgado, P. G., Boubeta, A. R., Tobío, T. B., Mallou, J. V., & Couto, C. B. (2014). Evaluation and early detection of problematic Internet use in adolescents. *Psicothema*, 26(1), 21-26.
- Stelko-Pereira, A. C., & Williams, L. C. A. (2010). Reflexões sobre o conceito de violência escolar e a busca por uma definição abrangente. *Temas em Psicologia*, 18(1), 45-55.
- Tomé, G. (2015a). Os amigos e o grupo de pares. In M. G. de Matos (Org.), *Adolescentes em navegação segura, por águas desconhecidas* (pp 82-85). Lisboa: Coisas de Ler.
- Tomé, G. (2015b). A alienação social. In M. G. de Matos (Org.), *Adolescentes em navegação segura, por águas desconhecidas* (pp 90-93). Lisboa: Coisas de Ler.
- Verzoni, A. (2015). *Formas de subjetivação: Geração Y e a contemporaneidade*. (Dissertação de mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Verzoni, A., & Lisboa, C. (2016). Formas de subjetivação contemporâneas e as especificidades da Geração Y. *Revista Subjetividades*. No prelo.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. M., & Mosmann, C. P. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 75-80.
- Wendt, G., & Lisboa, C. (2014). Adolescência no contexto das novas tecnologias de informação e comunicação. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp 180-190). Porto Alegre: Artmed.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: Symptoms, evaluation and treatment. *Innovations in Clinical Practice: A source book*, 17, 19-31.



ATIVIDADE FÍSICA, ESPORTE E SONO NA ADOLESCÊNCIA

VICTOR CAVALLARI SOUZA

DANIELA V. PACHITO

DAVI BIAGGI

CARMEM BEATRIZ NEUFELD

Durante a adolescência, os indivíduos passam por diversas transições, com base em uma variedade de tarefas de desenvolvimento que precisam ser realizadas. Parte dessas tarefas deve continuar ao longo da vida, e, nesse período de inúmeras mudanças, o modo como os adolescentes encaram diversas situações e contextos, como, por exemplo, a prática esportiva e de atividade física (Brettschneider & Heim, 1997) e os hábitos de sono, também exerce influência sobre seu desenvolvimento. Além disso, tais aspectos podem atuar sobre o desenvolvimento saudável tanto como fatores de proteção quanto de risco, sendo, portanto, temas fundamentais para clínicos e educadores que trabalham com adolescentes. Adicionalmente, esses aspectos tendem a ter suas bases lançadas nos estágios desenvolvimentais da infância e da adolescência, e sua repercussão no próprio desenvolvimento e na saúde do jovem será discutida neste capítulo.

ATIVIDADE FÍSICA E ESPORTE

Segundo o Diagnóstico Nacional do Esporte (DIESPORTE), realizado pelo Ministério do Esporte, 45,9% dos brasileiros são sedentários, ou seja, não praticam esporte ou atividades físicas regularmente. De acordo com o levantamento, realizado em 2013, para 26,8% dos sedentários, a prática esportiva foi interrompida até os 15 anos de idade, e, para 45%, entre os 15 e os 24 anos (Brasil, 2015). Portanto, o período da adolescência é crucial para o envolvimento do indivíduo em atividades físicas e esportivas que se

prolonguem durante toda a vida. Além disso, o estudo sugere que existe uma parcela significativa de adolescentes sedentários no Brasil.

A complexidade desse contexto é evidenciada na definição de esporte que consta no texto (em elaboração) do Sistema Nacional do Esporte:

O esporte é um bem cultural, direito social e fator de desenvolvimento humano, definido pelo conjunto de práticas corporais, atividades físicas e esportivas que, pelo envolvimento ocasional ou organizado, exprime um grau de desenvolvimento cultural esportivo, com possibilidades de incidir em aspectos educacionais, da saúde, do bem-estar, pela ampliação de conhecimentos, relações sociais e resultados esportivos. (Brasil, 2016).

Os efeitos benéficos da prática de exercício físico para a saúde em geral, como melhor funcionamento dos sistemas cardiorrespiratório e muscular (Penedo & Dahn, 2005), assim como para a função comportamental e para a saúde mental (Deslandes et al., 2009), são reconhecidos na literatura. A prática deliberada – inclusive de atividades lúdicas e/ou prazerosas –, em intensidade de acordo com as aptidões do indivíduo, tem relação com a melhora da qualidade de vida em termos de humor, ansiedade, estresse, cognição e autoestima, entre outros fatores (Nabkasorn et al., 2006). Considerando isso, a condução de intervenções psicológicas, assim como todas as intervenções em saúde, deve levar em conta esse importante aspecto da vida, sobretudo na adolescência.

Os adolescentes podem experimentar diferentes práticas esportivas concomitantemente, fazer escolhas em relação à prática (especialização vs. prática livre), colocar-se em situações de pressão, identificar-se com grupos sociais e colocar-se diante dos adultos, entre outras possibilidades (Alves, Montenegro, Oliveira, & Alves, 2005). Essas situações exemplificadas estão diretamente relacionadas a modificação na relação com pares, construção de identidade e superação dos problemas associados ao corpo, que são tarefas desenvolvimentais essenciais para a transição à vida adulta.

Além desses aspectos, o esporte e a atividade física são expressões culturais e refletem as características da sociedade. Discussões acerca de

diversas questões sociais podem ser disparadas a partir de acontecimentos no mundo esportivo. Recentemente, observamos casos de racismo, violência e homofobia, por exemplo, ao mesmo tempo em que o esporte também é palco de demonstrações de paz, respeito e inclusão social. Cabe aos profissionais da saúde mental se apropriar desse conceito e perceber no esporte um campo vasto para reflexão e investigação do comportamento humano.

É importante ressaltar, em um primeiro momento, a diferença entre atividade física e exercício físico. *Atividade física* refere-se a todo movimento que o indivíduo faz com seu corpo, atingindo um gasto energético maior do que os níveis de repouso. Um exemplo é o ato de caminhar. Já o *exercício físico* pressupõe planejamento e orientação de um profissional de educação física, pois, além de um gasto energético maior do que o da atividade física, o tipo de movimento demanda correções e técnicas específicas, a fim de se evitarem lesões, por exemplo, e com vistas à melhora do condicionamento físico. O treino orientado por um *personal trainer* é um bom exemplo dessa prática (Medina, 2016).

A primeira parte deste capítulo irá discorrer sobre fatores de risco e de proteção da prática de esporte e exercício físico, evidenciando os tipos de atividades e como terapeutas cognitivo-comportamentais podem utilizar essa modalidade de linguagem como ferramenta de apoio em atendimentos com adolescentes.

FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DO ESPORTE E DO EXERCÍCIO FÍSICO

Segundo o levantamento realizado por Schenker e Minayo (2005, p. 708), o

. . . risco é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico.

Os chamados fatores de risco representam aquelas variáveis que se apresentam em contexto associado à possibilidade de prejuízos para a saúde, o bem-estar e as relações sociais. Os fatores de proteção, por sua vez, estão associados com o oferecimento de condições de desenvolvimento para uma

pessoa em formação. A noção de proteção abrange diferentes níveis e domínios: individual, meio familiar, escola, amigo, sociedade e comunidade (Zweig, Phillips, & Lindberg, 2002). Considerando que o adolescente é um personagem ativo no seu processo de desenvolvimento, esses domínios interagem entre si de maneira complexa e se manifestam nas diversas tarefas desenvolvimentais durante esse período da vida.

Aproximando essas considerações do tema do capítulo, a prática de esporte e exercício físico pode oferecer aos adolescentes oportunidades para lidar com desafios que, por vezes, não poderiam ser experimentados em outros domínios da vida. Assim, essa prática pode atuar como fator tanto de risco como de proteção. A possibilidade de competir com o outro, a busca por autoaperfeiçoamento, o conhecimento do próprio corpo e de seus limites e as diversas relações interpessoais (treinadores, professores, companheiros, adversários) são algumas das situações enfrentadas em diversos contextos e manifestações esportivas que interferem no desenvolvimento psicológico, social e emocional de adolescentes (Weinberg & Gould, 2008).

Em geral, os principais motivos que levam adolescentes a praticar esportes e exercício físico são:

- 1** aprendizado de novas habilidades
- 2** diversão
- 3** hábitos saudáveis
- 4** melhora da saúde
- 5** possibilidade de competição

Em contrapartida, os motivos para abandono da prática estão ligados, principalmente, à percepção de incompetência na aquisição das habilidades físicas e falta de diversão. Além disso, o interesse em outros tipos de atividades também constitui um fator relevante para a interrupção da prática de esporte e exercício físico durante a adolescência (Gill & Williams, 2008).

Em certas práticas, os desafios encontrados no esporte podem exceder os recursos dos jovens em termos de enfrentamento e capacidade de lidar com situações adversas. Um exemplo desses desafios está associado ao fato de que muitas modalidades esportivas de alto nível são praticadas em cidades específicas, devido a fatores financeiros, climáticos e até mesmo geográficos

(p.ex., *surf*, ginástica, voleibol, tênis, natação, atletismo, hipismo, automobilismo). Assim, além das exigências sobre o atleta adolescente relacionadas à modalidade, a saída da casa dos pais para dormitórios de clubes ou organizações esportivas pode ser um estresse adicional nessa fase. Há que se citar, também, que em nosso país tais práticas esportivas podem envolver a expectativa de mudança socioeconômica de famílias inteiras, atribuindo ainda mais responsabilidade ao desempenho dos jovens. Outro ponto nessa direção refere-se à pressão por *performance* e à disputa por posições, como, por exemplo, em situações em que encontram muito pouco suporte social. Todos esses aspectos podem desencadear nos adolescentes padrões de pensamento negativos, os quais ocasionam, em alguns casos, dificuldades de relacionamento, experiências de ansiedade e estresse, podendo levar, a depender do caso, a abandono da prática ou *burnout* (Weinberg & Gould, 2008).

Quando em contextos de prática esportiva especializada, em que os adolescentes estão muito comprometidos com o esporte, esses indivíduos passam por uma intensidade maior de treinamentos e devem seguir algumas recomendações que geram adaptações no seu cotidiano, como restrições alimentares e quantidade de sono, por exemplo. Assim, atletas adolescentes muitas vezes se encontram em uma situação complexa e quase paradoxal, em que, por um lado, estão obtendo cada vez mais independência dos pais e logrando relações mais importantes com colegas, enquanto, por outro, figuras como a do treinador assumem o papel de modelo a ser seguido. Somando-se a essa complexidade, atletas nessa etapa do desenvolvimento também estão tentando compreender e explorar suas identidades. Esses jovens podem encontrar uma série de influências concorrentes ou tensões que poderiam alterar suas percepções de competência, habilidade, prazer e sucesso (Cevada et al., 2006).

O esporte competitivo, caracterizado pela alta dedicação aos treinamentos e busca por resultados, pode contribuir para o adolescente se manter no esporte de maneira definitiva, o que pode trazer benefícios para sua vida em geral. Em contrapartida, modalidades dessa mesma natureza podem, caso os resultados obtidos não sejam satisfatórios, gerando um alto nível de estresse e ansiedade, conduzir o adolescente ao contato com maiores riscos durante seus

treinamentos ou ao abandono do esporte. São poucas as modalidades esportivas em que o atleta conseguirá disputar as competições em alto nível conforme sua idade avança (p.ex., esportes náuticos, como a vela, permitem mais tempo de permanência em alto nível, enquanto carreiras como ginástica rítmica e olímpica se encerram pouco depois da saída da adolescência). Adicionalmente, excesso de treinamento, cansaço e lesões podem afetar muito os resultados na vida desses atletas, sendo, portanto, fundamental o planejamento pessoal para a hora de encerrar a carreira esportiva e realizar um novo recomeço profissional. Assim, a prática esportiva de alto nível não deve ser a única atividade do adolescente, o qual deve investir em potencialidades em outras manifestações culturais, como a música, artes em geral, comunicação social e atividades educacionais extracurriculares (Barbosa, 1991).

A participação em atividades esportivas regulares e orientadas, entretanto, também se correlaciona com menor probabilidade de abandono escolar, melhoria das médias de notas, maiores taxas de comparecimento na instituição de ensino e melhores postos de trabalhos (Eccles et al., 2003; Marsh & Kleitman, 2003; McNeal, 1995). Em âmbito geral, essas práticas podem resultar no desenvolvimento de inúmeras habilidades para a vida. Com adolescentes que vivem em regiões de risco social, por exemplo, o esporte pode ser uma oportunidade de intervenção que indica novos caminhos, bem como abrir novos horizontes e, principalmente, trabalhar novas habilidades voltadas para a vida adulta caso o sonho de uma carreira esportiva não se concretize. Enfim, o esporte pode atuar nesse contexto como uma ferramenta de transformação e oportunidades.

Guedes, Guedes, Barbosa e Oliveira (2001) analisaram o envolvimento de adolescentes com práticas esportivas e constataram que, quanto mais próximo da vida adulta, menor é o tempo de participação do indivíduo em práticas que envolvem esforços físicos mais intensos, como o lazer ativo e práticas de esportes. Os autores discutem esse achado considerando as circunstâncias socioculturais impostas aos jovens, que tendem a substituir esses tipos de atividade por atividades menos intensas do ponto de vista físico, como a maior dedicação aos estudos, maior convívio social e até mesmo a entrada no mercado de trabalho.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que adolescentes do sexo masculino foram consistentemente mais ativos do ponto de vista físico que as participantes do sexo feminino. Guedes e colaboradores (2001) citam artigos que colocam o sexo feminino como um fator de risco para o sedentarismo. Na pesquisa, observou-se que a grande maioria dos adolescentes não atende às recomendações quanto à prática de exercícios físicos capaz de proporcionar impactos satisfatórios à saúde (97% para o sexo feminino e 74% para o masculino). Os dados revelaram que a condição socioeconômica também é um fator importante para avaliar a prática de atividade física. Os homens pertencentes às classes socioeconômicas mais baixas mostraram ser menos ativos fisicamente quando comparados a seus pares de classe mais privilegiada. Para as mulheres, essa relação não foi encontrada em nível significativo, porém se observou uma inversão no resultado obtido com os homens, sendo as participantes de classes socioeconômicas mais baixas as mais ativas.

Nesse sentido, um ponto em discussão na literatura (Kawazoelazzoli et al., 1998) refere-se ao tipo de prática esportiva mais indicada para cada uma das duas fases da adolescência. A questão principal repousa sobre a dúvida quanto a se os indivíduos que se encontram na primeira fase da adolescência podem fazer exercícios físicos ou se sua prática deveria ser restrita apenas a atividades físicas. O ponto central não é saber o que fazer, mas como fazer. É imprescindível ter em mente para que esses exercícios serão utilizados e com qual propósito. Um exemplo disso é a questão da prática de exercício físico em academias, a qual permeia profissionais de várias áreas que trabalham com adolescentes da primeira fase. Questiona-se se as academias estão preparadas para receber esses indivíduos. Imaginemos a seguinte situação: uma família matricula-se em uma academia. O pai tem 1,75 m de altura e pesa 80 kg; a mãe mede 1,65 m e pesa 60 kg. O casal tem dois filhos adolescentes: uma menina de 14 anos, 1,50 m de altura e 40 kg; e um menino de 12 anos, 1,42 m de altura e 37 kg. Para o pai, todos os aparelhos da academia seriam adequados; para a mãe, devido a seu peso e sua altura, a adaptação a cada um dos aparelhos já demandaria um pouco mais de trabalho. Já no caso dos adolescentes, devido a suas alturas e pesos, seria aumentada a dificuldade para manipular os aparelhos convencionais da

academia, que ainda teriam carga colocada para o treinamento. Com tudo isso, a experiência seria de certo modo frustrante, podendo causar até mesmo lesões. No entanto, se essa mesma academia tivesse uma área mais lúdica e profissionais preparados para atuar com exercícios para os adolescentes, espaço físico com diversos tipos de circuitos, obstáculos, cores e aparelhagens adequadas para o público adolescente, teríamos condições de avaliar os riscos e os benefícios da prática de forma muito mais efetiva. Assim, a contraindicação de adolescentes da primeira fase frequentarem academias está muito mais ligada ao fato de os estabelecimentos não estarem preparados para essa população do que à existência de estudos que contraindiquem a musculação nessa etapa da vida, por exemplo.

Contudo, na segunda fase da adolescência, os indivíduos saudáveis já têm estrutura óssea e musculoesquelética capaz de suportar mais do que atividades lúdicas. Esses jovens, portanto, podem partir para exercícios mais elaborados, sempre com acompanhamento de um profissional da área de educação física, pois cargas excessivas de peso e de tempo de treinamento podem afetar tanto o desempenho quanto a saúde dos praticantes. Já nos pontos positivos, observa-se a melhora no recrutamento de oxigênio, o $VO_{2\text{máx}}$, sobretudo nos adolescentes do sexo masculino, pois esse fato está relacionado com o aumento da massa muscular. Além disso, notam-se significativo aumento da flexibilidade e melhora da coordenação motora em ambos os sexos, ou seja, o ato de prescrever tanto atividade física como exercício físico para ambas as fases da adolescência trará muito mais benefícios do que malefícios, pois, se feitos de maneira adequada e orientada, os resultados serão mais do que satisfatórios em inúmeros aspectos, tanto na fase atual como futuramente, na fase adulta.

Muitos trabalhos científicos destacam os benefícios que a prática de atividade esportiva, quando orientada e realizada com intensidades moderadas, tem em diversos aspectos da saúde, como o fortalecimento dos músculos, a melhora da frequência cardíaca e da circulação sanguínea, a prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade e outras doenças. Além disso, os estudos apontam que, quanto mais cedo o indivíduo inicia tais práticas, mais rápidos sua adaptação e seu condicionamento a novos treinos no futuro (Guedes et al., 2009; Kramer, Erickson, & Colcombe, 2006;

Marques & Calmeiro, 2015). Em contrapartida, quando mal orientada, a prática de esportes pode levar a riscos como compulsão pela prática de exercícios físicos (Modolo, Mello, Gimenez, & Antunes, 2009), uso de drogas anabolizantes (Ribeiro, 2001) e desenvolvimento de transtornos alimentares (Fortes & Ferreira, 2011; Teixeira, Costa, Matsudo, & Cordas, 2009; Perini et al., 2009). Esses benefícios e riscos também podem ser encontrados na população adolescente.

Bedendo e Noto (2015) conduziram uma pesquisa que investigou a relação entre o uso de álcool e tabaco com a prática de esportes em estudantes brasileiros. Os resultados mostraram que certas práticas esportivas foram associadas ao uso dessas substâncias, destacando-se a relação entre a prática do futebol e o consumo de álcool e a prática de artes marciais e capoeira com o tabaco. É evidente que tal associação não indica uma relação causa-efeito, porém chama atenção para o reducionismo observado no senso comum de que as práticas esportivas são sempre associadas a comportamentos saudáveis. As autoras discutem que é necessário observar o contexto em que os esportes são praticados e caracterizar os participantes para que medidas preventivas possam ser tomadas, diminuindo-se, assim, fatores de riscos presentes em tais contextos (Kwan, Bobko, Faulkner, Donnelly, & Cairney, 2014).

O ambiente esportivo, na maioria das vezes, compreende um espaço de relações interpessoais diversas, mesmo em modalidades individuais, uma vez que os treinamentos podem se dar em conjunto com outros praticantes. Assim, esse ambiente exerce uma pressão social relativa à qualidade nos relacionamentos com outras pessoas e pode ser campo para o desenvolvimento de habilidades sociais. Segundo A. Del Prette e Del Prette (2001), as habilidades sociais referem-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais que fazem parte do repertório do indivíduo para lidar com diferentes demandas e situações interpessoais de maneira adequada. Assim, o ambiente esportivo proporciona ao adolescente o enfrentamento com diversas demandas, as quais envolvem papéis de liderança (exercidos por técnicos ou pelos colegas), pressão dos pais (Martin, Dale, & Jackson, 2001) e competição entre pares (Santos, Baixo, & Silveira, 2010), bem como

os próprios resultados de competições, que afetam a coesão e a dinâmica de grupo (Hernandez & Gomes, 2002).

Os fatores de risco e proteção citados mostram a importância da prática de esportes e atividade física na adolescência, evidenciando uma característica fundamental dessas práticas: fator de desenvolvimento humano. Nesse quadro, a psicologia, nos âmbitos da pesquisa e intervenção, deve se apropriar do contexto esportivo e usar essas práticas na condução de atendimentos clínicos, sobretudo com o público adolescente. Assim, iremos discutir sobre como o terapeuta cognitivo-comportamental pode utilizar o esporte funcionalmente durante a terapia com adolescentes.

O ESPORTE COMO FERRAMENTA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

As habilidades para a vida desenvolvidas por meio da prática esportiva ainda não foram claramente mapeadas. É evidente que o esporte pode ensinar lições valiosas; no entanto, o que é aprendido parece ser dependente (mas não limitado) de fatores como estrutura do esporte, nível de treinamento, organização, objetivos do praticante e outros aspectos inespecíficos.

Entretanto, não se pode negar as diversas possibilidades que o contexto esportivo proporciona para a sociedade em geral em termos de desenvolvimento pessoal, expressão cultural, melhoria nas saúdes física e mental, etc. Ademais, essa prática pode ser uma ferramenta importante em processos terapêuticos, principalmente com o público adolescente.

O terapeuta cognitivo-comportamental pode se apropriar de uma linguagem que remeta a características do esporte durante as etapas do atendimento com adolescentes. A linguagem esportiva é de fácil acesso para a maior parte desse público. O esporte em si compreende características comuns, independentemente da modalidade, como o cumprimento de regras estabelecidas entre dois indivíduos ou grupos que se comprometem e concordam em participar. Assim, as regras do esporte, por exemplo, podem ser material útil para metáforas e explicações referentes à própria terapia em curso.

O mundo esportivo também nos fornece muitos acontecimentos e situações que podem constituir material importante no processo terapêutico.

Por exemplo, a vitória ou a derrota de um atleta ou equipe, o resultado - improvável em que o favorito perde, as grandes histórias de superação por meio do esporte, as atitudes de jogo limpo ou *fair-play* e o lado inspirador dos grandes ídolos esportivos podem servir como disparadores para intervenções durante os atendimentos.

O terapeuta deve explorar as situações que envolvem a prática de atividade esportiva na condução do processo terapêutico caso seu paciente tenha envolvimento com essas práticas. Além disso, é importante que incentive seus clientes adolescentes sedentários (Marques, Peralta, Martins, Sarmiento, & Costa, 2016) a se engajar em práticas esportivas, considerando esse importante fator no desenvolvimento dos adolescentes – o qual, como já referido, além dos benefícios diretos para saúde e qualidade de vida, pode propiciar o contato com diversas tarefas desenvolvimentais. É essencial que o terapeuta cognitivo-comportamental considere a prática de esportes como fator protetor para adolescentes, mas que também se mantenha atento aos diversos riscos que ela pode representar a essa população, como abuso de substâncias, desenvolvimento de transtornos alimentares e outras situações de risco. Nesse sentido, rodear-se de bons profissionais da área de educação física é fundamental, tanto para a avaliação física adequada quanto para a indicação e o acompanhamento correto dos exercícios prescritos. Reuniões com esses profissionais podem prover o terapeuta de informações valiosas sobre o funcionamento do adolescente em grupos e suas dificuldades nesses contextos.

A prática esportiva escolhida pelo adolescente também constitui informação importante, pois diz algo a seu respeito. Cada modalidade esportiva tem suas características próprias e requer diferentes condutas entre seus participantes. Assim, a preferência do adolescente por uma modalidade esportiva coletiva pode representar, por exemplo, a busca por um ambiente para desenvolvimento e aperfeiçoamento de suas habilidades sociais. Dessa forma, é recomendado que, quando em atendimento com adolescentes praticantes de atividades esportivas, o terapeuta procure um conhecimento básico da modalidade praticada, para que possa utilizar esse dado de maneira eficiente no processo terapêutico.

Como forma de evidenciar as demandas encontradas no ambiente esportivo, serão apresentados, a seguir, os resultados encontrados no estudo de Román e Savoia (2003), que investigaram os pensamentos automáticos de um grupo de jogadores de futebol com idades de 12 a 20 anos. No Quadro 14.1 encontram-se identificados os pensamentos disfuncionais e as distorções cognitivas relacionados ao rendimento esportivo.

QUADRO 14.1 PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS E DISTORÇÕES COGNITIVAS RELACIONADOS AO RENDIMENTO ESPORTIVO

- A perfeição é necessária (os atletas precisam ser perfeitos em tudo o que fazem) – o pensamento relatado pelos atletas (“Se eu não for perfeito, tenho que fazer gol para compensar”) demonstra que o jogador apresenta essa distorção.
- Catastrofizar (qualquer falha é um desastre) – foram encontrados os seguintes pensamentos catastróficos: “Dois erros seguidos e estou numa fase ruim” e “Tenho que acertar o passe, se não algo ruim acontece”.
- Valia pessoal depende do êxito – é preciso ajudar os jogadores a se valorizarem independentemente de seu desempenho, pois foram encontrados depoimentos como: “Se perdermos, não posso ser profissional”.
- Personalização (responsabilizar-se pelos fracassos) – “A responsabilidade de perder é toda minha”.
- Pensamento polarizado (tudo ou nada) – “Não joguei bem, é uma má fase”.
- Supergeneralizar (concluir sem provas) – “Se não jogo bem, posso ser dispensado”.

Na avaliação inicial com os atletas participantes do estudo, observou-se uma grande prevalência dos sintomas de depressão e ansiedade, estando esta última presente em 61% das queixas e preponderando com relação a queixas de depressão. As autoras da pesquisa extraíram termos que se referiam aos comportamentos provocados pela ansiedade relatada pelos jogadores: “eu paraliso”, “fico em alerta”, “fico atrapalhado”, “sinto-me preso”, “falta personalidade”, “fico na retranca”, “meu corpo prende”, “fico introspectivo”, “fico pensando o tempo todo”, “retraio”, “paraliso meu jogo”, “o jogo diminui”, “me dá dúvida”, “sinto-me estressado”, “estouro fácil”, “não vou na bola”, “parece que fico tímido” e “fico queimando”.

Esses pensamentos disfuncionais e distorções cognitivas são as maiores evidências da crença “não posso errar” identificada pelas autoras. Román e

Savoia investigaram o porquê dessa crença ser tão forte entre os jogadores. Uma das hipóteses apresentadas foi a de que, em alguns fundamentos da prática da modalidade, como o momento do passe, há um discurso, por parte dos técnicos, diretores de clube, comentaristas e outros profissionais ligados ao esporte, de que não se pode errar, “como se todos tivessem de acertar sempre e de ter controle absoluto sobre todos os momentos cruciais e decisivos dos jogos”. A segunda hipótese diz respeito à exigência do perfeccionismo imposta em ambientes esportivos. Assim, a partir da constatação de que não é possível acertar 100%, processos de ansiedade e de estresse podem se manifestar em diversas situações de treino e competição.

Exemplos de casos clínicos em que o esporte pode ser um importante aliado na condução terapêutica com adolescentes são as queixas referentes a transtorno de oposição desafiante ou transtorno da conduta. Este último é caracterizado, entre outros aspectos, por baixa autoestima, menor tolerância à frustração, interpretação negativa das intenções dos outros, agressividade, desobediência e comportamentos desafiadores. O tratamento para esses casos exige do terapeuta um foco ampliado em situações sociais nas quais o adolescente se coloca. A prática de esporte ou atividade física pode ser o ponto de partida para intervenções, visto que propicia o enfrentamento de situações de frustração (p. ex., derrota ou percepção de competência para execução de uma ação motora), contatos sociais (treinadores e colegas), regras (da modalidade e da instituição) e a possibilidade de desenvolvimento de habilidades que gera aumento da autoestima.

Desse modo, o terapeuta tem um material vasto de situações para estruturar suas intervenções a partir da identificação de pensamentos automáticos, comportamentos, emoções e distorções cognitivas. Além disso, também pode utilizar-se desse contexto para que pensamentos alternativos sejam colocados em prática. Nessa perspectiva, o profissional pode sugerir a prática de esporte e atividade física para seus pacientes adolescentes, conhecendo e reconhecendo o esporte como um contexto significativo e potencial para o desenvolvimento do jovem no que tange a tolerância à frustração, habilidades sociais, disciplina e aumento da autoestima. Todos esses aspectos são resultados esperados na aliança entre terapia e prática esportiva.

Portanto, fica claro que o ambiente esportivo é importante para o desenvolvimento de adolescentes e representa um contexto significativo para investigação de aspectos psicológicos, que são essenciais para a condução do processo terapêutico com esses indivíduos.

SONO E TCC NA ADOLESCÊNCIA

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO SONO

O sono é um estado fisiológico caracterizado por inatividade comportamental e redução da reatividade. Embora um estado de sono bem definido não tenha sido observado em raras espécies animais, um estado de inatividade e redução da responsividade semelhante é descrito até mesmo em animais rudimentares, como as moscas (*Drosophila melanogaster*), sugerindo que o sono seja um estado ubíquo de animais em níveis distintos de evolução filogenética. As diversas funções biológicas atribuídas ao sono ainda não foram inteiramente desvendadas; entretanto, o conhecimento científico acumulado ao longo das últimas décadas permite afirmar que esse estado seja imprescindível para a sobrevivência do organismo.

O ciclo sono-vigília é determinado pela interação entre áreas cerebrais promotoras do sono e do estado de vigília. O núcleo ventrolateral pré-ótico (VLPO), localizado na região anterior do hipotálamo, é considerado a principal região responsável pela geração do sono. Por sua vez, as áreas promotoras de vigília são menos centralizadas e se localizam nas regiões laterais e posteriores do hipotálamo, na região do prosencéfalo basal e do tronco cerebral.

As áreas promotoras de sono e vigília interagem por meio de mecanismos de inibição recíproca (España & Scammell, 2011). Dois processos modulam tal interação, definindo o ciclo sono-vigília: o circadiano, ou processo C, e o homeostático, ou processo S (Borbély, 1982). O processo circadiano explica a ritmicidade do ciclo sono-vigília ao longo do período de 24h e é determinado pelo relógio biológico. A expressão “relógio biológico” compreende o aparato biológico responsável pela manutenção de tal ritmicidade: o núcleo supraquiasmático, localizado no hipotálamo, e os relógios periféricos, compostos por mecanismos moleculares presentes nas

células de diversos órgãos (Albrecht, 2012). O núcleo supraquiasmático sincroniza o ciclo sono-vigília de acordo com o ciclo claro-escuro imposto pela rotação da Terra, influenciando o padrão de secreção de melatonina e sincronizando, adicionalmente, a atividade dos diversos relógios periféricos. Já o processo S justifica o aumento quase linear da propensão para iniciar o sono à medida que o período de vigília se estende, o que ocorre por meio de sinalizadores humorais, como a adenosina, as citocinas e as prostaglandinas.

O sono é composto por etapas distintas: o sono não REM fases 1, 2 e 3 (este último denominado sono de ondas lentas); e o sono REM, que apresenta características peculiares, como a presença de sonhos vívidos e de movimentos oculares rápidos (*rapid eye movements*). Essas fases se sucedem de forma relativamente previsível, compondo, em média, 4 ou 5 ciclos por noite.

O início do sono costuma ocorrer após um período de 10 a 20 minutos de relaxamento e se dá pela etapa mais superficial do sono não REM (fase 1), considerada como transição entre a vigília e as fases subsequentes de sono não REM (fase 2 e o sono de ondas lentas). Assim, o sono profundo é atingido de forma progressiva. Após cerca de 90min, ocorre o primeiro episódio de sono REM, que tem duração breve nesse primeiro ciclo da noite. Nos ciclos consecutivos, sua duração aumenta, e os episódios do sono de ondas lentas passam a ser mais breves ou desaparecem. Dessa forma, o sono de ondas lentas tende a se concentrar na primeira metade da noite, e o sono REM, na segunda metade (Kryger, Roth, & Dement, 2015).

O ciclo sono-vigília sofre intensas modificações ao longo da vida. A duração do sono, sua arquitetura e os horários preferenciais para sua obtenção se modificam seguindo um padrão relativamente previsível.

O sono de um recém-nascido é caracterizado por ser polifásico, com maior proporção de sono ativo (correlato do sono REM do adulto), apresentando duração total de até 18h ao longo do dia. À medida que a criança cresce, seu sono torna-se monofásico e concentrado no período noturno, com redução progressiva de sua duração ao longo das 24h e diminuição da proporção de sono REM.

Embora o tempo de sono sofra grande variabilidade interindividual, estima-se que a necessidade de sono durante a adolescência varie entre 8 e

10h por dia (Hirshkowitz et al., 2015). Durante essa etapa do desenvolvimento, o sono de ondas lentas se reduz em proporção, atingindo o padrão encontrado durante a fase adulta (cerca de 20% do tempo total) e o horário preferencial para atingir o sono passa a ser postergado, o que faz o adolescente ter uma tendência biológica para dormir mais tarde e dificuldade para despertar cedo (Carskadon, Vieira, & Acebo, 1993). Esse comportamento também sofre variação interindividual, sendo mais marcante em determinados indivíduos.

As características do sono tendem a se manter estáveis ao longo da vida adulta, com poucas mudanças em termos de sua arquitetura, sobretudo em relação à proporção do sono REM. Contudo, notam-se algumas alterações ao atingir-se a senescência. Os idosos com frequência exibem redução do tempo total de sono e da proporção do sono de ondas lentas, bem como maior predisposição a episódios de despertar ao longo do período de sono.

ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS DO SONO

As funções atribuídas ao sono ainda precisam ser totalmente elucidadas. Modelos experimentais utilizando privação de sono comprovam a relevância do dormir em múltiplos processos, como a plasticidade neuronal e o gasto energético. O sono influencia a transmissão monoaminérgica, induzindo à redução da atividade de células noradrenérgicas, serotoninérgicas e histaminérgicas. Em última instância, esse conjunto de ações biológicas se reflete na consolidação da memória, na aprendizagem, no metabolismo e no humor (Siegel, 2005).

Além disso, o padrão do sono ao longo da vida é fator determinante de sobrevida. Estudos epidemiológicos prospectivos evidenciam que tempo de sono consistentemente igual ou inferior a 5h por dia está associado a aumento da mortalidade por diferentes causas (Cappuccio, D'Elia, Strazzullo, & Miller, 2010).

A associação entre os transtornos do sono e doenças mentais é frequente e bidirecional. O transtorno crônico de insônia pode anteceder o início de sintomas depressivos, aumentando o risco para o desenvolvimento de depressão em quatro vezes, ou, de modo alternativo, pode coincidir com o início dos sintomas depressivos – ou, ainda, ser considerado um sintoma

residual e de pior prognóstico dos quadros de depressão. De forma semelhante, estudos transversais mostram associação entre transtornos do sono e transtornos de ansiedade e quadros de abuso de substâncias (Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996).

Em muitas situações, é clinicamente difícil determinar uma relação causal entre transtornos do sono e doenças mentais, levando à consideração de que possam ser condições comórbidas distintas. O reconhecimento dessa distinção tem implicações práticas, pois favorece uma abordagem terapêutica mais abrangente do paciente que apresenta sintomas psicopatológicos e relacionados ao sono concomitantemente.

O padrão de sono vem sofrendo mudanças desde a revolução industrial, quando as atividades laborais passaram a ocorrer em horários mais estendidos. Além disso, a difusão da utilização da eletricidade nos domicílios a partir do final do século XIX possibilitou a realização de diversas atividades em momentos anteriormente destinados ao sono.

Na sociedade contemporânea, a velocidade de geração e disseminação do conhecimento, a oferta de aparatos tecnológicos e a conectividade pelas mídias sociais contribuíram para a construção do paradigma de sociedade 24h, em que a imposição por produzir ou interagir se estende também ao longo do período de descanso e o sono passa a ser visto como atividade indesejável e substituível.

Esses fatores se refletem em uma redução progressiva do tempo de sono avaliada por estudos epidemiológicos conduzidos em diversos países. Em crianças e adolescentes, estima-se que tal diminuição seja de 0,75min por ano, o que representaria uma redução de mais de uma hora de sono por noite ao longo do último século (Matricciani, Olds, & Petkov, 2012).

PECULIARIDADES DO SONO NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde como o período de crescimento humano, compreendido entre a infância e a fase adulta, no qual mudanças marcantes do ponto de vista biopsicossocial são observadas. Esse caráter transicional também é evidenciado pelas mudanças do padrão do sono. À medida que ocorre um afastamento progressivo dos

padrões comportamentais típicos da infância, o adolescente vai assumindo o protagonismo de suas escolhas em relação ao sono. As atividades realizadas no período noturno, o horário de deitar e mesmo a manutenção de hábitos que facilitem ou prejudiquem o sono passam a ser decisão do adolescente, sofrendo menor influência dos pais ou responsáveis.

Paralelamente a essa transição comportamental, o ritmo circadiano sofre alterações determinadas pela biologia do indivíduo. Tais mudanças têm uma tendência ao atraso da fase de sono, expresso por atraso do horário para a conciliação do sono e por dificuldade para despertar cedo pela manhã, o que com frequência leva a um conflito de ajustamento aos horários de atividades escolares. Isso, por sua vez, resulta em redução crônica do tempo de sono e em sintomas de irritabilidade e sonolência no período diurno, com potencial impacto negativo sobre a aprendizagem.

Na inexistência de atividades no período da tarde, um segundo período de sono relativamente estendido pode ocorrer de forma compensatória. De maneira semelhante, o tempo de sono noturno passa a ser estendido nos fins de semana, dada a maior flexibilidade do horário de despertar.

O impacto do uso excessivo de tecnologias diversas (televisão, *videogames*, internet, *smartphones*, *tablets*) sobre a quantidade e a qualidade do sono permanece uma questão a ser mais bem explorada (Bartel, Gradisar, & Williamson, 2015). A utilização de aparatos tecnológicos desloca o horário de ir para cama, aumenta os níveis de vigília e proporciona exposição a luz intensa, o que acentua o atraso do ritmo circadiano. Entretanto, o efeito negativo de diferentes tipos de tecnologia e padrões de exposição precisa ser mais bem definido para que se obtenham recomendações assertivas sobre seu uso saudável. Na população de adolescentes, essas recomendações são consideradas peculiarmente relevantes, dada a alta adesão à tecnologia nessa faixa etária.

TRANSTORNOS DO SONO NA ADOLESCÊNCIA

Os transtornos do sono caracterizam-se pela alteração da quantidade ou da qualidade de sono, na vigência de condições ideais para dormir. São

comumente associados a sintomas como irritabilidade, sonolência diurna, fadiga, alterações cognitivas e do humor.

Os transtornos do sono são divididos em diferentes grupos: insônias, transtornos respiratórios do sono, hipersonias de origem central, transtornos do ritmo circadiano, parassonias e os transtornos de movimentos relacionados ao sono (American Academy of Sleep Medicine [AASM], 2014).

A seguir, serão brevemente abordados os transtornos do sono com mais relevância clínica na população adolescente.

SÍNDROME DO SONO INSUFICIENTE

A síndrome do sono insuficiente é definida como a presença de sonolência diurna excessiva causada por encurtamento crônico e voluntário do tempo de sono. A dificuldade para despertar pela manhã, com a necessidade de utilização de despertador, e a extensão do tempo de sono nos dias de folga são critérios sugestivos de sono insuficiente. A característica que possibilita o diagnóstico definitivo dessa síndrome é a total resolução dos sintomas com o aumento do tempo de sono.

A magnitude desse problema é alta, de acordo com a perspectiva epidemiológica. Em torno de 25% dos adolescentes dormem menos de 6h por noite, quantidade bem inferior às 9h recomendadas para a faixa etária. Além do impacto sobre as funções cognitivas e o desempenho escolar, a redução do sono está associada a problemas interpessoais na escola, baixa autoestima e baixa satisfação em relação à vida, assim como a uso de drogas ilícitas (Roberts, Roberts, & Duong, 2009).

TRANSTORNO DE ATRASO DE FASE DE SONO

O atraso de fase caracteriza-se pelo atraso do episódio de sono em relação ao horário desejado ou requerido para o ato. O transtorno se caracteriza por dificuldade para iniciar o sono nos horários convencionais e para despertar cedo pela manhã, levando a encurtamento do tempo de sono e presença de sonolência diurna excessiva. Em geral, quando ocorre livre escolha do horário de dormir, o tempo de sono se normaliza e passa a ser deslocado, com horário de início postergado, bem como desaparecem os sintomas diurnos.

O pico da prevalência desse transtorno parece ocorrer durante a adolescência. Estudos epidemiológicos mostram uma prevalência entre 2 e 16% nessa população

TRANSTORNO DE INSÔNIA CRÔNICA

O transtorno de insônia crônica é caracterizado por dificuldade para iniciar ou manter o sono e despertar precoce ou relutância em ir para a cama nos horários definidos, bem como pela presença de pelo menos um dos seguintes sintomas diurnos:

- fadiga
- alteração de memória e concentração
- alteração da aprendizagem
- irritabilidade
- sonolência
- alterações comportamentais
- preocupação ou insatisfação com o padrão de sono

Os sintomas devem ocorrer por três ou mais dias por semana, por um período igual ou superior a três meses, na vigência de condições adequadas para dormir.

De acordo com o modelo 3P, de Spielman, fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes interagem no desenvolvimento e manutenção do transtorno de insônia (Spielman, Caruso, & Glovinsky, 1987). Os fatores predisponentes incluem aspectos genéticos, fisiológicos ou psicológicos que conferem suscetibilidade aumentada para o desenvolvimento do transtorno. Por sua vez, os fatores precipitantes são constituídos pelos estressores fisiológicos, ambientais e psicológicos responsáveis pelo início dos sintomas. Já os fatores perpetuantes incluem fatores comportamentais e psicológicos responsáveis pela perpetuação e cronificação do quadro.

Os dados epidemiológicos de insônia na adolescência variam de acordo com diferentes critérios diagnósticos propostos. De acordo com os critérios do DSM-5, da American Psychiatric Association, a incidência de insônia na população adolescente em um período de 12 meses aproxima-se a 5%

(Roberts, Roberts, & Chen, 2002), sendo a prevalência de insônia 2 a 3 vezes maior em adolescentes do sexo feminino.

SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)

A SAOS caracteriza-se pela presença de pausas respiratórias durante o sono, causadas pela obstrução da faringe e associadas a sintomas noturnos (roncos, engasgos, dificuldade para manter o sono) e diurnos (sonolência diurna, fadiga, irritabilidade, alterações cognitivas). A etiologia da SAOS compreende fatores anatômicos (alterações craniofaciais e hipertrofia de amígdalas e adenoide), sobrepeso ou obesidade, bem como aspectos neuromusculares das vias aéreas. Embora menos comum na população adolescente se comparada à população adulta, o diagnóstico de SAOS deve ser aventado na presença de sintomas relacionados ao sono concomitantes a roncos e outros sintomas respiratórios.

Para o diagnóstico definitivo, são necessárias a documentação e a quantificação das paradas respiratórias por meio do exame de polissonografia (ver adiante).

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS (SPI)

A SPI é definida pela necessidade de movimentar as pernas, em geral acompanhada por sensações de desconforto nos membros inferiores. Esses sintomas devem ocorrer exclusivamente ou ser agravados durante o período noturno e durante o repouso, com melhora ao menos transitória proporcionada pela movimentação dos membros.

O diagnóstico de SPI é realizado por meio desses critérios clínicos, devendo ser feita a diferenciação entre tiques ou maneirismos, como o balançar rítmico das pernas que pode ocorrer a qualquer momento do dia.

Os sintomas de SPI, quando presentes de forma frequente e intensa, podem levar à dificuldade para o início ou a manutenção do sono, em virtude do desconforto. Adicionalmente, a SPI com frequência associa-se à presença de movimentos periódicos de membros inferiores, o que favorece a fragmentação do sono.

NARCOLEPSIA

A sonolência excessiva diurna é o principal sintoma dos quadros de narcolepsia e de outras hipersonias mais raras, como a hipersonia idiopática e a síndrome de Kleine Levin.

A narcolepsia acomete cerca de 0,02% da população e é uma patologia de curso crônico, com início dos sintomas em geral na adolescência. Além do sintoma de sonolência excessiva, frequentemente o mais incapacitante, podem ocorrer sintomas relativos à dissociação de fenômenos do sono REM, como cataplexia, alucinação hipnagógica e paralisia do sono. Os mecanismos fisiopatológicos da narcolepsia envolvem a disfunção da transmissão da hipocretina, um dos principais neurotransmissores excitatórios, por meio de possíveis mecanismos autoimunes.

ABORDAGEM DOS TRANSTORNOS DO SONO

A ferramenta mais importante na avaliação do adolescente com sintomas relacionados ao sono é a anamnese clínica. Ela deve abranger as características do ciclo sono-vigília nos dias letivos e de folga, os aspectos relacionados à higiene do sono e os sintomas relacionados aos transtornos do sono (Quadro 14.2).

QUADRO 14.2 ANAMNESE RELACIONADA AO SONO

Características do ciclo sono-vigília

- Horário habitual na cama nos dias de aula e de folga
- Presença de períodos adicionais de sono no período diurno
- Horário das atividades escolares e extracurriculares

Higiene do sono

- Características do ambiente de dormir
- Atividades estimulantes no período noturno (tarefas escolares, uso de tecnologia)
- Uso de substâncias estimulantes no período noturno e durante o dia (refrigerantes, energéticos, café)
- Padrão alimentar no período noturno
- Prática de atividade física
- Dinâmica familiar em relação ao sono

Sintomas relacionados ao sono

- Dificuldade para iniciar e manter o sono ou despertar precoce

- Sensação de sono não restaurador
- Sonolência durante as atividades escolares
- Irritabilidade
- Alteração de concentração ou dificuldade de aprendizagem
- Presença de roncos ou apneias testemunhadas
- Necessidade de mover as pernas no momento de deitar-se
- Melhora dos sintomas com o aumento do tempo de sono
- Melhora dos sintomas com a escolha de horários diferentes para dormir

Fonte: Román e Savioa (2003).

Nas situações em que se faça necessária a documentação mais detalhada das características do ciclo sono-vigília, pode-se lançar mão de um diário de sono. Esse diário deve ser preenchido pelo próprio adolescente e fornecer uma estimativa do tempo total de sono, do tempo decorrido entre o ato de deitar e adormecer (latência do sono), do número de episódios de despertar noturno e da qualidade do sono. O diário de sono permite a coleta de dados de maior confiabilidade ao longo de um intervalo idealmente igual ou superior a duas semanas.

Entretanto, alguns indivíduos podem apresentar uma percepção inadequada do tempo de sono ou mesmo relatar dados errôneos de forma proposital. Em tais situações, a mensuração objetiva do tempo de sono pode trazer elementos importantes para o diagnóstico e a conduta terapêutica. A actigrafia realiza a estimativa objetiva do tempo de sono por meio da detecção da atividade motora. Trata-se de um acelerômetro utilizado no punho, com formato semelhante ao de um relógio de pulso, e costuma ser usado por no mínimo duas semanas.

Quando há suspeição clínica de eventos patológicos que perturbem o sono, como apneias do sono e movimentos periódicos de membros inferiores, é necessária a realização do exame de polissonografia. A polissonografia consiste na monitoração de diversos parâmetros biológicos (eletrencefalograma, eletroculograma, eletromiograma, fluxo aéreo e pressão nasal, esforço respiratório e oximetria) e costuma ser realizada em laboratórios de sono, durante uma noite inteira.

Para a avaliação de adolescentes com sonolência diurna excessiva, nos quais exista a possibilidade do diagnóstico de hipersonias como narcolepsia e

hipersonia idiopática, a polissonografia é complementada pelo teste das latências múltiplas do sono (TLMS). O TLMS é realizado no dia subsequente à realização da polissonografia e consiste em cinco oportunidades para dormir durante o dia, com intervalos de duas horas. São avaliadas a latência do sono e a presença de início de sono na fase REM, isto é, a ocorrência de sono REM nos primeiros 15min de sono. A latência média do sono inferior a 8min e a presença de pelo menos dois episódios de início do sono REM são indicativas de narcolepsia, na vigência de quadro clínico compatível.

O encaminhamento para avaliação médica deve ser considerado na suspeita dos transtornos citados, sobretudo nas situações em que os sintomas relacionados ao sono, como insônia e sonolência excessiva, persistam a despeito de instituição de medidas comportamentais de higiene do sono e do aumento do tempo de sono. A avaliação clínica deve ser preferencialmente realizada por médico certificado em medicina do sono.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NOS TRANSTORNOS DO SONO NA ADOLESCÊNCIA

O tratamento dos transtornos do sono depende da etiologia das doenças e abrange uma vasta gama de intervenções, desde a assistência ventilatória não invasiva na SAOS à abordagem farmacológica para tratamento da SPI e da narcolepsia. Entre essas intervenções, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma importante ferramenta no manejo da insônia crônica, por sua atuação focada nos mecanismos perpetuantes. Além do transtorno crônico de insônia, a TCC vem sendo empregada em outros contextos relacionados ao sono, como na promoção da adesão ao tratamento com suporte ventilatório não invasivo na SAOS e na abordagem de pesadelos recorrentes.

A TCC para insônia consiste em uma combinação de terapia cognitiva com a aplicação de técnicas comportamentais diversas, incluindo educação sobre higiene do sono, terapia de controle de estímulos, restrição de sono e intervenções promotoras de relaxamento.

A educação sobre a higiene do sono aborda fatores ambientais e relacionados ao estilo de vida. A higiene do sono pode ser considerada a

pedra angular no tratamento da insônia e dos demais transtornos do sono. As principais orientações em relação à higiene do sono são:

- Evitar substâncias estimulantes (caféina, xantinas, nicotina) no período noturno.
- Evitar uso de bebidas alcoólicas perto do horário de deitar.
- Praticar exercícios físicos regularmente, de preferência durante o período diurno.
- Manter o ambiente de dormir escuro, silencioso e bem ventilado.
- Manter um horário regular para o sono.

Em muitas situações, a instituição de tais hábitos proporciona a resolução parcial ou total dos sintomas. Isso é particularmente verdadeiro no transtorno de insônia causado por má higiene do sono.

A terapia de controle de estímulo consiste em orientações com o propósito de desconstruir associações negativas causadas por tentativas repetidas e malsucedidas para conciliar o sono, as quais podem atuar como fatores perpetuantes da insônia. Essas orientações incluem:

- Ir para a cama apenas quando sentir sonolência.
- Levantar-se caso não consiga adormecer.
- Evitar realizar outras atividades na cama, como assistir televisão ou alimentar-se.
- Manter horário regular para levantar, a despeito do tempo de sono obtido.

Na abordagem de adultos com transtorno de insônia, recomenda-se evitar cochilar durante o período diurno. Essa recomendação pode ser questionada quando aplicada a adolescentes com transtorno de insônia e atraso de fase de sono, já que, em muitas situações, tal cochilo diurno pode reduzir o déficit de sono causado pelo atraso de fase e pela necessidade de levantar muito cedo em virtude das demandas escolares. Entretanto, mesmo nesse cenário, deve-se estabelecer a duração ideal de cada cochilo com base em avaliação individual, a fim de que se evite a redução acentuada da pressão homeostática do sono, o que agravaria a dificuldade para adormecer durante a noite.

As orientações sobre a restrição do tempo de sono objetivam aumentar a eficiência do sono, isto é, aumentar a quantidade de sono em relação ao tempo despendido na cama. A recomendação é que este último deva ser sempre superior a 5h por noite, evitando-se o surgimento de sintomas de sonolência diurna e impacto funcional associados à privação crônica de sono. A orientação do tempo a ser despendido na cama é gradualmente ajustada até que se atinja o ideal.

Diversas técnicas de relaxamento têm sido empregadas para a promoção o sono, como relaxamento muscular progressivo, treinamento autógeno, técnicas de meditação e *mindfulness*. O treinamento para a aplicação dessas técnicas é geralmente necessário, sobretudo nas fases iniciais de tratamento.

Além da adoção dessas estratégias comportamentais, a terapia cognitiva busca alterar crenças disfuncionais sobre o sono que predisponham à manutenção do quadro de insônia. Tais crenças podem fundamentar-se em expectativas irreais sobre a necessidade do sono, em atribuições causais errôneas ou na amplificação das consequências da insônia. Como pontos fundamentais, a terapia cognitiva deve abordar os aspectos fisiológicos do sono e as diferenças interindividuais, a fim de que possam ser construídas expectativas realistas, bem como diminuída a valorização do quadro de insônia.

A TCC é considerada tratamento de primeira linha para o transtorno de insônia primária e a insônia comórbida em adultos (Morgenthaler et al., 2006), com maior eficácia em longo prazo e maior segurança se comparada à farmacoterapia. Diferentes formas de aplicação da TCC para tratamento da insônia têm sido propostas, incluindo formatos mais convencionais, como a aplicação individual presencial e a aplicação em grupos, e alguns mais inovadores, com aplicação pela internet, permitindo maior abrangência populacional. Embora os estudos utilizando a TCC para o tratamento do transtorno crônico de insônia na adolescência sejam ainda escassos, evidências preliminares sugerem sua eficácia também para essa população (de Bruin, Bögels, Oort, & Meijer, 2015; de Bruin, Oort, Bögels, & Meijer, 2014). A TCC como tratamento da insônia tende a ser particularmente relevante na adolescência, considerando-se que o tratamento medicamentoso

nessa faixa etária deve ser feito com extrema cautela e parcimônia, em virtude dos potenciais riscos de farmacodependência e efeitos adversos.

Uma situação particularmente comum na prática clínica com adolescentes é o atraso de fase levando à dificuldade de conciliação do sono, em associação com hábitos inadequados de higiene do sono e subsequente síndrome do sono insuficiente. Em geral, esses pacientes apresentam dificuldade para iniciar o sono no horário desejado e extrema dificuldade para despertar cedo, ficam relutantes em levantar da cama e sonolentos durante as primeiras aulas matinais. O déficit de sono acumulativo passa a se expressar por irritabilidade e sonolência durante o período diurno, bem como por impacto no desempenho escolar em virtude do comprometimento de funções cognitivas como atenção e memória. Esse quadro frequentemente induz a conflitos familiares, por falta de conhecimento dos pais em relação às características biológicas peculiares do sono na adolescência e por relutância por parte do adolescente em adquirir novos hábitos relacionados à higiene do sono.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferentes e complexas tarefas desenvolvimentais da adolescência compreendem contextos e situações que sofrem influência de muitas variáveis, como a prática de atividade física e de esporte, bem como a quantidade e a qualidade de sono. Essas variáveis influenciam significativamente funções cognitivas, autoestima, satisfação, bem-estar e outros fatores de risco e -proteção descritos no capítulo. Assim, cabe ao terapeuta cognitivo-comportamental considerar a importância da prática esportiva como fator de desenvolvimento humano que coloca o adolescente diante de diferentes situações, as quais incidem diretamente no seu modo de pensar e ver o mundo. Ao mesmo tempo, deve considerar e investigar a rotina de sono dos adolescentes, que têm mostrado cada vez mais déficits significativos, decorrentes da prevalência de transtornos como, por exemplo, a síndrome do sono insuficiente, o transtorno de atraso de fase de sono e a narcolepsia.

A interação desses fatores (esporte e sono) se dá sobretudo em situações em que o adolescente está engajado em um esporte. Assim, a quantidade e a

qualidade do sono terão influência direta sobre seu desempenho na atividade, o que desencadeia uma série de consequências biopsicossociais em seu desenvolvimento.

A prática esportiva e os hábitos de sono podem atuar como fatores de proteção potentes nessa fase de tantas mudanças, pois agem diretamente em aspectos biopsicossociais fundamentais para essa etapa da vida. O desafio que fica para os terapeutas de adolescentes é, além de ampliar seus conhecimentos sobre esses temas, estabelecer parcerias com profissionais de diferentes áreas a fim de alcançar uma compreensão global do indivíduo na adolescência e do processo que se dá nessa fase.

REFERÊNCIAS

- Albrecht, U. (2012). Timing to perfection: The biology of central and peripheral circadian clocks. *Neuron*, 74(2), 246-260.
- Alves, J. G. B., Montenegro, F. M. U., Oliveira, F. A., & Alves, R. V. (2005). Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(5), 291-294.
- American Academy of Sleep Medicine (AASM). (2014). *International classification of sleep disorders* (3rd ed.). Darien: AASM.
- Barbosa, D. J. (1991). O adolescente e o esporte. In M. F. Maakaroun, R. P. Souza, & A. R. Cruz (Eds.), *Tratado de adolescência: Um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Bartel, K. A., Gradisar, M., & Williamson, P. (2015). Protective and risk factors for adolescent sleep: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 72-85.
- Bedendo, A., & Noto, A. R. (2015). Sports practices related to alcohol and tobacco use among high school students. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(2), 99-105.
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Hum Neurobiol*, 1(3), 195-204.
- Brasil. Ministério do Esporte (2015). *DIESPORTE: Diagnóstico Nacional do Esporte*. Brasília: Ministério do Esporte.
- Brasil. Ministério do Esporte. (2016). Secretaria Nacional do Esporte, Lazer e inclusão social. Brasília: Ministério do Esporte. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cespo/audiencias-publicas/audiencias-publicas-2015/23-09-2015-dia-nacional-do-desporto-escolar/apresentacao-do-ministerio-do-esporte>
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39(6), 411-418.
- Brettschneider, W. D., & Heim, R. (1997). Identity, sport and youth development. In K. Fox K. (Ed.), *The physical self: From motivation to well-being*. Champaign: Human Kinetics.

- Cappuccio, F. P., D'Elia, L., Strazzullo, P., & Miller, M. A. (2010). Sleep duration and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*, 33(5), 585-592.
- Carskadon, M. A., Vieira, C., & Acebo, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep*, 16(3), 258-262.
- Cevada, T., Cerqueira, L. S., Moraes, H. S., Santos, T. M., Pompeu, F. A. M. S., & Deslandes, A. C. (2012). Relação entre esporte, resiliência, qualidade de vida e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(3), 85-89.
- de Bruin, E. J., Bögels, S. M., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: A randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *Sleep*, 38(12), 1913-1926.
- de Bruin, E. J., Oort, F. J., Bögels, S. M., & Meijer, A. M. (2014). Efficacy of internet and group-administered cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: A pilot study. *Behavioral Sleep Medicine*, 12(3), 235-254.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira H., Mouta, R., ... Laks, J. (2009). Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191-198.
- Eccles, J. S., Barber, B. L., Stone, M., & Hunt, J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of Social Issues*, 59(4), 865-884.
- España, R. A., & Scammell, T. E. (2011). Sleep neurobiology from a clinical perspective. *Sleep*, 34(7), 845-858.
- Fortes, L. S., & Ferreira, M. E. C. (2011). Comparação da insatisfação corporal e do comportamento alimentar inadequado em atletas adolescentes de diferentes modalidades esportivas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 25(4), 707-716.
- Gill, D. L., & Williams, L. (2008) *Psychological dynamics of sport and exercise*. United States: Human Kinetics.
- Guedes, D. P., Guedes, J. R. R. P., Barbosa, D. S., & Oliveira, J. A. (2001). Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(6), 187-199.
- Guedes, D. P., Guedes, J. R. R. P., Barbosa, D. S., & Oliveira, J. A. (2009). Atividade física habitual e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 10(1), 13-21.
- Hernandez, J. A. E., & Gomes, M. M. (2002). Coesão grupal, ansiedade pré-competitiva e o resultado dos jogos em equipes de futsal. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 24(1), 139-150.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43.
- Kawazoelazzoli, J., Nobrega, A. C. L., Carvalho, T., Oliveira, M. A. B., Teixeira, J. A. C., Leitão, M. B., ... Matsudo, V. (1998). Posicionamento oficial: Atividade física e saúde na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 4(4), 107-109.

- Kramer, A., Erickson, K., & Colcombe, S. (2006). Exercise, cognition, and the aging brain. *Journal of Applied Physiology*, 101(4), 1237-1242.
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2015). *Principles and practice of sleep* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., & Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, 39(3), 497-506.
- Marques, A., Peralta, M., Martins, J., Sarmiento, H., & Costa, F. C. (2016). Identificação de padrões de atividade física e comportamentos sedentários em adolescentes, com recurso à avaliação momentânea ecológica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(1), 38-45.
- Marques, A., & Calmeiro, L. (2015). Health complaints among adolescents: Associations with more screen-based behaviors and less physical activity. *Journal of Adolescence*, 44, 150-157.
- Marsh, H. W., & Kleitman, S. (2003). School athletic participation: Mostly gain with little pain. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 25, 205-228.
- Martin, S., Dale, G., & Jackson, A.W. (2001). Youth coaching preferences of adolescent athletes and their parents. *Psychology of Sport and Exercise*, 24(2), 60-66.
- Matricciani, L., Olds, T., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: Secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 203-211.
- McNeal, R. B. (1995). Extracurricular activities and high school dropouts. *Sociology of Education*, 68(1), 62-80.
- Medina, F. (c2013). *Você sabe a diferença entre atividade física e exercício físico?* São Paulo: Fabio Medina. Recuperado de <http://www.fabiomedina.com.br/fabio-medina-assessoria-esportiva/170-voce-sabe-a-diferenca-entre-atividade-fisica-e-exercicio-fisico->
- Modolo, F., Mello, M. T., Gimenez, P. R., Tufik, S., & Antunes H. K. M. (2009). Dependência de exercício físico: Humor, qualidade de vida em atletas amadores e profissionais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15(5), 355-359.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., ... Swick, T. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep-New York Then Westchester*, 29(11), 1415-1519.
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., ... Miyashita K. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health*, 6(2), 179-184.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193.
- Perini, T. A., Vieira, R. S., Vigário, P. S., Oliveira, G. L., Ornellas, J. S., & Oliveira, F. P. (2009). Transtorno do comportamento alimentar em atletas de elite de nado sincronizado. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15(1), 54-57.
- Ribeiro, P. C. P. (2001). O uso indevido de substâncias: Esteróides anabolizantes e energéticos. *Adolescencia Latinoamericana*, 2, 97-101.

- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Chen, I. G. (2002). Impact of insomnia on future functioning of adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(1), 561-569.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Duong, H. T. (2009). Sleepless in adolescence: Prospective data on sleep deprivation, health and functioning. *Journal of Adolescence*, 32(5), 1045-1057.
- Román, S., & Savioa, M. G. (2003). Pensamentos automáticos e ansiedade num grupo de jogadores de futebol de campo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(2), 13-22.
- Santos, A. R., Baixo, I. L. S., & Silveira, D. C. (2010). O despertar das habilidades sociais na criança através dos jogos no processo educacional. *Lecturas, Educación Física y Deportes*, 15(149).
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Siegel, J. M. (2005). Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature*, 437(7063), 1264-1271.
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 541-553.
- Teixeira, P. C., Costa, R. F., Matsudo, S. M. M., & Cordas, T. A. (2009). A prática de exercícios físicos em pacientes com transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 145-152.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2008). *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício físico*. Porto Alegre: Artmed.
- Zweig, J. M., Phillips, B. S., & Lindberg, L. D. (2002). Predicting adolescent profiles of risk: looking beyond demographics. *Journal of Adolescent Health*, 31(4), 343-353.

LEITURAS RECOMENDADAS

- Cardoso, V. D. (2011). A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 33(2), 529-539.
- Francisco, A. A. S., & Aiello, A. L. R. (2004). *Efeitos da educação física nas habilidades sociais, estresse e autoestima de indivíduos com necessidades especiais* (Relatório de Pesquisa, Universidade federal de São Carlos, São Carlos).



RELACIONAMENTOS, SEXUALIDADE E AUTOESTIMA

PRISCILA LAWRENZ
LUÍSA F. HABIGZANG

As experiências de ser adolescente são distintas para cada indivíduo. Em um país com tamanhas disparidades como o Brasil, a fase da adolescência reúne diferentes expectativas e desafios, dependendo de características regionais, étnicas, culturais e socioeconômicas (Cerqueira-Santos, Melo Neto, & Koller, 2014). Os adolescentes brasileiros podem ser considerados um grupo vulnerável e exposto a situações de violência urbana e intrafamiliar, exploração do trabalho, gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2011).

Apesar dos riscos aos quais essa população está exposta, os desafios da adolescência também podem ser encarados como oportunidades de crescimento e construção de uma identidade (Papalia & Feldman, 2013). Neste capítulo, objetiva-se apresentar aspectos desenvolvimentais referentes a relacionamentos, sexualidade e autoestima, bem como estudos empíricos envolvendo adolescentes brasileiros. O conhecimento sobre as características dessa etapa do desenvolvimento poderá contribuir para o planejamento de intervenções preventivas e terapêuticas que considerem as especificidades dessa fase do ciclo vital.

RELACIONAMENTOS

A FAMÍLIA

A família é o primeiro grupo social do qual o indivíduo faz parte - (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Pratta & Santos, 2007). As funções atribuídas à família incluem:

- cuidados físicos e emocionais necessários para o desenvolvimento individual

- 2 suporte e continência durante as crises enfrentadas em cada fase da vida
- 3 criação de um ambiente que permita a aprendizagem
- 4 transmissão de valores culturais que preparem para o exercício da cidadania (Pratta & Santos, 2007)

Apesar de ser um grupo social comum aos participantes, muitas são as estruturas e configurações assumidas pela família ao longo dos tempos (Morais, Lima, & Fernandes, 2014).

A estrutura familiar está intimamente ligada ao momento histórico que atravessa a sociedade da qual faz parte. O modelo de família “tradicional” predominou do início do século XX até meados da década de 1960. De acordo com esse modelo, o homem é o “chefe da casa”, o provedor da família, responsável pelo trabalho remunerado, tendo autoridade e poder sobre a mulher e os filhos. A mulher, por sua vez, é responsável pelo trabalho doméstico e pelos cuidados com relação aos filhos e ao marido. Nesse contexto, as relações estabelecidas entre pais e filhos são marcadas por diferenças entre as gerações e definidas por noções de respeito e autoridade (Pratta & Santos, 2007).

A partir da segunda metade do século XX, a família passou, e continua passando, por importantes transformações. Entre os fatores responsáveis pelas mudanças, pode-se citar o processo de industrialização e urbanização, o avanço tecnológico, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento do número de separações e divórcios, bem como a diminuição das famílias numerosas, das taxas de natalidade e de mortalidade infantil. Tais transformações têm contribuído para a emergência de novas configurações familiares, que se apresentam na forma de uniões consensuais, famílias chefiadas por mulheres (ou monoparentais), famílias reconstituídas e uniões entre pessoas do mesmo sexo (Morais et al., 2014; Pratta & Santos, 2007).

Nas relações entre pais e filhos, é possível identificar que formas de educação autoritárias têm sido substituídas por um estilo autoritativo. Permanecem as regras, normas e valores importantes, mas há maior disponibilidade para ouvir, explicar e negociar (Papalia & Feldman, 2013). Determinados comportamentos, até então culturalmente aceitos, como a utilização da força física na educação de crianças e adolescentes, hoje são criticados e coibidos (Cecconello, De Antoni, & Koller, 2003). Com o

distanciamento da mulher do ambiente doméstico em decorrência de sua inserção no mercado de trabalho, o homem passa a ser incentivado a manter um maior envolvimento afetivo com os filhos e uma participação mais ativa no seu desenvolvimento. A atual geração de adolescentes está sendo educada por pais que, muitas vezes, vivenciam uma rotina de múltiplos papéis, realizando tarefas dentro e fora do ambiente familiar (Pratta & Santos, 2007).

Em 1967, Baumrind (1967) definiu como *estilos parentais* o conjunto de atitudes e práticas dos cuidadores em relação aos filhos que caracterizam a natureza da interação entre eles. Pais autoritativos foram caracterizados como aqueles que encorajam a autonomia e respondem às opiniões e necessidades dos filhos. Seus comportamentos baseiam-se no respeito à individualidade dos membros da família e na abertura para o diálogo (Baumrind, 1971). Esse estilo parental está relacionado a aspectos positivos do desenvolvimento, como maturidade, competência psicossocial, bom desempenho escolar e indicadores de adequação comportamental (Costa, Teixeira, & Gomes, 2000). Pais indulgentes, por sua vez, caracterizam-se pela tolerância e afetividade, mas têm dificuldades para impor limites e raramente fazem exigências. Filhos de cuidadores desse tipo tendem a desenvolver autonomia e boa autoestima, mas podem apresentar comportamentos de risco em decorrência da falta de monitoramento. Já os pais autoritários são caracterizados por rigidez, imposição de valores, regras e punições. As ameaças de punições físicas ou privação de afeto podem gerar medo, ansiedade, raiva e retraimento social nos filhos (Glasgow, Dornbush, Troyer, Steinberg, & Ritter, 1997). Por fim, pais considerados negligentes demonstram pouco interesse sobre as necessidades físicas e emocionais da prole. A negligência compromete o desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes, prejudicando sua competência social e aumentando a ocorrência de depressão, ansiedade e somatizações (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, & Dornbusch, 1994).

Um estudo realizado por Hutz e Bardagir (2006) investigou a influência dos estilos parentais percebidos sobre os níveis de indecisão profissional, ansiedade e depressão em adolescentes. Participaram da pesquisa 467 jovens com idades entre 15 e 20 anos, estudantes do último ano do ensino médio, de Porto Alegre (RS). Os resultados indicaram que filhos de pais autoritários e negligentes apresentaram maiores níveis de depressão e ansiedade. Apesar de

os estilos parentais não terem influenciado diretamente a indecisão profissional, apresentaram relação com o bem-estar psicológico dos adolescentes.

Durante a fase da adolescência, os pais desempenham o importante papel de oferecer suporte aos filhos. O suporte familiar engloba informações, conforto, carinho e permissão para autonomia. Tais comportamentos podem atenuar os efeitos dos eventos estressantes vivenciados no cotidiano do adolescente. Relacionamentos sociais positivos com família e amigos, por exemplo, tendem a gerar sentimentos de bem-estar, maior autoestima e autoeficácia. Em contrapartida, relacionamentos mais frágeis na adolescência podem contribuir para a aquisição de personalidades vulneráveis e o desenvolvimento de quadros como a depressão (Baptista, Baptista, & Dias, 2001).

O adolescente tem grande necessidade de expor suas ideias e questionar, e é no âmbito familiar que, muitas vezes, procura estabelecer essa troca. O relacionamento baseado no diálogo é um componente fundamental da dinâmica familiar, uma vez que funciona como um dos meios para que as relações entre pais e filhos sejam satisfatórias e saudáveis. Esse diálogo não pode ser encarado como uma cobrança ou funcionar como estratégia para controlar a vida dos adolescentes. Se a comunicação for fechada, caracterizada pelo excesso de autoridade, a tendência é que pais e filhos conversem apenas sobre assuntos banais do cotidiano. Em contrapartida, se a comunicação for aberta, os membros da família podem expor sentimentos e questionamentos sem ameaças, conversando sobre temas pessoais (Pratta & Santos, 2007).

Ainda hoje, a adolescência carrega o estereótipo da rebeldia e da hostilidade em relação aos valores dos adultos. De fato, nessa fase do desenvolvimento o indivíduo começa a questionar normas sociais e familiares, e isso pode gerar conflitos. O nível de discórdia familiar parece depender, basicamente, das personalidades dos adolescentes e do tratamento oferecido pelos pais. Quando estes atribuem aos jovens características negativas de personalidade e um histórico de comportamento problemático, as desavenças podem ser mais frequentes (Papalia & Feldman, 2013).

Em um estudo realizado por Pratta e Santos (2007), objetivou-se levantar pontos positivos e negativos do relacionamento familiar segundo a opinião de adolescentes usuários e não usuários de substâncias psicoativas. A pesquisa teve como população-alvo adolescentes do ensino médio da cidade de São Carlos (SP), e dela participaram 568 adolescentes de ambos os sexos (45,1% do sexo masculino e 54,9% do feminino) com idades entre 14 e 20 anos. Os resultados demonstraram que os dois grupos apontaram a presença do diálogo como uma característica positiva no relacionamento familiar. Contudo, principalmente para os usuários de substâncias psicoativas, a “falta de diálogo” foi considerada um aspecto negativo do relacionamento. Elementos como diálogo, compreensão e tempo de convivência com os pais foram apontados como os principais pontos da dinâmica familiar que deveriam ser melhorados.

Apesar da função de cuidado que deve ser desempenhada pela família, é no contexto familiar que ocorre a maior incidência de violações de direitos e maus-tratos (Habigzang, Azevedo, Koller, & Machado, 2006). Em decorrência da complexidade das relações, a família pode ser considerada tanto um fator de risco quanto um fator protetivo para a saúde e o bem-estar do indivíduo (Morais et al., 2014; Reppold, Pacheco, Bardagi, & Hutz, 2002). Estatísticas apontam, por exemplo, que o maior percentual de abusadores sexuais de crianças e adolescentes são os próprios parentes, especialmente pais, padrastos e tios (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2011).

De Antoni e Koller (2000) realizaram um estudo cujo objetivo era investigar como adolescentes percebiam sua família e quais suas expectativas em relação à constituição de uma família no futuro após a vivência de violência intrafamiliar, o afastamento da família e a institucionalização. Participaram da pesquisa 12 adolescentes de 12 a 17 anos que foram separadas em dois grupos, denominados “A” e “B”. A coleta de dados foi realizada por meio de dois grupos focais. Os resultados demonstraram que o grupo “A” apresentou uma visão de família baseada em laços afetivos, na qual as responsabilidades parentais eram indefinidas, e as relações, marcadas por violência. Já o grupo “B” revelou uma visão de família com base no modelo tradicional, com papéis parentais definidos e relações de

reciprocidade. A idealização da família e as expectativas sobre a formação da própria família com configurações diferentes das atuais estiveram presentes nos dois grupos. Essa atitude pode ser interpretada como uma tentativa de proteção e busca por mudanças na qualidade das relações familiares futuras.

Esta seção tem como objetivo apresentar concepções teóricas e estudos desenvolvidos no Brasil sobre a relação dos adolescentes com as suas famílias. A literatura aponta para a importância da comunicação, da confiança e da proximidade afetiva entre os jovens e seus pais. Tais comportamentos e atitudes podem agir de forma preventiva ante os fatores de risco aos quais os adolescentes estão expostos. Ter o apoio e a compreensão dos familiares é requisito fundamental para o bem-estar psicológico do indivíduo que atravessa as transformações rápidas e intensas da adolescência (Pratta & Santos, 2007).

Aos psicólogos, cabe compreender a complexidade das estruturas e dinâmicas familiares presentes nos dias atuais. As práticas de atendimento devem estar pautadas não apenas nas vulnerabilidades dos adolescentes e suas famílias, mas nos recursos que podem ser encontrados em cada situação. Os profissionais devem atentar para características desenvolvimentais típicas da adolescência e auxiliar os pais na compreensão de que o progressivo afastamento dos jovens em busca de autonomia constitui um aspecto saudável. Além disso, os psicólogos podem contribuir para o desenvolvimento de padrões comunicacionais positivos entre pais e filhos, bem como promover o estilo autoritativo de educação em busca de bem-estar familiar.

GRUPOS DE PARES E AMIGOS

Se, por um lado, a adolescência é reconhecida como um período de progressivo afastamento da família, por outro, é nessa fase que se estreitam as relações com amigos e pares (Desouza, Rodríguez, & De Antoni, 2014). A idade se torna um poderoso agente de vinculação, e os jovens passam a maior parte do tempo com os amigos (Papalia & Feldman, 2013). Em comparação à infância, na adolescência o círculo de amizades se amplia. De acordo com as particularidades de cada cultura, os amigos, juntamente com a família, se

tornam as principais fontes de apoio social do indivíduo (Sant’Anna & Garcia, 2011).

Os grupos de pares são compostos por indivíduos que têm aproximadamente a mesma idade ou nível de maturidade (Santrock, 2014). Os grupos se constituem como lugares de experimentação, ambientes para conquistar autonomia dos pais e formar relacionamentos íntimos que servem como ensaios para a intimidade adulta (Papalia & Feldman, 2013). O termo “pares” é utilizado para designar conhecidos, vizinhos, amigos ou parceiros amorosos. Uma das funções dos grupos de pares é fornecer informações sobre o mundo fora das famílias. Enquanto interagem nos diferentes contextos, os adolescentes podem sofrer influências tanto positivas quanto negativas (Santrock, 2014).

Exemplos de influências negativas podem ser os episódios de *bullying*, vivenciados, em sua maioria, no contexto escolar. O *bullying* é definido como violência marcada por atos agressivos, repetidos e com assimetria de poder entre os pares. Nos últimos anos, a ideia de *cyberbullying* também vem ganhando notoriedade entre famílias, escolas, mídia e estudiosos. Trata-se da violência entre pares que ocorre no espaço virtual, especialmente nas redes sociais. As consequências de tais experiências são sérias e incluem depressão, ansiedade, baixa autoestima e diminuição do interesse acadêmico (Lisboa, Campos, Wendt, & Dias, 2014; Pigozi & Machado, 2015).

Um estudo realizado com 28 estudantes de uma escola pública da cidade de Recife (PE) buscou compreender os significados produzidos pelas práticas de *bullying*, termo que, para esse trabalho específico, as autoras optaram por traduzir como “intimidação”. Os participantes tinham entre 16 e 18 anos, e os dados foram coletados por meio de observação participante e grupos focais. Para ingressar na escola, era necessário passar por uma disputada seleção que buscava “alunos de excelência”. Essa condição acabou se tornando o motivo de episódios de intimidação entre pares, pois os alunos com dificuldades de aprendizagem ou que obtinham notas baixas passavam a ser alvo de agressões verbais, xingamentos e humilhações. As intimidações eram, muitas vezes, chamadas de “brincadeiras” e naturalizadas por professores e alunos. Os adolescentes intimidadores demonstravam falta de empatia em relação às vítimas, prazer com a irritação alheia, certeza de que não seriam punidos,

necessidade de controle e consciência da prática de intimidação. As relações de amizade, por sua vez, sustentavam a prática de intimidação. As “brincadeiras” não eram censuradas se o intimidador fosse amigo da vítima ou da plateia. O intimidador permanecia protegido pela relação de amizade e deixava o amigo em dúvida sobre como reagir, já que este não queria perder a amizade (Nascimento & Menezes, 2013).

Os amigos são um subgrupo dos grupos de pares (Santrock, 2014). Em geral, as amizades são constituídas por aspectos positivos de afeto, - divertimento, reciprocidade, confiança, intimidade e interesses comuns. Ter amigos pode colaborar para um desenvolvimento psicossocial saudável, bem como proporcionar trocas de informações e apoio social de pares que estão passando por conflitos similares (Desouza et al., 2014). Os adolescentes que questionam a adequação dos pais como modelos de comportamento, mas que ainda não estão seguros de si mesmos para ficar sozinhos, buscam nos amigos a indicação do que é certo e errado. Os adolescentes desejam estar com os amigos, e nessa etapa a intensidade das amizades é maior do que em qualquer outra fase da vida (Papalia & Feldman, 2013).

Manter boas amizades ou um grupo de amigos íntimos, em geral, faz os adolescentes se sentirem aceitos, compreendidos e confiantes. No entanto, é preciso considerar que os efeitos das amizades podem não ser sempre protetivos. Uso de drogas, comportamentos antissociais e atitudes pró-anorexia, entre outros, podem ser influenciados por amigos. Os adolescentes tendem a reproduzir os comportamentos dos amigos para receber gratificação e validação (Desouza et al., 2014).

Apesar de a amizade entre adolescentes ser um aspecto importante dessa fase do desenvolvimento, estudos com esse foco são escassos no Brasil. Mudanças nas relações entre adolescentes e seus amigos têm sido observadas nos últimos anos em decorrência dos avanços tecnológicos. Para muitos jovens, não há diferença entre falar ao celular e encontrar alguém face a face, uma vez que o uso de aparelhos eletrônicos e da internet se tornou o principal meio de comunicação entre adolescentes (Sant’Anna & Garcia, 2011).

Desde o seu aparecimento, as redes sociais *on-line* atraíram milhões de usuários. Pode-se definir tais redes como um serviço cibernético que permite aos indivíduos construir um perfil acerca de si e partilhar informações com

outras pessoas. Atualmente, a internet é identificada como uma ferramenta de comunicação que pode ser importante para jovens com alguma dificuldade nas competências sociais, sendo identificada como uma forma comunicacional positiva em casos de timidez e de distância geográfica (Assunção & Matos, 2014).

Um estudo desenvolvido por Sant'Anna e Garcia (2011) investigou como adolescentes percebiam a influência da telefonia celular em suas amizades. Participaram da pesquisa 20 jovens com idades de 14 a 17 anos, de quatro escolas particulares da cidade de Vitória (ES). Os resultados indicaram que o uso do telefone celular se iniciou por volta dos 11 ou 12 anos. Com isso, houve aumento do tempo em contato com os amigos, além da quantidade de informações trocadas, que diferiram entre rapazes e garotas. Os meninos utilizavam o celular de modo mais pragmático (para combinar ações com os amigos), e as meninas, de modo mais amplo, trocando informações pessoais (novidades e fofocas). Em alguns casos, o uso do celular ampliou o número de amigos e intensificou as amizades já existentes. De modo geral, os autores concluíram que esse recurso intensifica as amizades do dia a dia, aumentando as possibilidades de contato. Tendo em vista a rapidez dos avanços tecnológicos e o incremento de novos meios de comunicação via celular e computador, é importante que sejam desenvolvidos estudos com adolescentes brasileiros buscando investigar a relação entre tecnologias e relacionamentos pessoais.

Duas pesquisadores da Universidade do Porto, em Portugal, desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de compreender o sentido crítico dos adolescentes sobre o uso do Facebook. Os participantes foram 20 jovens de 15 a 18 anos, os quais foram divididos em três grupos focais. Quanto aos resultados, de modo geral, os participantes entendiam a internet como uma ferramenta de enorme importância na vida atual. Entre as principais mudanças decorrentes do uso, os jovens citaram a aproximação entre pessoas que estão distantes, o rápido acesso a informações e a realização de tarefas cotidianas. O Facebook foi considerado a rede social preferencialmente utilizada entre os adolescentes, que referiram ter um número elevado de amigos nessa rede social, embora não fossem íntimos da maioria. No que tange à natureza dessas relações, os jovens referiram que os

relacionamentos com os amigos próximos eram iguais no Facebook e no contexto real, sendo as conversas *on-line* uma extensão do contato face a face. Os adolescentes apresentaram uma boa compreensão dos riscos associados ao uso das redes sociais, mas não consideraram o Facebook uma ferramenta de alienação ou empobrecimento das relações sociais (Assunção & Matos, 2014).

A relação entre pares é um tema sobre o qual os adolescentes frequentemente falam em psicoterapia. Os psicólogos devem ter clareza da influência que os grupos e amigos desempenham na vida dos jovens. Ao identificarem relações que potencializam riscos, essas devem se tornar foco da psicoterapia. Exemplos seriam situações de *bullying*, comportamentos antissociais e abuso de substâncias. Além disso, é necessário acompanhar possíveis dificuldades dos adolescentes para desenvolver e manter relações de amizade, uma vez que podem estar relacionadas a déficits nas habilidades sociais. Nesses casos, a terapia cognitivo-comportamental pode ser especialmente útil para o desenvolvimento de repertórios sociais assertivos.

SEXUALIDADE E RELAÇÕES AMOROSAS

A sexualidade é um tema importante na vida e no desenvolvimento dos adolescentes. É nessa fase do ciclo vital que costuma ocorrer o início do exercício da sexualidade com parceiros, a afirmação social da identidade sexual e a consolidação da orientação sexual (Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012; Papalia & Feldman, 2013; Santrock, 2014). A sexualidade ultrapassa o ato sexual e tem a ver com significados e atitudes relacionadas à história pessoal de cada indivíduo. Cada um encontra diferentes formas de manifestar, expressar e sentir a sua sexualidade (Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012).

Nos primeiros anos da adolescência, período chamado de puberdade, os jovens se deparam com transformações na voz, altura, crescimento dos pelos pubianos, pênis e testículos, primeira ejaculação, aumento de seios, alargamento dos quadris e menarca. Diante do corpo em mudança, cresce o interesse sexual por indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto (Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012). As experimentações sexuais podem incluir

beijos, abraços, carícias e toques nos genitais. Nessa etapa, é comum que ocorra a primeira relação sexual entre pares (Sanderson, 2005).

Entre os aspectos da sexualidade humana que perpassam a vida dos adolescentes está a orientação sexual. Por definição, a orientação sexual envolve relações e emoções que podem ser vividas com indivíduos do sexo oposto, do mesmo sexo ou de ambos os sexos (American Psychological Association [APA], 2008). No sistema social atual, ainda imperam pressupostos machistas e heterossexistas que buscam a adequação entre sexo, gênero, identidade e orientação sexual. Todavia, esse tipo de visão diminui o espaço para o reconhecimento da diversidade sexual e limita a sexualidade a um modo restrito de expressão que pode levar ao sofrimento e à não aceitação de muitos adolescentes (Lawrenz, Cerqueira-Santos, & Habigzang, no prelo).

Nesse contexto de descobertas e experimentações em relação à sexualidade, surgem as relações amorosas. Atualmente, as relações amorosas entre adolescentes são caracterizadas por uma liberdade de experimentação. Antes do namoro, existe a fase do “ficar”. “Ficar” pode ser entendido como um teste para o namoro, uma relação ocasional que não implica compromissos futuros. As práticas mais comuns incluem beijos, abraços e carinhos (Minayo, 2011). O namoro, por sua vez, permite que o adolescente aprenda sobre intimidade e o estabelecimento de uma relação significativa com outra pessoa. Além disso, pode ser fonte de *status* social e proporcionar companhia por meio de atividades compartilhadas (Santrock, 2014). Normalmente, a fase do namoro tem como ambiente a casa dos pais. Apesar de estes estarem mais permissivos hoje, em muitos casos continua a existir dificuldade em aceitar que seus filhos tenham relações sexuais. A principal causa dessa interdição são valores negativos atribuídos ao sexo fora do casamento, razões religiosas e medo de estar acobertando promiscuidade (Minayo, 2011).

Nas últimas décadas, a idade de início das relações sexuais tem diminuído. No Brasil, a média de idade encontra-se entre os 15 e os 16 anos (Brasil, 2011). O início cada vez mais precoce da atividade sexual pode estar relacionado à diminuição da idade da menarca: em 1830, a primeira menstruação ocorria aos 17 anos; no século XX, diminuiu para 14. Hoje ocorre, em média, aos 12 anos (Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012). Outro

fator que pode estar relacionado à iniciação sexual precoce é a “infância da pressa”. Cada vez mais cedo, os jovens são pressionados, por motivos sociais e culturais, a entrar na vida adulta. Crianças e adolescentes se vestem como adultos, assistem a filmes e programas de TV voltados para o público adulto e, conseqüentemente, querem se comportar como adultos (Cerqueira-Santos, 2008).

Conhecer os limites da liberdade sexual, as regras sociais e as responsabilidades pessoais que envolvem a sexualidade são desafios para os adolescentes. É comum que sejam identificados, entre eles, comportamentos sexuais de risco, os quais incluem as relações sexuais sem o uso de preservativos e a multiplicidade de parceiros. Cresce, então, a preocupação com doenças sexualmente transmissíveis, gestações não planejadas e abortos (Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012).

De acordo com a Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas a DST e Aids na População Brasileira, apesar de bem informados e de constituírem o grupo etário que mais utiliza preservativo na primeira relação sexual (60,8%), o comportamento dos adolescentes muda quando se trata de fazer sexo com parceiros fixos: o uso do preservativo baixa para 30,7% na faixa etária de 15 a 24 anos. O sexo inseguro é um dos fatores que auxilia a compreensão do avanço da infecção por HIV e dos casos de gravidez na adolescência (Brasil, 2011).

A gravidez nessa etapa do desenvolvimento pode gerar profundos impactos na saúde, no desempenho escolar e nas oportunidades de trabalho de adolescentes de ambos os sexos. No Brasil, entre as jovens de 10 a 17 anos sem filhos, cerca de 6,1% não estudam. Na mesma faixa etária, entre as adolescentes que têm filhos, essa proporção chega a 75,7%. Além disso, 57,8% das mesmas meninas que já são mães não estudam nem trabalham. Em alguns casos, a gravidez pode ser uma opção de jovens que buscam autonomia, autoridade e reconhecimento social das famílias, amigos e colegas (UNICEF, 2011).

Metade das novas infecções de HIV registradas todos os anos acontece entre os jovens, sendo que dois terços desse total estão concentrados entre meninas de 15 a 24 anos. No Brasil, na faixa etária dos 13 aos 19 anos, a maior parte dos registros da doença está entre as mulheres. Para cada oito

casos em meninos, existem 10 em meninas. Um dos motivos para os altos índices de contaminação entre as jovens é a falta de uso de preservativos durante as relações sexuais. Para os garotos dos 13 aos 24 anos, a principal forma de transmissão do HIV é a relação homossexual (responsável por 39,2% dos casos). Diversos fatores explicam a maior vulnerabilidade dos jovens para a infecção pelo HIV: entre as meninas, as relações desiguais de gênero e o não reconhecimento de seus direitos; no caso dos homossexuais, deixar de falar sobre a discriminação e o preconceito criam barreiras importantes para a autoproteção (UNICEF, 2011).

No contexto clínico, aspectos da sexualidade e das relações amorosas podem surgir como angústias e problemas centrais para os adolescentes. A fim de receber e acolher essas demandas de forma adequada, o psicólogo deve apresentar uma postura aberta e desprovida de julgamento moral. Entre as dificuldades mais comuns, os jovens podem relatar:

- 1** conflitos quanto à orientação sexual
- 2** insatisfação com as mudanças do corpo
- 3** medos em relação às experiências sexuais
- 4** sofrimento devido a sentimentos amorosos não correspondidos

Esses conflitos podem ser exacerbados quando os adolescentes não recebem suporte da família e dos amigos. Aspectos negativos envolvendo sexualidade e relações amorosas podem estar associados a sintomas depressivos e ansiosos, abuso de substâncias e transtornos alimentares.

AUTOESTIMA

A construção da autoestima está baseada nas opiniões de pessoas significativas, na visão cultural existente, nas percepções a respeito de si mesmo, nas inseguranças, bem como nos êxitos e fracassos que o indivíduo acumula desde a infância (Assis & Avanci, 2004). O primeiro autor a analisar sistematicamente a noção de autoestima foi James (1890), um dos precursores da psicologia como ciência. Para James, autoestima é a percepção do que se é e do que se faz. Cada pessoa teria a capacidade de se avaliar em

termos de fracassos e sucessos, sendo a autoestima um atributo dinâmico e sujeito a mudanças.

Na década de 1960, os estudos realizados por Rosenberg (1965) sobre o assunto tornaram-se um marco teórico. A autoestima é compreendida, então, como uma avaliação que o indivíduo realiza e comumente mantém a respeito de si. Envolve fatores relacionados a formação de atitudes, sentimentos, percepções e cognições. Os padrões socialmente aceitos fornecem um modelo segundo o qual ideais são estruturados e o indivíduo gradua a percepção sobre si.

A autoestima caracteriza-se por um processo dinâmico, que começa a ser estruturado na infância e pode ser modificado ao longo da vida. As experiências familiares, escolares e com o grupo social são o molde para as opiniões que a criança forma a seu próprio respeito. Quando as experiências vêm acompanhadas de críticas excessivas, humilhações e depreciações, provavelmente a opinião que a criança atribuirá a si também será negativa. Em contrapartida, expressões de afeto, elogios e atenção podem contribuir para alta autoestima (Assis & Avanci, 2003).

QUADRO 15.1 ATRIBUTOS DE PESSOAS COM ALTA E COM BAIXA AUTOESTIMA, SEGUNDO ASSIS E AVANCI (2003)

PESSOAS COM ALTA AUTOESTIMA	PESSOAS COM BAIXA AUTOESTIMA
<ul style="list-style-type: none">• manter uma imagem constante e positiva das próprias capacidades• ser criativo• ter facilidade para assumir papéis ativos• expressar opiniões• tender a um bom desempenho acadêmico• preocupar-se pouco com medos e ambivalências• demonstrar confiança• ser pouco sensível às críticas	<ul style="list-style-type: none">• sentimentos de isolamento• ansiedade• sensibilidade às críticas• maior dificuldade de afirmar opiniões• evitação de desafios• desistir com facilidade• reduzido entendimento sobre si próprio

Alguns problemas enfrentados por adolescentes, como gravidez não desejada, abuso de drogas, violência familiar, fraco desempenho escolar,

delinquência, suicídio, agressões escolares, depressão e exploração sexual são problemas geralmente associados a baixa autoestima (Assis & Avanci, 2003; Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012). Em países desenvolvidos, há um grande interesse em avaliar a autoestima e indicadores de saúde mental e de crescimento social. No Brasil, porém, ainda há escassez de pesquisas sobre essa temática (Melo Neto & Cerqueira-Santos, 2012).

Em um estudo exploratório realizado por Melo Neto e Cerqueira-Santos (2012), objetivou-se investigar a relação entre os índices de autoestima e os comportamentos sexuais de risco em uma amostra de 159 adolescentes de ambos os sexos da cidade de Aracaju (SE). Do total da amostra, 55,8% afirmaram já ter tido a primeira relação sexual. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o uso de preservativo e as categorias de autoestima. No entanto, foi encontrada uma tendência de, quanto maior a autoestima do jovem, menor a probabilidade de que ele faça uso de preservativo durante as relações sexuais. Em contrapartida, os dados indicaram que, à medida que aumentam os níveis de autoestima, diminui a probabilidade de o jovem fazer sexo sob o efeito de drogas.

Intervenções psicológicas com foco na autoestima são importantes porque adolescentes com baixa autoestima desenvolvem mecanismos que podem distorcer a comunicação e dificultar a integração grupal (Hutz & Zanon, 2011). A autoestima é um dos principais preditores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, tendo implicações no sucesso ocupacional, em relacionamentos interpessoais e no desempenho acadêmico (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003). Ter uma visão positiva sobre si é algo importante e desejável, uma vez que indivíduos com essa característica acreditam viver em um mundo no qual são respeitados e valorizados (Hutz & Zanon, 2011). Contudo, evidências empíricas apontam que a baixa autoestima pode estar relacionada a quadros de ansiedade, depressão, abuso de substâncias e transtornos alimentares (Mruk, 2006).

Os psicólogos necessitam avaliar a autoestima dos adolescentes na fase inicial da intervenção, o que é feito por meio de instrumentos psicológicos e de atividades que busquem identificar crenças e percepções sobre si. Uma vez identificada baixa autoestima, é necessário investigar aspectos que atuam como mantenedores da visão negativa de si. Também é preciso avaliar

possíveis sintomas de transtornos mentais que podem estar associados à baixa autoestima, bem como ideações ou tentativas de suicídio em casos mais graves. Técnicas cognitivas (p.ex., seta descendente, descoberta guiada) e comportamentais (p.ex., ensaios comportamentais, resolução de problemas) que fortaleçam características positivas de sua personalidade, competências e relações interpessoais podem auxiliar na melhora da autoestima e na modificação de possíveis distorções cognitivas nas crenças sobre si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, relacionamentos, sexualidade e autoestima na adolescência foram apresentados em separado visando maior precisão conceitual e didática. Contudo, são aspectos que estão profundamente relacionados entre si. Os relacionamentos interpessoais apresentam centralidade na adolescência e são marcados pela necessidade de suporte emocional e monitoramento dos pais, autonomia em relação à família e maiores convívio e identificação com grupos de pares. Concomitantemente a isso, aspectos da sexualidade estão envolvidos e surgem experimentações sexuais entre pares, definição de orientação sexual, acompanhadas de intensas mudanças físicas e emocionais. A necessidade de aceitação pelo grupo de pares e em relacionamentos amorosos é característica dessa etapa desenvolvimental. A autoestima é um aspecto que afeta e é afetado pelas relações interpessoais e pela sexualidade na adolescência. A percepção e as crenças sobre si atuam como mediadores para o estabelecimento e a manutenção tanto de relações positivas como de sexualidade saudável.

Conhecer em profundidade o desenvolvimento típico dos adolescentes é fundamental para psicólogos que atuam na clínica, na escola ou na assistência social, uma vez que a falta desse conhecimento pode gerar confusões e patologização de características ou comportamentos que são esperados nessa etapa do ciclo vital. Estudos nacionais com adolescentes foram priorizados neste capítulo, uma vez que se entende ser necessário compreender a adolescência considerando o contexto desenvolvimental, a partir de influências culturais, socioeconômicas e históricas.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (APA). (2008). *Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality*. Washington: APA.
- Assis, S., & Avanci, J. Q. (2004). *Labirintos de espelhos: Formação da autoestima na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Assunção, R. S., & Matos, P. M. (2014). Perspectivas dos adolescentes sobre o uso do Facebook: Um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, 19(3), 539-547.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4(1), 1-103.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos de idade. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon, & R. M. Lerner (Orgs.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (Vol. 1). New York: John Wiley.
- Cecconello, A. M., De Antoni, C., & Koller, S. H. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*, 8(n. especial), 45-54.
- Cerqueira-Santos, E. (2008). *Comportamento sexual e religiosidade: Um estudo com jovens brasileiros*. Porto Alegre, RS. (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- Cerqueira-Santos, E., Melo Neto, O. C., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 465-473.
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2000). A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 347-381.
- Desouza, D. A., Rodríguez, S. N., & De Antoni, C. (2014). Relacionamentos de amizade, grupos de pares e tribos urbanas na adolescência. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). *O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF. Recuperado em https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
- Glasgow, K. L., Durnbusch, S. M., Troyer, L., Steinberg, L., & Ritter, P. L. (1997). Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Child Development*, 68(3), 507-529.

- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 379-386.
- Hutz, C. S., & Bardagir, M. P. (2006). Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: A influência dos estilos parentais. *Psico-USF*, 11(1), 65-73.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt.
- Lawrenz, P., Cerqueira-Santos, E., & Habigzang, L. F. *Desenvolvimento sexual*. No prelo.
- Lisboa, C., Campos, D. M., Wendt, G. W., & Dias, T. O. (2014). Adolescência no contexto institucional escolar: Discussões sobre o cenário da violência contemporânea. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Melo Neto, O. C., & Cerqueira-Santos, E. (2012). Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. *Contextos Clínicos*, 5(2), 100-111.
- Minayo, M. C. S. (2011). A condição juvenil no século XXI. In M. C. S. Minayo, S. G. Assis, & K. Njaine (Orgs.), *Amor e violência: Um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Morais, N. A., Lima, R., & Fernandes, J. (2014). Adolescência e contexto familiar. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem*. New York: Springer.
- Nascimento, A. M. T., & Menezes, J. A. (2013). Intimidações na adolescência: Expressões da violência entre pares na cultura escolar. *Psicologia e Sociedade*, 25(1), 142-151.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Pigozi, P. L., & Machado, A. L. (2015). Bullying na adolescência: Visão panorâmica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(1), 3509-3522.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e estilos parentais. In C. S. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University.
- Sanderson, C. (2005). *Abuso sexual em crianças: Fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais*. São Paulo: M. Books.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescência*. Porto Alegre: AMGH.

Sant'Anna, H. C., & Garcia, A. (2011). Tecnologia da comunicação e mediação social: O papel da telefonia celular na amizade entre adolescentes. *Interação em Psicologia*, 15(1), 37-50.

Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. (2011). *Relatório do Disque Direitos Humanos: Módulo crianças e adolescentes*. Brasília: SDH. Recuperado de http://recreanacional.org.br/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=25&Itemid=89

Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., & Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770.

Trzesniewski, K., Donnellan, M., & Robins, R. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 205-220.



VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES

CAROLINA SARAIVA DE MACEDO LISBOA
LUÍSA F. HABIGZANG

O Brasil tem 21 milhões de adolescentes de 12 a 17 anos. De cada 100 estudantes que ingressam no ensino fundamental, apenas 40 concluem o ensino médio, e uma das causas associadas à evasão escolar é a violência. Diariamente, em média, 129 casos de violência contra crianças e adolescentes são reportados ao Disque Denúncia 100. Isso significa que, a cada hora, cinco casos de violência são notificados no Brasil (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2016). O número de homicídios de jovens coloca o País em quarto lugar entre 99 nações. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, registrou, somente em 2011, 39.281 situações de violência contra crianças e adolescentes, sendo que a segunda faixa etária mais atingida foi aquela que vai dos 15 aos 19 anos, com maior incidência contra meninas (Waiselfisz, 2012). Esses dados alarmantes evidenciam que a violência configura um grave problema de saúde pública.

Um estudo sobre ferimentos em adolescentes, feito a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de Escolares, registrou que 10,3% sofreram lesões graves nos últimos 12 meses, como cortes, perfurações, ossos quebrados ou juntas deslocadas. Os jovens que mais se feriram foram aqueles que sofriam agressões em casa, faltavam à escola sem conhecimento dos pais e tinham baixa supervisão familiar. Entre os fatores associados à exposição a situações de violência, destacaram-se:

- 1 insegurança na escola
- 2 ser conduzido por alguém alcoolizado
- 3 dirigir veículo motorizado
- 4 sofrer *bullying*

O uso de álcool e outras substâncias ilícitas e relações sexuais precoces foram fatores individuais relacionados à violência (Malta et al., 2014).

A violência é definida pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2015) como uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação. Esse fenômeno pode ser tipificado como violência: (1) autoinfligida, (2) interpessoal (familiar ou comunitária) e (3) coletiva (social, política e/ou econômica). A exposição à violência está associada a prejuízos significativos para o desenvolvimento físico e psicossocial e pode contribuir para o surgimento e agravamento de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Danielson, Arellano, Kilpatrick, Saunders, & Resnick, 2005).

Profissionais da psicologia que trabalham com adolescentes podem identificar situações de risco e de violência em seus atendimentos e devem estar preparados para atuar de modo protetivo. Conhecer o fenômeno da violência e seus sinais possibilita a identificação adequada dos casos. Relatos de adolescentes que sinalizem situações de violência devem ser acolhidos e priorizados, devido às consequências negativas dessas experiências e ao risco de revitimização (Habigzang & Koller, 2012). Toda situação de violência, suspeita ou confirmada, contra adolescentes deve ser obrigatoriamente notificada ao Conselho Tutelar (Brasil, 1990). A quebra de sigilo profissional (p. ex., em atendimentos clínicos) nesses casos é justificada, pois visa a proteção e o cumprimento de legislação federal (Hohendorff & Habgizang, 2014).

Diante dessas colocações iniciais, este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir a violência interpessoal na adolescência. Esse tipo de violência é altamente recorrente no contexto familiar e de relações entre pares. A família e o grupo de pares constituem contextos desenvolvimentais centrais para os adolescentes, e experiências e relações violentas nesses contextos atuam como fator de risco e vulnerabilidade.

QUADRO 16.1 OS QUATRO TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES, SEGUNDO O MINISTÉRIO PÚBLICO (BRASIL, 2002)

Negligência – Toda omissão em termos de cuidados básicos por parte do responsável pelo(a) jovem. A negligência inclui atitudes como privação de afeto, alimentos, medicamentos, proteção contra as inclemências do meio (frio, calor), educação e higiene, necessários à integridade física, intelectual, moral e social.

Abuso psicológico – Abrange rejeitar, desprezar, aterrorizar, isolar, ignorar, depreciar, desrespeitar, discriminar, punir ou fazer cobranças exageradas em relação ao adolescente. Envolve situações de agressão verbal e o não reconhecimento do valor e das necessidades do(a) jovem.

Abuso físico – Qualquer ação, única ou repetida, não acidental (intencional), na qual ocorre uso de força física para causar dor e desconforto ao adolescente. Inclui tapas, socos, chutes, uso de cintos e outros utensílios, como pedaços de pau e varas, para punição física, por exemplo. Pode deixar marcas, como hematomas, escoriações, fraturas e queimaduras. Além das lesões físicas, essa forma de violência é danosa para a vítima também do ponto de vista emocional.

Abuso sexual – Todo ato ou jogo sexual, relação hétero ou homossexual, em que o agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que o(a) adolescente. Tem por finalidade estimulá-lo sexualmente ou utilizá-lo para obter estimulação sexual. Essas práticas eróticas e sexuais são impostas por violência física, ameaças ou indução da vontade do jovem. Pode envolver atos nos quais não há contato físico (p. ex., exibição de pornografia, *voyeurismo*, exibicionismo) e aqueles em que há contato (p. ex., toques, masturbação, penetração). As situações de caráter monetário, nas quais o(a) adolescente recebe algo em troca do ato sexual (p. ex., roupa, comida, dinheiro) e/ou é agenciado(a) por um(a) adulto(a) que visa o lucro, configuram-se como exploração sexual.

VIOLÊNCIA NO CONTEXTO FAMILIAR

Os adolescentes são considerados indivíduos em situação peculiar de desenvolvimento (Brasil, 1990). A família, a sociedade e o Estado devem garantir seus direitos fundamentais, bem como contextos afetivos e protetivos para seu desenvolvimento saudável. A família desempenha papel significativo, promovendo suporte emocional e monitoramento necessário. Contudo, ela nem sempre consegue desempenhar seu papel protetivo, podendo, em vez disso, configurar-se como contexto de ocorrência de diversas formas de violência (Habigzang & Koller, 2011).

Os abusos físicos foram o subtipo de violência mais prevalente entre as notificações do Sinan em 2011, atingindo 59,6% dos atendimentos prestados a adolescentes entre 15 e 19 anos. Em segundo lugar, apareceram os abusos sexuais, seguidos de abusos psicológicos e negligência. Os pais foram apontados como principais agressores, e, em dois terços dos casos, o local de ocorrência da violência foi a residência do(a) adolescente (Waiselfisz, 2012).

A violência no contexto familiar está associada a diversos fatores de risco em níveis micro e macrossistêmicos. Aspectos como histórico de abuso na infância dos pais, isolamento social, dificuldades de comunicação entre membros da família, estresse familiar devido a problemas de saúde e financeiros, desemprego, alcoolismo e abuso de drogas, aceitação cultural de punição corporal, desigualdades de gênero e de gerações e agravamento da violência urbana configuram fatores que deixam as famílias vulneráveis e podem contribuir para práticas violentas entre seus membros (Koller & De Antoni, 2004).

A dinâmica da violência na família é complexa. Negligência, abusos psicológicos, físicos e sexuais podem ocorrer concomitantemente. O segredo acerca desses maus-tratos e abusos por parte dos membros da família potencializa a manutenção da violência e o sofrimento das vítimas, sendo frequentemente mantido por meio de ameaças e chantagens. Além disso, adolescentes têm sentimentos ambivalentes em relação à família, pois, nessa fase do desenvolvimento, coexistem afetos positivos e negativos em relação às figuras parentais, o que dificulta a revelação (Habigzang & Koller, 2011). As agressões são com frequência perpetradas pelos cuidadores, sobretudo pai e mãe, mas avós, tios, primos e irmãos também podem estar entre os agressores. Um estudo investigou a violência entre irmãos em uma amostra de 588 estudantes, e 88,8% deles reportaram situações envolvendo violência física, psicológica ou sexual. A violência foi interpretada pelos jovens como “rivalidade” entre irmãos, demonstrando a banalização dessas situações (Relva, Alarcão, & Fernandes, 2014).

A banalização da violência e a percepção de que é um fenômeno comum e esperado foram representações sociais identificadas em outro estudo com adolescentes (Guimarães & Campos, 2007). Dez jovens com idades entre 16 e 18 anos foram entrevistados (cinco meninas e cinco meninos), e seus relatos

sobre as relações familiares foram permeados pela violência. Os adolescentes apontaram que a falta de reflexão e de diálogo eram elementos que - contribuíam para o uso da violência, sendo os abusos físicos mais facilmente reconhecidos como violência. As opiniões e vivências de adolescentes acerca de direitos e violência física no contexto familiar foram investigadas por Souza, Lauda e Koller (2014). Cinquenta adolescentes responderam a um inventário de autorrelato sobre a Situação de Direitos. Os resultados apontaram que 50% dos jovens já apanharam de adultos da família, e apenas 22,7% destes demonstraram estar de acordo com isso.

A segunda forma de violência mais frequente na adolescência é o abuso sexual, cuja prevalência foi investigada por Polanczik, Zavaschi, Benetti, Zenker e Gammerman (2003). Participaram desse estudo 1.193 adolescentes de 52 escolas de Porto Alegre (RS). Os resultados indicaram que 2,3% deles já haviam sofrido abusos sexuais; 4,5% já tinham testemunhado situações de violência sexual; e 27,9% afirmaram conhecer alguém que sofrera violência sexual. Houve maior prevalência de meninas vítimas. Os abusos sexuais ainda são subnotificados, pois as vítimas podem ter medo e vergonha de revelá-los. Além disso, os profissionais da saúde e da educação ainda têm dificuldades de reconhecer e notificar os casos de abuso sexual (Hohendorff & Habigzang, 2014).

Além dos efeitos aparentes, a violência familiar é considerada um fator de risco para o desenvolvimento e pode gerar prejuízos para saúde física e mental dos adolescentes em curto ou em longo prazo (Habigzang & Koller, 2011).

QUADRO 16.2 FATORES QUE MEDEIAM O IMPACTO DA VIOLÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES

Fatores individuais (temperamento, estratégias de *coping*, eventos estressores anteriores, saúde geral e resiliência)

Fatores da rede de apoio (acesso aos direitos e proteção, reação das pessoas significativas após revelação da violência, notificação e interrupção da violência)

Fatores relacionados à violência em si (gravidade, tempo de duração, presença de ameaças, proximidade afetiva entre agressor e vítima, idade da vítima no primeiro episódio de violência)

A investigação das consequências da exposição à violência para a saúde mental dos adolescentes foi o foco da revisão sistemática da literatura realizada por Patias, Silva e Dell’Aglío (2016). Os resultados indicaram que a violência está associada a sintomas de transtornos mentais, ideação suicida, problemas de autoestima, desajustamento psicossocial e comportamentos agressivos. Entre as psicopatologias, as mais recorrentes foram depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos por abuso de substâncias.

Outro estudo, que avaliou fatores de risco e de proteção para problemas de saúde mental entre adolescentes, identificou que a violência configura um importante fator de risco (Paula et al., 2008). A amostra foi composta por 327 estudantes, e os fatores examinados foram: exposição à violência doméstica e urbana; nível socioeconômico familiar; sexo; morar sem a mãe; e participar de atividades sociais. O modelo testado indicou a violência como fator significativamente associado a problemas de saúde mental. Os resultados ainda indicaram que os estudantes expostos à violência doméstica tinham três vezes mais chances de apresentar problemas de saúde em comparação àqueles expostos à violência urbana.

VIOLÊNCIA ENTRE PARES

Assim como estão expostos, infelizmente, à violência familiar, muitas vezes os adolescentes também podem sofrer violência no grupo de pares. A Teoria do Apego enfatiza o papel das relações significativas na adolescência para o desenvolvimento subsequente, uma vez que podem oferecer um contexto seguro no qual as experiências emocionais ganham significado (Scharf & - Mayseless, 2007). Além disso, trocas sociais fomentam o processo de construção da identidade e do autoconceito, bem como são capazes de nutrir a autoestima dos adolescentes (Berger, Lisboa, Cuadros, & Tezanos-Pinto, 2016). As figuras de apego se diversificam durante a adolescência, podendo reparar ou modificar experiências interpessoais negativas dos primeiros anos de vida (Scharf & Mayseless, 2007). A partir dessa perspectiva, relações de amizade podem ser exemplos de experiências interpessoais importantes para o desenvolvimento de adolescentes, ao passo que a violência entre pares atua

como um preocupante fator de risco para sua saúde mental (Bagwell & Schmidt, 2011; Bukowski & Sippola, 2005).

Os pares constituem uma plataforma que coloca os adolescentes dentro da ecologia do grupo de iguais. É muito importante para o jovem sentir-se pertencente a um coletivo ou grupo de pares, sendo que, muitas vezes, as razões de sofrimento psíquico e busca da psicoterapia partem de um sentimento de rejeição ou de não identificação com algum grupo durante a adolescência. A teoria sobre identidade, de Marcia (1966), propõe que a consolidação da identidade depende da exploração de diferentes posições sociais – por meio de relações – e da manutenção de definição pessoal estável. O processo de identidade é contínuo e fomentado por oportunidades de exploração profunda e compromisso, o que só é possível a partir de trocas sociais em um grupo de pares durante todo o curso da adolescência (Meeus, van de Schoot, Keijsers, & Branje, 2012).

Os adolescentes precisam estreitar vínculos com amigos e colegas enquanto se separam de seus pais. Assim, sentir-se aceito pelo grupo de pares representa uma importante ponte entre a família e o “mundo” social (Bagwell & Schmidt, 2011). Interações com iguais são cruciais para o desenvolvimento da identidade, dos valores morais, do repertório de atitudes, do autoconceito e da cidadania (Berger, Lisboa, Cuadros, & Tezanos-Pinto, 2016).

Nessa linha de pensamento, a rejeição/exclusão do grupo de amigos ou semelhantes pode ser muito prejudicial ao desenvolvimento dos jovens, resultando em intenso sofrimento psíquico. O *bullying* e o *cyberbullying* são processos de violência que ocorrem entre pares, resultam na exclusão social e têm apresentado consequências emocionais, cognitivas e comportamentais negativas para os adolescentes (Lisboa, Wendt, & Pureza, 2014).

BULLYING

Bullying é um termo de origem inglesa que significa “intimidação”, sendo uma derivação de *bully* (“valentão”). Opta-se por usar o termo no idioma inglês, pois não existe um termo exato para tradução para o português; além disso, o uso de outros termos não seria capaz de transmitir toda a complexidade desse fenômeno (Lisboa, Horta, Weber, & Almeida, 2014). O

bullying é um tipo de violência que ocorre quando o adolescente é exposto de forma repetida a atos de agressividade (diretos ou indiretos) sistemáticos por um período de tempo. Esses atos de agressividade podem se iniciar sem razão aparente ou motivação clara, estabelecendo uma relação desigual de poder, na qual a vítima em geral fica totalmente impotente para se defender (Braga & Lisboa, 2010; Lisboa et al., 2014; Olweus, 1993).

O *bullying* não é uma brincadeira, embora, para adultos, a diferença entre essas duas interações às vezes possa ser muito sutil. O processo de *bullying* pode iniciar como uma atividade lúdica sem intenções negativas, mas evoluir para essa violência sistemática que gera sofrimento para ambas as partes envolvidas. Se há sofrimento, já não é mais prazer ou diversão (Lisboa, Braga, & Ebert, 2009; Lisboa et al., 2014). Na maioria dos casos, o *bullying* acontece no ambiente escolar, em condomínios, escolas de esportes ou atividades artísticas, ou seja, contextos nos quais os adolescentes estão reunidos em grupos e trocam interações face a face. Essa violência pode se manifestar de diferentes formas: verbal, física e relacional. O *bullying* verbal se dá por meio de ameaças, acusações injustas e difamações sutis. Já o *bullying* físico pode ocorrer por meio de maus-tratos físicos, como chutes, tapas, socos e empurrões. Por fim, o *bullying* relacional pode acontecer por meio de fofocas, difamações e destruição de relações, reputações e amizades (Lindern & Lisboa, 2015; Lisboa et al., 2014; Olweus, 1993).

Além disso, o processo de *bullying* também pode ser compreendido como direto ou indireto. No direto, o papel do agressor fica mais evidente devido aos seus comportamentos de agressão física e verbal. Já no indireto, a agressão ocorre de forma mais velada, sutil. Destaca-se que as definições de *bullying* direto e indireto diferem – para fins didáticos e operacionais – das manifestações verbais, físicas e relacionais, embora todas essas formas sejam consideradas sobrepostas e apareçam efetivamente de maneira simultânea nos episódios de *bullying* (Lisboa et al., 2014; Wang, Iannotti, & Nansel, 2009).

Há diversos papéis sociais que o adolescente desempenha no *bullying*. Ou seja, os jovens podem ser agressores, vítimas, vítimas-agressoras e testemunhas (Olweus, 1993; Salmivalli, 1998). O agressor é aquele que protagoniza a violência; já a vítima é o adolescente que sofre as agressões e que, por fim, é excluído. A vítima de *bullying* apresenta pouco ou nenhum

recurso para se defender. A vítima-agressora, por sua vez, é aquele(a) jovem que sofre agressões, mas que, em diferentes momentos e circunstâncias, também exerce violência sistemática com seus pares. Ou seja, vítima-agressora é o(a) adolescente que alterna os papéis de vítima e de agressor em contextos distintos – vítima na escola, mas agressor na escola de futebol, por exemplo. A testemunha é o(a) adolescente que presencia a ocorrência do *bullying*, porém não se envolve de maneira efetiva em favor ou em defesa de nenhuma das partes envolvidas (Lisboa et al., 2014; Salmivalli, 1998).

A identificação da violência é o primeiro passo para que se possa intervir junto a esse processo de maneira eficaz. Assim, é fundamental saber identificar sinais, sintomas e principais características apresentadas por vítimas e agressores no *bullying* (Garaigordobil, 2011). Dados de uma metanálise sobre preditores de risco de *bullying* durante a infância e adolescência (Cook, Williams, Guerra, Kim, & Sadek, 2010) apontam que os agressores tendem a apresentar comportamentos externalizantes e sintomas internalizantes, como crenças e cognições negativas sobre si mesmo e sobre outros, bem como dificuldades para resolução de problemas com colegas. Além disso, em geral, nas famílias dos agressores observa-se a presença de conflitos e deficitário monitoramento parental.

O estudo de Cook e colaboradores (2010), conforme já dito, refere que vítimas de *bullying* demonstram sintomas internalizantes e comportamentos externalizantes, além de um significativo déficit em habilidades sociais, presença de cognições negativas a respeito de si mesmas e dificuldades para a resolução de problemas (*coping*). Os autores salientam que os papéis no *bullying* – agressores, vítimas e vítimas-agressoras – têm etiologia e processo de desenvolvimento comuns que podem levar a desfechos diferentes. Ou seja, os resultados dessa metanálise reforçam que o *bullying* é um fenômeno grupal, visto que, independentemente do papel que o jovem assume no processo, os fatores que determinam os papéis sociais são muito similares e ocasionam sofrimento psicológico intenso para todos os envolvidos. A partir dessa perspectiva, é possível compreender a alternância de papéis sociais dos adolescentes que são vítimas-agressoras, uma vez que os mesmos fatores que podem levar um jovem a ser vítima e agir de forma passiva também podem ser determinantes de comportamentos agressivos (papel de agressor).

O “filtro cognitivo”, as interpretações (visão) de si, dos outros (mundo) e do futuro, ou seja, a tríade cognitiva do adolescente vítima ou agressor de *bullying*, pode estar relacionado à experiência desse tipo de violência. A tríade cognitiva está relacionada às experiências do sujeito, à sua interação com essas vivências e à interpretação que o indivíduo faz desses acontecimentos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Dessa forma, considerando o impacto que o *bullying* pode causar nos adolescentes, pode-se inferir que essa violência é capaz de influenciar na constituição da tríade cognitiva dos adolescentes que passaram por situações de violência desse tipo. A metanálise de Cook e colaboradores (2010) identificou cognições negativas a respeito de si nos papéis de vítima, agressor e vítima-agressora, bem como a respeito dos outros nos dois últimos papéis. Ainda não há estudos sobre o conteúdo de cognições a respeito de si mesmo com jovens envolvidos no processo de *bullying*. Os agressores podem apresentar cognições e comportamentos antissociais, o que levaria a uma visão de si como superior aos demais e a comportamentos mal-adaptativos e agressivos, com intenções de manipulação (Lindern & Lisboa, 2015).

Atualmente, com o avanço do desenvolvimento das tecnologias da informação e comunicação, os adolescentes, além de utilizarem de uma forma muito benéfica esses dispositivos, também podem protagonizar e sofrer violência mediada por tecnologias. Um dos tipos de violência realizada pela digitalidade e tecnologia na adolescência é o *cyberbullying*.

CYBERBULLYING

Erroneamente considerado idêntico ao *bullying*, o *cyberbullying* constitui-se como um processo diferenciado, entretanto com consequências igualmente (ou até mais) prejudiciais. Cada vez mais os adolescentes utilizam as tecnologias da informação e comunicação (TICs). Nativos digitais, os jovens de hoje estão muito familiarizados com iPads, celulares e computadores (Sevciková, Smahel, & Otavová, 2012). No Brasil, por exemplo, em uma pesquisa realizada pela Unicef (2013) com adolescentes entre 12 e 17 anos, 64% referiram estar *on-line* diariamente, sendo a comunicação com os amigos uma das principais razões desse uso. Desse modo, identifica-se que a

internet e outros aparatos tecnológicos tornaram-se parte essencial da vida social de adolescentes. Contudo, ao mesmo tempo em que essas tecnologias podem oferecer diversos benefícios, também podem ser um meio para a realização de agressão eletrônica, na qual se destaca o *cyberbullying* (Li, 2010; Palfrey & Gasser, 2011).

O conceito de *cyberbullying* proposto por Slonje e Smith (2008) deriva da concepção de Olweus (1993) sobre o *bullying* tradicional. De acordo com esses autores, o *cyberbullying* pode ser compreendido como um comportamento agressivo, intencional e repetitivo, realizado por meios eletrônicos, ao longo de um determinado período, e perpetrado por um indivíduo ou grupo contra uma vítima que apresenta dificuldades em se defender (Slonje & Smith, 2008). É um processo de interação e expressão de agressividade com abuso de poder, que ocorre de forma sistemática, por intermédio do uso das TICs (Smith, Steffgen, & Sttichai, 2013). Nesses aspectos, os critérios de definição assemelham-se aos do *bullying*, com a diferença de que a audiência para os atos de violência é infinita e o agressor pode ficar anônimo enquanto protagoniza o ato. Esses fatos justificam-se ou explicam-se porque o *cyberbullying* é mediado pelas TICs.

As agressões eletrônicas entre adolescentes podem assumir diferentes formas: ocorrem por meio de computadores, telefones celulares e *tablets* com acesso à internet. Essas tecnologias são utilizadas para postar, compartilhar ou enviar mensagens, fotos, vídeos ou áudios com conteúdo agressivo, sexualizado ou embaraçoso, a fim de ofender, humilhar, constranger, ameaçar ou agredir a vítima (Li, Smith, & Cross, 2012; Menesini & Spiel, 2012). Essas agressões podem ser realizadas via *e-mails*, SMS, aplicativos de conversas (p. ex., WhatsApp), redes ou redes sociais (p. ex., Facebook, Twitter, Snapchat, Instagram). No entanto, para que a agressão *on-line* seja considerada *cyberbullying*, é preciso que sejam identificados os critérios de desequilíbrio de poder, intencionalidade e repetição (Menesini et al., 2013).

Mesmo que o *cyberbullying* apresente algumas características semelhantes ao *bullying* tradicional, conforme já apontado, existem algumas distinções (Smith, 2012). Em primeiro lugar, diferentemente do *bullying*, que ocorre “cara a cara”, o *cyberbullying* é realizado de forma indireta e, em muitos casos, anônima. Essa particularidade pode dificultar ainda mais a defesa da

vítima, visto que se torna mais complexo responder efetivamente às agressões quando não se sabe a identidade do perpetrador (Smith et al., 2013). Além disso, enquanto o *bullying* tradicional é delimitado pelos limites físicos e temporais, por exemplo, da escola, o *cyberbullying* pode ocorrer a qualquer momento, sendo capaz de alcançar uma audiência muito mais ampla, como nos casos em que uma única foto ou comentário são vistos ou repassados inúmeras vezes (Pham & Adesman, 2015). Assim, as vítimas sentem que não há um local em que estejam a salvo das agressões, visto que estas podem aparecer em seu celular ou computador a qualquer momento (Smith, 2012; Li et al., 2012). Por essas razões, infere-se que o *cyberbullying* possa representar uma ameaça ainda maior que o *bullying* em termos de saúde mental/bem-estar psicológico das vítimas. Por isso, é essencial que pais e professores imponham limites capazes de impedir essa violência.

Em um estudo canadense conduzido por Li (2007), 25% dos adolescentes participantes referiram já ter sofrido *cyberbullying*. Em outra pesquisa, realizada nos Estados Unidos, 16% relataram ter sido vítimas dessa violência (Kessel Schneider, O'Donnell, Stueve, & Coulter, 2012). Percentuais mais elevados foram encontrados por Walrave e Heirman (2013), apontando 34% de vítimas. Entretanto, outros estudos indicaram índices mais baixos, oscilando de 5 a 12% (Beckman, Hagquist, & Hellström, 2013; Campbell, Spears, Slee, Butler, & Kift, 2012; Slonje & Smith, 2008; Smith et al., 2008; Ybarra, Boyd, & Korchmaros, 2012).

Em relação a diferenças de gênero e faixa etária, ainda não há consenso na literatura. No entanto, algumas pesquisas apontam maiores índices de cyber-agressão e vitimização em meninas do que em meninos (Beckman et al., 2013; Smith et al., 2008). Esses dados são semelhantes àqueles encontrados para as formas indiretas de *bullying* tradicional (como espalhar histórias maldosas ou fofocas), em que as garotas tendem a estar mais envolvidas que os garotos (Smith, 2004). Além disso, estudos também apontam que adolescentes entre 12 e 17 anos estão mais envolvidos no *cyberbullying* do que estudantes mais jovens (Slonje & Smith, 2008; Slonje et al., 2012).

Pesquisas têm apontado associação positiva entre vitimização eletrônica e presença de consequências negativas tanto emocionais como cognitivas e comportamentais. Esse tipo de agressão tem sido associado a sintomas

depressivos, ansiedade social e baixa autoestima (Baker & Tanrikulu, 2010; Jung et al., 2014; Landoll, La Greca, Lai, Chan, & Herge, 2015; Nixon, 2014; Patching & Hinduja, 2010; Wigderson & Lynch, 2013). Além disso, estudos indicam relação entre vitimização por *cyberbullying* e níveis elevados de desconfiança, raiva, culpa e solidão nos envolvidos (Beran & Li, 2005; Brewer & Kerslake, 2015; Lonigro et al., 2014). Dificuldades acadêmicas, ideação suicida e, em casos mais extremos, tentativas de suicídio também têm sido apontadas como características do fenômeno (Bannik, Broeren, van de Looji-Jansen, Waart, & Raat, 2014; Brown, Demaray, & Secord, 2014; Hinduja & Patchin, 2010; Kowalsky, Limber, & Agatston, 2013; Wigderson & Lynch, 2013; Van Geel, Vedder, & Tanilon, 2014). Além disso, também foi evidenciada associação entre cyber-vitimização e problemas externalizantes, como transtorno da conduta (Hinduja & Patchin, 2012; Jung et al., 2014; Juvoven & Gross, 2008; Smith et al., 2008).

As vítimas de *bullying* tradicional apresentam maior sofrimento psicológico quando lidam com estressores da vida de forma inefetiva, apresentando, por exemplo, muita dificuldade para a resolução de problemas. Pode-se inferir que a forma como os adolescentes vítimas reagem ao *cyberbullying* também pode desempenhar papel fundamental no sentido de atenuar ou potencializar os efeitos negativos decorrentes da agressão (Kowalsky et al., 2012). Assim, estratégias focadas no problema em si, como informar a pais, professores, diretores ou outras autoridades sobre o ocorrido são descritas na literatura como capazes de diminuir o impacto da vitimização e devem ser estimuladas nos adolescentes (Machmutow, Perren, Sticca, & Alsaker, 2012). Infelizmente, os jovens evitam reportar essa violência a adultos porque sentem medo, vergonha e temem punições (como a suspensão do uso de internet). Ainda, os adolescentes reportam achar que os pais irão subestimar o problema. Esses comportamentos ocasionados por crenças distorcidas podem provocar a manutenção dessa violência e perpetuar o sofrimento dos jovens (Kowalsky et al., 2012; Slonje & Smith, 2008). Estratégias focadas no problema que envolvem soluções práticas, como sair de determinado *site* ou rede social, permanecer *offline* por algum tempo, bloquear contato, entre outras, devem ser estimuladas por pais e professores (Jacobs, Dehue, Völlink,

& Lechner, 2014; Palladino, Nocentini, & Menesini, 2012; Price & Galgleish, 2010).

Por sua vez, estratégias focadas na emoção incluem vingar-se do agressor, evitar pensar sobre o ocorrido, deletar mensagens e fazer uso de álcool e outras drogas (Jacobs et al., 2014). No entanto, essas estratégias mostram-se inefetivas para o manejo do *cyberbullying*, bem como têm sido associadas a sintomas depressivos e a outros quadros psicopatológicos (Na, Dancy, & Park, 2015; Völlink, Bolman, Eppinhbroek, & Dehue, 2013).

Em estudo realizado por Mallmann (2016), o percentual de participantes envolvidos em *cyberbullying* (58%) mostrou-se superior ao indicado por estudos de referência no tema, que indicam uma prevalência entre 20 e 40% (Li, 2005; Smith et al., 2008; Tokunaga, 2010). Essas diferenças podem ser explicadas pelo crescente uso de tecnologias entre os adolescentes, que torna essa população mais vulnerável a esse tipo de agressão. Além disso, outro fator a ser considerado é a evolução pela qual passou a pesquisa sobre *cyberbullying* na última década, permitindo, assim, o desenvolvimento de instrumentos mais adequados à avaliação do fenômeno (Mallmann, 2016).

Com relação a diferenças entre meninos e meninas no envolvimento com o *cyberbullying*, não foram estatisticamente significativas. Porém, ao compararem-se indivíduos envolvidos de maneira geral – independentemente do papel desempenhado na cyber-agressão – aos não envolvidos, a frequência entre as meninas foi significativamente mais elevada (Mallmann, 2016). Esses achados corroboram a tendência apontada por Li (2007) de que as garotas tendem a se envolver mais no *cyberbullying* – agressão em que não há contato físico direto com a vítima –, enquanto os garotos relacionam-se mais ao *bullying* tradicional, especialmente a agressões físicas. Essas diferenças podem ser compreendidas analisando-se padrões sociais normativos, que atribuem expectativas quanto aos comportamentos de cada gênero (Beckman et al., 2013). Ou seja, enquanto os meninos são socializados a responder a provocações de forma agressiva direta e explícita, com ênfase na agressão física, as meninas são educadas a reagir de forma mais sutil ou indireta a ataques agressivos e/ou na expressão de sua agressividade (Björkqvist, Osterman, & Hjelt-Back, 1994).

Quanto às estratégias para lidar com o *cyberbullying*, vítimas e vítimas-agressoras apresentaram diferenças significativas em comparação a não vítimas na utilização de determinadas táticas. Agressores-vítimas demonstraram utilizar mais a estratégia de confronto do que indivíduos não envolvidos (Mallmann, 2016). Essa estratégia diz respeito a manifestações emocionais, expressões de raiva em relação ao agressor e desejo de confronto direto com ele (Folkman & Lazarus, 1988). Desse modo, preocupa o fato de a estratégia de confronto ser mais comum em vítimas-agressoras, pois pode representar um risco para revitimizações, estando associada, inclusive, ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Machmutow et al., 2012).

Já os adolescentes que são vítimas indicaram maior uso de duas estratégias focadas na emoção – autocontrole e fuga-esquiva – em comparação a não vítimas. Na estratégia de autocontrole, os escores médios das vítimas foram mais elevados que os dos adolescentes não envolvidos nesse tipo de violência (Mallmann, 2016). Esse índice pode indicar que as vítimas tendem a inibir expressões emocionais e comportamentos espontâneos (Folkman & Lazarus, 1988). Tendo em vista que o *cyberbullying*, muitas vezes, envolve formas de crítica e humilhação, torna-se compreensível que a vítima possa desenvolver maior controle socioemocional como forma de evitar novas agressões. Esse resultado vai ao encontro de dados apontados na literatura que relacionam a vitimização por *cyberbullying* a aspectos internalizantes, como sintomas depressivos, ansiedade social e diminuição na autoestima, entre outros (Cross, Lester, & Barnes, 2015; Hinduja & Patchin, 2010).

Entretanto, as vítimas também apresentaram maiores escores na estratégia de busca de suporte social em comparação a não vítimas (Mallmann, 2016). Esse é um dado positivo, tendo em vista que a busca por apoio social é apontada como uma estratégia efetiva para lidar com o *cyberbullying* (Hinduja & Patchin, 2007; Nixon, 2014; Raskauskas & Huynh, 2015; Völlink et al., 2013). No entanto, para que o suporte social seja positivo, é necessário que o adolescente tenha pessoas com as quais possa contar, capazes de fornecer auxílio prático e apoio emocional (Palladino et al., 2012).

As vítimas também referem mais o uso da estratégia de fuga-esquiva do que não envolvidos (Mallmann, 2016). Essa forma de *coping* refere-se à

evitação de pensamentos ou situações que remetam ao *cyberbullying*, muitas vezes por meio de comportamentos como usar drogas ou afastar-se de outras pessoas. Além disso, essa estratégia também pode envolver avaliações distorcidas da situação, como, por exemplo, esperar que as agressões cessem ou desapareçam de forma “milagrosa” (Folkman & Lazarus, 1988). A utilização desse tipo de estratégia pode estar associada a sintomas depressivos, ansiedade e baixa autoestima, bem como à manutenção da vitimização (Machmutow, 2012; Völlink et al., 2013). Além disso, é importante salientar que comportamentos de fuga-esquiva podem ser preditores para a vitimização por *cyberbullying*. Ou seja, quanto mais os adolescentes se esquivam, mais podem ser ou continuar sendo vítimas dessa violência. Assim, pais e professores devem estar atentos a isolamentos e retraimento por parte dos jovens. Ademais, torna-se importante o desenvolvimento de intervenções que busquem ampliar o repertório de estratégias das crianças, que as empoderem e busquem aprimorar estratégias relacionadas ao bem-estar e à promoção da saúde mental.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA E ENTRE PARES

As experiências de violência na família constituem-se em eventos traumáticos que devem ser foco de intervenções psicológicas no contexto clínico. As diretrizes para ações de prevenção e intervenção para adolescentes vítimas de violência foram apresentadas pela OMS e pela ISPCAN (2006). No documento, consta que as intervenções psicológicas devem ser baseadas em evidências de efetividade. Além disso, devem ser orientadas por objetivos e ter abordagem estruturada, e estratégias para manejo das consequências emocionais e comportamentais da vivência traumática devem estar presentes. Entre elas, foram destacadas as estratégias para identificação e regulação das emoções, manejo da ansiedade e percepções distorcidas, bem como de resolução de problemas.

A terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT, do inglês *trauma-focused cognitive behavior therapy*) é uma das intervenções

amplamente recomendadas para atendimento de adolescentes vítimas de violência. Esse protocolo apresenta evidências de efetividade e é orientado por objetivos e estruturado. Inclui estratégias para regulação emocional, reestruturação cognitiva e manejo da ansiedade (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2005). Essa intervenção envolve o adolescente e seus cuidadores em sessões divididas em três fases principais: (1) estabilização, (2) narrativa traumática e (3) integração/consolidação (Lobo, Brunnet, Schaefer, Arteche, & Kristensen, 2014).

Especificamente para o tratamento de adolescentes vítimas de abuso sexual, foi desenvolvido e avaliado no Brasil o Programa Superar, que - apresenta evidências de efetividade (Habigzang, Freitas, Hohendorff, & Koller, 2016). Trata-se de uma intervenção composta por 16 sessões de psicoterapia que pode ser aplicada nas modalidades grupal ou individual (Habigzang & Schneider, 2016), tendo três fases:

- 1** psicoeducação e reestruturação cognitiva sobre a violência sexual
- 2** inoculação do estresse
- 3** prevenção da recaída

Essas etapas apresentam como foco compreender as formas e a dinâmica da violência; discutir mitos sobre abuso sexual; abordar emoções sobre as reações da família ante a revelação e sobre o agressor; identificar e reestruturar pensamentos distorcidos sobre a violência; ativar e integrar a memória traumática; aprender estratégias para lidar com lembranças intrusivas; conhecer direitos; e aprender sobre comportamentos sexuais protetivos e habilidades para evitar revitimizações.

É importante mencionar, contudo, que os efeitos de qualquer intervenção psicológica somente serão positivos para os adolescentes quando a exposição à violência for interrompida. A inclusão dos cuidadores para o desenvolvimento de práticas educativas saudáveis e suporte emocional adequado deve ser prioritária. Da mesma forma, são necessários o contato com a escola e o conhecimento de vivências de violência em outros contextos, além do familiar. Os(as) psicólogos(as) devem compreender que a violência familiar requer intervenções interdisciplinares para garantir direitos

e proteção aos adolescentes. Além disso, uma compreensão ecológica acerca da vida desses jovens faz-se essencial para que uma boa estratégia de intervenção seja efetivada. Dessa forma, a atuação conjunta com profissionais do direito, medicina, educação e serviço social é fundamental. A psicoterapia isoladamente pode ter efeitos mínimos em casos dessa natureza.

Da mesma forma, no contexto clínico cognitivo-comportamental, o *bullying* e o *cyberbullying* podem ser identificados por meio da anamnese ou mesmo durante o processo terapêutico, já que, em alguns casos, o paciente pode esconder seu envolvimento por vergonha, medo de punição e/ou culpa. É fundamental que o profissional entre em contato com a escola para conhecer os comportamentos do(a) adolescente no contexto acadêmico. Também é importante instruir a instituição e os pais sobre as formas de enfrentamento do *bullying* e do *cyberbullying*, bem como ressignificar as crenças dos jovens envolvidos sobre si mesmos, sobre suas capacidades/habilidades e interações sociais. A rejeição do grupo de pares, a partir dessas violências, pode implicar graves consequências para todo o desenvolvimento subsequente, principalmente para o estabelecimento de relações interpessoais e autoestima.

Pureza (2014) realizou uma intervenção para jovens envolvidos no *bullying*, com base na terapia cognitivo-comportamental e na psicologia positiva. Os resultados indicaram um significativo aumento da conscientização sobre *bullying* e suas consequências entre os jovens, o que reforça a importância da psicoeducação. Intervenções clínicas devem focar a ressignificação de distorções cognitivas que reforçam estereótipos sobre diferenças sociais, estéticas, culturais ou religiosas, assim como crenças de vitimização, menos-valia e incapacidade. Essas distorções cognitivas, que geram comportamentos e sintomas, podem ser identificadas em vítimas, agressores e agressores-vítimas. Já as intervenções em nível escolar devem focar na instituição como um todo, envolvendo todos os jovens, e não somente vítimas, agressores e agressores-vítimas. É importante o trabalho junto a professores e demais membros da equipe escolar, empoderando-os a intervir caso identifiquem situações de *bullying*. Os pais devem ser igualmente incluídos nas intervenções, para que limitem comportamentos agressivos de seus filhos e auxiliem no estabelecimento de novas ou outras

relações interpessoais, as quais sejam validantes e saudáveis para esses jovens. Salienta-se que, nos casos de *cyberbullying*, os trabalhos na clínica e na escola são semelhantes. Enfatiza-se, entretanto, a importância do monitoramento por parte dos pais, sem se fazer invasivos, porém orientando e participando da vida virtual dos filhos. A relação com os pais e o cuidado destes relativo às interações virtuais de seus filhos são importantes preditores para o não envolvimento em cyber-agressão, cyber-vitimização e *cyberbullying* (Luna, 2013; Mallmann, 2016; Matos, 2015; Wendt & Lisboa, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência que acomete adolescentes, seja na família, seja no contexto das relações entre pares, pode ter graves consequências para todo o desenvolvimento subsequente desses jovens. Em contextos que normativamente devem oferecer proteção, afeto incondicional e espaço para o desenvolvimento da identidade, do autoconceito e da autoestima, a existência de violência toma proporções alarmantes e impacto negativo.

Para intervenções clínicas, é essencial a análise ecológica dos contextos dos quais os adolescentes participam, identificando-se situações de violência em que os jovens possam ser vítimas, protagonistas ou testemunhas. A abordagem cognitivo-comportamental tem avançado na busca de evidências empíricas que atestem a eficácia/efetividade de intervenções visando minimizar impactos ou prevenir violência na adolescência. A conscientização acerca dos diferentes tipos de violência familiar e entre pares, bem como de suas consequências cognitivas, comportamentais, emocionais e sociais, é crucial para promover o debate e a não banalização desses processos. Igualmente relevante é empoderar os próprios jovens, pais, professores e profissionais a combater esse fenômeno, que pode dificultar o processo de formação da identidade, tão importante e característico da fase da adolescência.

REFERÊNCIAS

- Bagwell, C. L., & Schmidt, M. E. (2011). *The friendship quality of overtly and relationally victimized children: Friendships in childhood and adolescence*. New York: Guilford.
- Baker, Ö. E., & Tanrikulu, İ. (2010). Psychological consequences of cyber bullying experiences among Turkish secondary school children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 2771-2776.
- Bannink, R., Broeren, S., van de Looji-Jansen, P. M., Waart, F. G., & Raat, H. (2014). Cyber and traditional bullying victimisation as a risk factor for mental health problems and suicidal ideation in adolescents. *PLOS One*, 9(4), e94026.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Beckman, L., Hagquist, C., & Hellström, L. (2013). Discrepant gender patterns for cyberbullying and traditional bullying: An analysis of Swedish adolescent data. *Computers in Human Behavior*, 29, 1896-1903.
- Beran, T., & Li, Q. (2005). Cyber-harassment: A study of a new method for an old behavior. *Journal of Educational Computing Research*, 32(3), 265-277.
- Berger, C., Lisboa, C. S. M., Cuadros, O., & Tezanos-Pinto, P. (2016). Adolescent peer relations and socioemotional development in Latin America: Translating international theory into local research. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2016(152), 45-58.
- Björqvist, K., Osterman, K., & Hjelt-Back, M. (1994). Aggression among university employees. *Aggressive Behavior*, 20(3), 173-184.
- Braga L. L., & Lisboa, C. (2010). Estratégias de coping para lidar com o processo de bullying: Um estudo qualitativo. *Interamerican Journal of Psychology*, 44, 321-331.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília: Casa Civil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: Um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf
- Brewer, G., & Kerslake, J. (2015). Cyberbullying, self-esteem, empathy and loneliness. *Computers in Human Behavior*, 48, 255-260.
- Brown, C. F., Demaray, & Secord, S. M. (2014). Cyber victimization in middle school and relations to social emotional outcomes. *Computers in Human Behavior*, 35, 12-21.
- Bukowski, W., & Sippola, L. (2005). Friendship and development: Putting the most human relationship in its place. In L. Jensen, & R. Larson (Eds.), *New horizons in developmental theory and research* (pp. 91-98). San Francisco: Jossey-Bass.
- Campbell, M. A., Spears, B., Slee, P., Butler, D. A., & Kift, S. M. (2012). Victims' perceptions of traditional and cyberbullying, and the psychosocial correlates of their victimisation. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 389-401.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.
- Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25(2), 65-83.
- Cross, D. S., Lester, L. J., & Barnes, A. (2015). A longitudinal study of the social and emotional predictors and consequences of cyber and traditional bullying victimization. *International Journal of Public Health*, 60(2), 207-217.
- Danielson, C. K., Arellano, M. A., Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., & Resnick, H. S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10(1), 37-48.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of coping questionnaire: Manual, instrument, scoring guide*. Menlo Park: Mind Garden.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2013). O uso da internet por adolescentes. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/br_uso_internet_adolescentes.pdf
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2016). Infância e adolescência no Brasil. Recuperado de <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>
- Garaigordobil, M. (2011). *Bullying y cyberbullying: Conceptualización, prevalencia y evaluación* (12. ed.). FOCAD. Recuperado de <http://www.psicologiaysexologia.org/wp-content/uploads/2013/11/Bullying-y-cyberbullying.pdf>
- Guimarães, S. P., & Campos, P. H. F. (2007). Norma social violenta: Um estudo da representação social da violência em adolescentes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(2), 188-196.
- Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2011). *Intervenção psicológica para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual: Manual de capacitação profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). *Violência contra crianças e adolescentes: Teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Habigzang, L. F., & Schneider, J. A. (2016). Programa Superar: Terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. In A. I. Sani, & S. Caridad (Eds.), *Práticas de intervenção na violência e no crime* (pp. 31-44). Lisboa: Pactor.
- Habigzang, L. F., Freitas, C. P. P., Hohendorff, J. V., & Koller, S. H. (2016). Cognitive-behavioral group therapy for girls victims of sexual violence in Brazil: Are there differences in effectiveness when applied by different groups of psychologists? Effectiveness of group therapy for girls victims of sexual violence. *Anales de Psicología*, 32(2), 433-440.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2007). Off-line consequences of online victimization: School violence and delinquency. *Journal of School Violence*, 6(3), 89-112.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of Suicide Research*, 14(3), 206-221.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2012). Cyberbullying may exacerbate problems that can lead to suicide. In L. Gerdes (Ed.), *Cyberbullying* (pp. 52-56). New York: Cengage Learning.

- Hohendorff, J. V., & Habgizang, L. F. (2014). Atuação do profissional da psicologia na avaliação e intervenção em situações de violência sexual contra adolescentes. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp. 293-308). Porto Alegre: Artmed.
- Jacobs, N. C. L., Dehue, F., Völlink, T., & Lechner, (2014). Determinants of adolescents' ineffective and improved coping with cyberbullying: A Delphi study. *Journal of Adolescence*, 37, 373-385.
- Jung, Y. E., Leventhal, B., Kim, Y. S., Park, T. W., Lee, S. H., Lee, M., ... Park, J. I. (2014). Cyberbullying, problematic internet use, and psychopathologic symptoms among Korean youth. *Yonsei Medical Journal*, 55(3), 826-830.
- Juvonen, J., & Gross, E. (2008). Extending the school grounds? Bullying experiences in cyberspace. *The Journal of School Health*, 78(9), 496-505.
- Kessel Schneider, S., O'Donnell, L., Stueve, A., & Coulter, R. W. S. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *American Journal of Public Health*, 102(1), 171-177.
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: Uma visão ecológica. In S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kowalski, R. M., Limber, S. P., & Agatston, P. W. (2012). *Cyberbullying in the digital age*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Landoll, R. R., La Greca, A. M., Lai, B. S., Chan, S. F., & Herge, W. M. (2015). Cyber victimization by peers: Prospective associations with adolescent social anxiety and depressive symptoms. *Journal of Adolescence*, 42, 77-86.
- Li, Q. (2005). Cyberbullying in schools: Nature and extent of adolescents' experience. In Annual American Educational Research Association Conference, Montreal.
- Li, Q. (2007). New bottle, but old wine: A research of cyberbullying in schools. *Computers in Human Behavior*, 23, 1777-1791.
- Li, Q. (2010). Cyberbullying in high schools: A study of students' behaviors and beliefs about this new phenomenon. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(4), 372-392.
- Li, Q., Smith, P. K., & Cross, D. (2012). Research into cyberbullying. In Q. Li, D. Cross, & P. K. Smith (Eds.), *Cyberbullying in the global playground: Research from international perspectives*. West Sussex: Blackwell.
- Lindern, D., & Lisboa, C. S. M. (2015). Bullying e terapia cognitivo-comportamental. In C. N. Neufeld, E. M. O. Falcone, & B. Rangé, (Orgs.), *PROCOGNITIVA Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental: Ciclo 1* (pp. 115-162). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- Lisboa, C. S. M., Braga, L. L., & Ebert, G. (2009). O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: Definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínicos*, 2(1), 59-71.
- Lisboa, C. S. M., Horta, C. L., Weber, J. L., & Almeida, L. (2014). Mitos e fatos sobre bullying. In C. Lisboa, G. Wendt, & J. Pureza (Eds.), *Mitos e fatos sobre bullying: Orientações para pais e profissionais* (pp. 15-29). Novo Hamburgo: Sinopsys.

- Lisboa, C., Wendt, G., Pureza, J. (2014). *Mitos e fatos sobre bullying: Orientações para pais e profissionais*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Lobo, B. O. M., Brunnet, A. E., Schaefer, L. S., Arteche, A. X., & Kristensen, C. H. (2014). Terapia cognitivo-comportamental focada no trauma para crianças e adolescentes vítimas de eventos traumáticos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(1), 3-14.
- Lonigro, A., Schneider, B. H., Laghi, F., Baiocco, R., Pallini, S., & Brunner, T. (2015). Is cyberbullying related to trait or state of anger? *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 445-454.
- Luna, C. (2013). Uma web perturbada pela violência. In C. N. de Abreu, E. Eisenstein, & S. G. B. Estefanon (Orgs.), *Vivendo esse mundo digital* (pp. 60-71). Porto Alegre: Artmed.
- Machmutow, K., Perren, S., Sticca, F., & Alsaker, F. D. (2012). Peer victimisation and de-pressive symptoms: Can specific coping strategies buffer the negative impact of cybervictimisation? *Emotional and Behavioral Difficulties*, 17(3), 403-420.
- Mallmann, C. L. (2016). *Esquemas iniciais desadaptativos e estratégias de coping em adolescentes* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre).
- Malta, D. C., Prado, R. R., Caribe, S. S. A., Silva, M. M. A., Andreazzi, M. A. R., Silva-Junior, J. B., ... Minayo, M. C. S. (2014). Fatores associados aos ferimentos em adolescentes a partir da pesquisa nacional de saúde de escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(Supl 1), 183-202.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558.
- Matos, M. (2015). *Adolescentes em navegação segura, por águas desconhecidas*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Meeus, W., van de Schoot, R., Keijsers, L., & Branje, S. (2012). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early-to-middle and middle-to-late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1008-1021.
- Menesini, E., & Spiel, C. (2012). Cyberbullying: Development, consequences, risks and protective factors. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(2), 163-167.
- Menesini, E., Nocentini, A., Palladino, B. E., Scheithauer, H., Schultze-Krumbholz, A., Frisén, A., ... Blaya, C. (2013). Definitions of cyberbullying. In P. K. Smith, & G. Steffgen (Eds.), *Cyberbullying through the new media: Findings from an international network*. London: Psychology.
- Na, H., Dancy, B., & Park, C. (2015). College student engaging in cyberbullying victimization: Cognitive appraisals, coping strategies, and psychological adjustments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 155-161.
- Nixon, C. L. (2014). Current perspectives: The impact of cyberbullying on adolescent's health. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 143-158.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. London: Blackwell.
- Palfrey, J., & Gasser, U. (2011). *Nascidos na era digital: Entendendo a primeira geração de nativos digitais*. Porto Alegre: Artmed.
- Palladino, B. E., Nocentini, A., & Menesini, E. (2012). Online and offline peer led models against bullying and cyberbullying. *Psicothema*, 24, 634-639.

- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2010). Cyberbullying and self-esteem. *Journal of School Health*, 80(12), 614-621.
- Patias, N. D., Silva, D. G., & Dell'Aglío, D. D. (2016). Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: Relações com a saúde mental. *Temas em Psicologia*, 24(1), 205-218.
- Paula, C. S., Vedovato, M. S., Bordin, I. A. S., Barros, M. G. S. M., D'Antino, M. E. F., & Mercadante, M. T. (2008). Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528.
- Pham, T., & Adesman, A. (2015). Teen victimization: Prevalence and consequences of traditional and cyberbullying. *Current opinion in pediatrics*, 27(6), 748-756.
- Polanczyc, G. V., Zavaschi, L., Benetti, S., Zenker, R., & Gammerman, P. W. (2003). Violência sexual e sua prevalência em adolescentes de Porto Alegre, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 8-14.
- Price, M., & Dalgleish, J. (2010). Cyberbullying: Experiences, impacts and coping strategies as described by Australian young people. *Youth Studies Australia*, 29, 51-59.
- Pureza, J. (2014). *Contribuições da psicologia positiva para a compreensão e intervenção no fenômeno bullying* (Dissertação de mestrado, Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo).
- Raskauskas, J., & Huynh, A. (2015). The process of coping with cyberbullying: A systematic Review. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 118-125.
- Relva, I. C., Alarcão, M., & Fernandes, O. M. (2014). Rivalidade ou violência? A percepção de estudantes universitários vítimas de violência por parte de irmãos. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 30(3), 259-265.
- Salmivalli, C. (1998). Not only bullies and victims – Participation in harassment in school classes: Some social and personality factors. Turun yliopiston julkaisu. In *Annales Universitatis Turkuensis*, 135-137. Turku: Turun Yliopisto.
- Scharf, M., & Mayseless, O. (2007). Putting eggs in more than one basket: A new look at developmental processes of attachment in adolescence. In M. Scharf, & O. Mayseless (Eds.), *Attachment in adolescence: Reflections and new angle* (n. 117, pp. 1-22). San Francisco: Jossey-Bass.
- Sevciková, A., Smahel, D., & Otavová, M. (2012). The perception of cyberbullying in adolescent victims. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 305-317.
- Slonje, R., & Smith, P. K. (2008). Cyberbullying: Another main type of bullying? *Personal and Social Sciences*, 49, 147-154.
- Slonje, R., Smith, P. K., & Frisén, A. (2012). Process of cyberbullying, and feelings of remorse by bullies: A pilot study. *European Journal of Developmental Psychology*, 2(2), 244-259.
- Smith, P. K. (2004). Bullying: Recent developments. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), 98-103.
- Smith, P. K. (2012). Cyberbullying: Challenges and opportunities for a research program – A response to Olweus. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(5), 553-558.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russel, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 376-385.

- Smith, P. K., Steffgen, G., & Sittichai, R. (2013). The nature of cyberbullying, and the international network. In P. K. Smith, & G. Steffgen (Eds.), *Cyberbullying through the new media: Findings from an international network*. London: Psychology.
- Souza, A. P. L., Lauda, B. V., & Koller, S. H. (2014). Opiniões e vivências de adolescentes acerca dos direitos ao respeito e privacidade e a proteção contra a violência física no âmbito familiar. *Psicologia e Sociedade*, 26(2), 397-409.
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of reaserch on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26, 277-287.
- Van Geel, M., Vedder, P., & Tanilon, J. (2014). Relationship between peer victimization, cyberbullying and suicide in children and adolescents. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 435-442.
- Völlink, T., Bolman, C., Eppingbroek, A., & Dehue, F. (2013). Emotion-focused coping worsens depressive feelings and health complaints in cyber-bullied children. *Journal of Criminology*, 2013, 1-10.
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. Recuperado de http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_crianca.php
- Walrave, M., & Heirman, W. (2013). Adolescents, online marketing and privacy: Predicting adolescents' willingness to disclose personal information for marketing purposes. *Children and Society*, 27, 434-447.
- Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: Physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, 45, 368-375.
- Wendt, G., & Lisboa, C. (2014). Adolescência no contexto das novas tecnologias de informação e comunicação. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. Koller (Orgs.), *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp 180-190). Porto Alegre: Artmed.
- Wigderson, S., & Lynch, M. (2013). Cyber and tradicional peer victimization: Unique relationships with adolescents well-being. *Psychology of Violence*, 3(4), 297-309.
- World Health Organization (WHO), & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2015). Health topics. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics>
- Ybarra, M. L., Boyd, D., Korchmaros, J. D., & Oppenheim, J. (2012). Defining and measuring cyberbullying within the larger context of bullying victimization. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 53-58.



ESCOLA, ESCOLHA PROFISSIONAL E MERCADO DE TRABALHO

CARLA CRISTINA DAOLIO
FERNANDA AGUILLERA
MARINA GREGHI STICCA
CARMEM BEATRIZ NEUFELD

Entre as questões desenvolvimentais que perpassam a vida do adolescente, a escola, a escolha da carreira e o mercado de trabalho adquirem significado diferenciado. Do ponto de vista biomédico, a adolescência é caracterizada por ser uma fase de transição entre a infância e a vida adulta (Davim, Germano, Menezes, & Carlos, 2012), e, portanto, sua relação com a escola passa a se diferenciar da observada na infância, assim como a preocupação com a escolha de carreira e o envolvimento com o mercado de trabalho, que se intensificarão na vida adulta. A adolescência compreende, aproximadamente, a segunda década de vida (dos 10 aos 19 anos), de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ou a faixa entre 12 e 18 anos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do Brasil. Enquanto a infância se inicia no ambiente familiar e termina durante a vida escolar, a adolescência já se inicia dentro da escola, terminando quando o jovem sai dela, no fim do ensino médio, momento em que terá como principais tarefas a escolha profissional e a relação com o mercado de trabalho (Brasil, 2015; World Health Organization [WHO], 2016).

ESCOLA

A relação do adolescente com a escola começa a se diferenciar daquela vista na infância à medida que as prioridades do jovem vão mudando. Na adolescência, ocorre uma eclosão de grandes transformações e aquisições, compreendendo as esferas física, socioemocional e cognitiva, como a busca

da definição da identidade e maior independência dos pais (Reichert & Wagner, 2008). É principalmente na escola que o adolescente encontrará o que precisa para vivenciar suas novas necessidades, como a relação com os pares, com figuras de autoridade e com os estudos. Muitas pesquisas apontam para a adolescência como um período de vulnerabilidade, por ser uma fase caracterizada por conflitos e crises, sendo que a exposição a fatores de risco pode contribuir para o desenvolvimento de patologias (Davim et al., 2012; Dias, Nazareno, Zanini, & Mendonça, 2008; Kristensen, Schaefer, & Busnello, 2010; Silva & Zanini, 2011). Nesse sentido, Carvalho, Barros, Lima, Santos e Mélo (2011) constataram que o estresse psicossocial em jovens de escolas públicas de Pernambuco esteve associado a condutas de risco que comumente aumentam na adolescência, como o consumo de bebidas alcoólicas em meninas e o uso de drogas em meninos, o que gerou pensamentos e planos de suicídio. Ao discutir as implicações do vestibular na vida dos indivíduos nessa fase, Dias e colaboradores (2008) ressaltam que, quando o adolescente está exposto a fatores de risco em desproporção aos de proteção, pode haver desencadeamento de problemas em seu desenvolvimento, conferindo risco a sua saúde mental. Um estudo conduzido em Florianópolis (SC) indicou que, em relação aos estilos de vida, embora os adolescentes apresentassem hábitos alimentares e de atividade física saudáveis, esses comportamentos ainda eram abaixo do considerado positivo e diminuía em decorrência do estresse (Maria, Guimarães, & Matias, 2009). Kristensen e colaboradores (2010) constataram que as estratégias de *coping* (enfrentamento) mais utilizadas por 220 adolescentes de Porto Alegre (RS) para lidar com o estresse da fase são autocontrole, afastamento, fuga e esquiva. As menos utilizadas são as de enfrentamento, justamente as mais protetivas. Como o aluno passa boa parte do tempo na escola, a expressão de seus comportamentos, influenciados por fatores de proteção ou de risco, pode ser nela observada. O desafio é, então, discernir o “normal” do patológico, visto ser comum a presença de conflitos nessa fase.

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) aponta que, antes de se definir um diagnóstico, deve-se levar em conta o que é de fato considerado sofrimento para cada cultura (American Psychiatric Association [APA], 2014). Da mesma forma, do ponto de vista da terapia

cognitivo-comportamental (TCC), a necessidade de uma intervenção se dá, e só terá sucesso, quando a queixa é percebida pelo indivíduo como comprometedora do seu funcionamento em áreas importantes de sua vida (Wainer, Pergher, & Piccoloto, 2007). Considerando o comportamento do adolescente na escola, essa lógica pode ser seguida para diferenciar o que é esperado da fase do que é prejudicial para o jovem ou para seus pares. Em outras palavras, é importante observar quando o comportamento do adolescente está prejudicando sua saúde física e mental, seu desempenho escolar ou seus relacionamentos sociais, bem como se o próprio adolescente percebe esse prejuízo, ajudando-o a identificar em si mesmo possíveis dificuldades.

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Antes de exemplificar situações em que o comportamento do adolescente pode ser prejudicial a ponto de merecer atenção profissional, cabe lembrar que a escola é também um ambiente privilegiado para prevenção e promoção de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, ações de promoção de saúde dentro da escola são capazes de (Brasil, 2002):

- 1** fortalecer a capacidade dos indivíduos de tomar decisões favoráveis a sua saúde e à comunidade
- 2** criar ambientes saudáveis
- 3** consolidar uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, com foco no respeito ao indivíduo e no estabelecimento de uma nova cultura de saúde

A prevenção de transtornos mentais pode ser considerada um conjunto de estratégias com fins de impedir ou reduzir o aparecimento e o impacto de psicopatologias. Essas táticas atuam reduzindo fatores de risco associados aos transtornos e podem ser de três tipos:

- 1 universal**, quando um grupo de pessoas poderá receber a intervenção, independentemente da presença de fatores de risco
- 2 seletiva**, em que haverá um risco relativo para os participantes

3 indicada, quando os participantes terão altos riscos de desenvolver um transtorno (Bressan, Kieling, Estanislau, & Jesus Mari, 2014)

Já a promoção de saúde objetiva fortalecer as capacidades individuais e coletivas, configurando-se como um processo que permite a uma pessoa ter maior controle sobre sua saúde por meio de conhecimentos e atitudes favoráveis a sua manutenção e aquisição (Santos, Erse, Simões, Façanha, & Marques, 2013).

Os programas de promoção de saúde ou de prevenção de problemas de comportamento costumam ser oferecidos tanto para crianças como para adolescentes, sendo geralmente voltados para o treino de habilidades sociais ou para a promoção de habilidades de vida. Estas últimas têm grande importância, havendo a necessidade de uma perspectiva interdisciplinar, nos fatores de risco à juventude e no papel da escola como promotora da saúde (Guimarães, Aerts, & Câmara, 2013). Exemplificando sua aplicação com adolescentes no contexto escolar, o PRHAVIDA (Neufeld, Daolio, Cassiano, Rossetto, & Cavenage, 2014) é um programa de promoção de habilidades de vida que vem sendo aplicado a jovens de cerca de 12 anos (também pode ser aplicado a crianças). O PRHAVIDA envolve 11 sessões e delineamento de pré e pós-teste, com psicoeducação e treino de diversas habilidades sociais e de vida, bem como do modelo cognitivo. O programa tem mostrado resultados favoráveis a partir da análise de relatos de adolescentes e professores, os quais apontam melhoras nas relações com os pares e o uso das habilidades aprendidas. Um exemplo de prevenção é o estudo de Murta e colaboradores (2013), em que foi realizada uma intervenção de prevenção à violência no namoro em alunos de primeira série do ensino médio de uma escola pública. O programa era composto por sete sessões e utilizou psicoeducação, discussões e promoção de habilidades de vida. Os resultados mostraram que houve redução de crenças sexistas e homofóbicas e, consequentemente, prevenção contra comportamentos violentos no namoro.

Percebe-se que não é necessária a existência de problemas explícitos entre os adolescentes para que seja feita uma intervenção, sobretudo considerando a já citada vulnerabilidade inerente dessa fase. É evidenciada a importância da escola para o trabalho com adolescentes, uma vez que se trata de um espaço propício para ações de prevenção e promoção de saúde como as

exemplificadas. Por sua vez, quando há de fato problemas que necessitam de intervenção, a instituição de ensino é tanto um ambiente onde será possível observá-los e identificá-los como um lugar de possibilidade de atuação, além da clínica. Cabe lembrar que o terapeuta clínico pode visitar a escola de seu paciente adolescente para observá-lo e conhecer o seu ambiente, bem como fazer orientações e sugestões a pais e professores, mas a atuação propriamente dita no ambiente de ensino deverá ser responsabilidade de um psicólogo escolar ou outro profissional capacitado para a intervenção em si, respeitando os princípios da psicologia escolar, sem a reprodução da psicologia clínica na escola.

QUEIXAS COMUNS AO AMBIENTE ESCOLAR E O VESTIBULAR

Algumas das queixas que podem aparecer ao se trabalhar com adolescentes, tanto na clínica quanto na escola, são:

- dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento disruptivo ou agitado (Carneiro & Coutinho, 2015)
- *bullying*
- abuso de substâncias
- questões relacionadas à sexualidade (ver Capítulos 8, 10, 14 e 15)
- dúvidas quanto à escolha de carreira
- dificuldades emocionais com o vestibular (Paggiaro & Calais, 2009)

Todas essas queixas podem ser trabalhadas tanto na clínica quanto na escola, visto que muitas vezes demandam que vários dos contextos frequentados pelo adolescente sejam considerados.

Lima, Prado e Souza (2014) apresentam especificidades do atendimento clínico com adolescentes de escola pública. Os autores observaram que alguns estigmas relacionados à incompetência escolar devem ser superados dentro da própria instituição e que é papel do psicólogo auxiliar nisso, investindo no aprofundamento de estudos e pesquisas na área da psicologia escolar e educacional. Também identificaram dificuldades dos próprios adolescentes em lidar com a incompetência escolar, sendo que a presença de um projeto de vida parece auxiliar na melhor evolução do tratamento.

Quanto à escolha de carreira e ao vestibular, são queixas que passam a ser mais intensas ao fim da adolescência, dada a iminência da entrada no mercado de trabalho. O vestibular vai se configurar como um desafio ao desempenho e ao significado como pessoa do adolescente (Archer, Heumann, & Luz Filho, 2011), passando a ser visto como ritual de passagem para o mundo adulto e do trabalho (Dias et al., 2008; Paggiaro & Calais, 2009). A prova tem sido relacionada ao surgimento de estresse e psicopatologias como ansiedade e depressão (Dias et al., 2008), já que exerce grande pressão no estudante, por questões como:

- medo do fracasso e de escolhas malsucedidas
- disputa de vagas
- pouco tempo de preparo
- sensação de que, se falhar, terá perdido todo o ano de estudos (Paggiaro & Calais, 2009)
- pressão da família, de amigos e da sociedade (Dias et al., 2008)

A Tabela 17.1 apresenta, resumidamente, questões encontradas na literatura sobre os impactos sociais e emocionais do exame vestibular.

TABELA 17.1 DADOS DA LITERATURA SOBRE OS IMPACTOS SOCIAIS E EMOCIONAIS DO EXAME VESTIBULAR

DADOS ENCONTRADOS	IMPACTOS	AUTORES
Preferência por universidades públicas	<ul style="list-style-type: none"> • Competição por poucas vagas 	Guhur, Alberto e Carniatto (2010) D'Avila, Krawulski, Veriguine e Soares (2011)
Escolha profissional por afinidade, influência familiar ou retorno financeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Pressões pessoais e familiares para escolha 	Guhur e colaboradores (2010) Paggiaro e Calais (2009)

		Dias e colaboradores (2008)
Desconhecimento sobre a prova e sentimento de despreparo	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento psíquico nos adolescentes: nervosismo e ansiedade 	Guhur e colaboradores (2010)
Preocupação com resultado negativo no vestibular	<ul style="list-style-type: none"> • A depender da condição financeira: <ul style="list-style-type: none"> – Necessidade de entrar em cursinho – Necessidade de abandonar projeto profissional para começar a trabalhar • Sensação de menos valia • Sensação de perda de um ano de estudos 	Guhur e colaboradores (2010) Dias e colaboradores (2008) Paggiaro e Calais (2009)
Pouco número de vagas	<ul style="list-style-type: none"> • Complexidade de acesso 	D’Avila e colaboradores (2011)
Existência de cursinhos pagos vs. cursinhos populares	<ul style="list-style-type: none"> • Cursinhos populares propostos como forma de diminuir diferença de acesso • Cursinhos se tornaram produto de mercado (pagos), perpetuando disparidade de acesso 	Whitaker (2010) Silva e Padoin (2008) Guhur e colaboradores (2010)
Novo formato ENEM	<ul style="list-style-type: none"> • Proposto como forma de democratização do acesso • Efeito oposto: aumenta afunilamento do vestibular 	Guhur e colaboradores (2010)
Aprovação no vestibular	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade de ascensão social para jovens de baixa renda • Maneira de manter o nível socioeconômico para jovens de classe média 	Silva e Zanini (2011)

Supervalorização do ensino superior	<ul style="list-style-type: none"> Influência negativa no ensino por falta de preparo para o mundo adulto 	Dias e colaboradores (2008)
-------------------------------------	--	-----------------------------

Os dados levantados nesta tabela mostram que, além das questões psicológicas (pressões, nervosismo, ansiedade e exaustão) geradas pelo vestibular, o exame envolve algumas polêmicas quanto à seletividade de estudantes que têm condições econômicas mais ou menos favorecidas. Detalhando a questão do novo formato do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), Guhur e colaboradores (2010) relatam que este passou a substituir os vestibulares como meio de ingresso às universidades federais e, dessa forma, estaria democratizando o acesso ao ensino superior, bem como poupando tempo. Entretanto, segundo as mesmas autoras, a iniciativa da unificação do formato de acesso a essas universidades acaba por ter efeito contrário ao proposto. Por ser um exame único, o jovem não teria como saber das características culturais particulares da universidade em que poderá entrar. Além disso, os melhores colocados seriam encaminhados aos centros de excelência, enquanto os demais iriam para cursos a distância ou bacharelados interdisciplinares. Da mesma forma, Whitaker (2010) apontou que, a princípio, os cursinhos populares surgiram com o ideal de diminuir a diferença no acesso ao ensino superior, mas, ironicamente, seu ensino direcionado acabou se transformando em produto do mercado, levando à criação de cursinhos pagos e perpetuando a disparidade de acesso.

Apesar de o vestibular estar relacionado à preparação acadêmica fornecida nas escolas e de a escolha profissional começar a aparecer ainda nessas instituições de ensino, mais uma vez é importante lembrar que as demandas relacionadas a tais tópicos (e outras já citadas) podem ocorrer tanto em consultório clínico como no próprio ambiente escolar, sendo necessário respeitar os limites de cada área no momento da intervenção com o adolescente. A intervenção clínica para queixas relacionadas ao vestibular pode se basear em princípios e técnicas já conhecidas da TCC. Ou seja, utilização de conceitualização cognitiva; psicoeducação; estabelecimento de metas terapêuticas; reestruturação cognitiva para pensamentos distorcidos; técnicas para controle de estresse, ansiedade e demais emoções decorrentes; resolução de problemas; e ensaio cognitivo, entre outras diversas estratégias que podem ser demandadas a depender das características específicas da queixa. Já no contexto escolar, a visão de mundo e de homem da TCC pode ser norteadora da intervenção como forma de compreender como o adolescente se relaciona com os componentes escolares e o vestibular. A atuação será feita por um psicólogo escolar e deverá seguir os princípios da psicologia escolar, sendo que os princípios e as técnicas da TCC poderão instrumentalizar o profissional para uma atuação de qualidade.

As queixas citadas até aqui podem relacionar-se a outra queixa comum, mais pronunciada pelos pais: o desafio da adesão à escola. Essas queixas

(dificuldades escolares, problemas de comportamento, *bullying*, abuso de substância, amadurecimento sexual, escolha de carreira e vestibular), se estiverem causando prejuízo à saúde mental do adolescente, podem se tornar fatores aversivos para sua presença na escola, e, portanto, o jovem poderá tentar evitá-los. Nesses casos, é importante que o psicólogo se atente às considerações explicitadas ao longo deste livro.

Entretanto, a dificuldade de adesão escolar também pode se dever a fatores que são intrínsecos à própria adolescência. De acordo com Herculano-Housel (2005), durante essa fase há uma queda na quantidade de receptores de dopamina do sistema de recompensas do cérebro. Isso significa que atividades e brincadeiras que na infância causavam satisfação, na adolescência passarão a causar satisfação proporcionalmente menor. Portanto, passa a ser necessária maior quantidade de estímulos para que se atinja o mesmo grau de satisfação obtido na infância. Além disso, a autora também ressalta que, apesar de a adolescência ser o período ideal para se dedicar aos estudos (dada a sede por informação), o que costuma ocorrer é a irresponsabilidade – ou seja, o jovem não consegue pensar nas consequências de seus atos em longo prazo, sendo focado na satisfação presente de seus novos interesses.

O psicólogo que for atender a essa demanda, seja em contexto clínico, seja em contexto escolar, deve primeiramente educar os envolvidos (pais, escola e, possivelmente, o próprio adolescente) quanto a essas questões naturais da adolescência. Uma vez compreendida a dinâmica do comportamento do jovem, é possível avaliar maneiras de tornar os estudos mais atrativos. Neufeld, Daolio e Longhini (2015), em contexto de grupos de promoção de habilidades de vida, constataram que atividades mais lúdicas e dinâmicas mantêm maior motivação do adolescente, bem como sua percepção de que há uma reciprocidade de interesses entre os membros do grupo. No contexto acadêmico, essas constatações também são válidas.

É importante que os adultos que se relacionam com o jovem mostrem que reconhecem seus interesses e vontades, possibilitando uma postura de maior abertura para negociações por parte dele. Do mesmo modo, devem procurar conhecer o que é atrativo para o adolescente como aluno. Assim, professores podem procurar maneiras mais estimulantes de passar determinado conteúdo,

como a utilização de trabalhos mais práticos, discussões, utilização de vídeos e músicas. Os pais, por sua vez, podem negociar atividades de lazer (ir a lugares de que o filho goste, permitir encontros sociais entre os amigos) como recompensas por dedicação aos estudos. A escola pode desenvolver projetos que sejam de interesse dos adolescentes, como grupos de discussão sobre determinado assunto, organização de atividades e projetos extracurriculares. Também, como já citado por Lima e colaboradores (2014), a presença de um projeto de vida é de grande importância para a perspectiva de futuro e a maneira com que o jovem encara a escola e os estudos. Saber de seus anseios e aspirações, bem como ajudá-lo a desenvolver e planejar um projeto de vida em que se perceba como ator social, permite que ele atribua significados diferenciados à importância dos estudos para a consecução de seus objetivos.

ESCOLHA PROFISSIONAL

São intrínsecas às queixas relacionadas à escola e ao vestibular as questões relacionadas à escolha de carreira. Essas duas tarefas desenvolvimentais dos adolescentes estão associadas e podem influir uma na outra. Como visto, em alguns casos, o jovem pode não optar ou não poder ingressar no ensino superior; em outros, ele necessariamente irá passar pela prova. Independentemente da realização do exame, no entanto, passará a fazer parte de suas prioridades o seu projeto de vida profissional.

A ESCOLHA E SEUS DESAFIOS

Escolher é decidir, em meio a uma série de possibilidades, aquela que parece a melhor naquele momento, tendo em vista dados impulsionadores e limitantes da realidade, o que implica deixar para trás outras tantas opções. Esse fato, por si só, torna qualquer escolha um fator gerador de ansiedade e luto. Em se tratando da escolha profissional na adolescência, é agravante a intensidade emocional com que se vivenciam certas experiências, como os conflitos de identidade, a busca por independência e aceitação e a afirmação de opiniões. Além disso, paira no imaginário de muitos jovens a ideia equivocada de que se trata de uma escolha para o resto da vida, o que torna maiores o medo de errar, a responsabilidade e a angústia diante do risco de

ter de dedicar seu tempo e energia a um trabalho que venha a ser desagradável no futuro (Luft, Boaventura, & Colombo, 2015; Santrock, 2014; Soares, 2002).

Tomada como tarefa de grande responsabilidade, muitos adolescentes não se sentem preparados para fazer essa escolha, em sua maioria porque nem a família nem a escola contribuíram suficientemente, em termos de incentivo e condições, para que o jovem pudesse refletir sobre si mesmo, sobre a realidade a sua volta, sobre o mundo do trabalho e sobre meios de tomar decisões (Carvalho, 1995). Corroborando tal fato, em estudo com 340 adolescentes que estavam concluindo o ensino médio no noroeste gaúcho, Luft e colaboradores (2015) identificaram que apenas 12% discutiam esse tema na escola, 62,5% falavam com a família a respeito e 32% dividiam suas angústias com amigos, caracterizando o reduzido espaço para reflexões e orientação técnica especializada naquele contexto.

Outras vezes, parece faltar motivação para empreender esforços em favor de uma escolha autônoma e consciente, seja porque o jovem ainda não está sensibilizado para a importância dessa decisão (por falta de compromisso e maturidade, por crenças disfuncionais em relação a si mesmo e ao futuro), seja em razão de problemas associados, como depressão e ansiedade. Estudos como os de Jones e Winer (1991) e Saunders, Peterson, Sampson e Reardon (2000) evidenciaram relações entre esses transtornos do humor e as dificuldades quanto à escolha da carreira, considerando que pensamentos disfuncionais contribuem para a indecisão e a frustração. Do mesmo modo, Holland e Holland (1977), em amplo estudo, com 1.697 adolescentes, identificaram elevados níveis de ansiedade e estresse associados à indecisão vocacional, além de outras características, como baixa competência social, autoconfiança, autoeficácia e senso de identidade, pouco envolvimento escolar e reduzida habilidade quanto a avaliar e organizar informações relevantes, o que implica dificuldades nas decisões em geral.

Diante dessa realidade que se mantém nos dias atuais, crescem em importância as considerações de Peterson, Sampson e Reardon (1991) em relação aos padrões/condições de definição vocacional, classificados em situação de decisão, indecisão ou indecisividade. A primeira refere-se aos sujeitos que se comprometem com uma escolha específica, podendo ser por definição

peçoal e livre vontade ou por esquia. No caso da esquia, evitam-se conflitos com pessoas significativas que pressionam para escolher ou frustrar expectativas, sendo que, nesses casos, os indivíduos mantêm-se indecisos ou indecididos, apesar de a escolha ter sido feita. Na situação de indecisão, em contrapartida, não se assume um compromisso com a escolha profissional, na maioria das vezes por faltar experiência ou de conhecimentos necessários para tanto. Nessa condição também se enquadram indivíduos que ainda não estão mobilizados para a necessidade de escolher, assim como aqueles que não fizeram uma escolha, apesar de seus talentos, interesses e possibilidades ocupacionais. Já a indecisividade refere-se aos casos de não escolha profissional por dificuldades pessoais relacionadas a tomada de decisão e solução de problemas, em geral associadas a altos níveis de ansiedade. Assim, é fundamental considerar a diferença entre indecisão e indecisividade nas intervenções de carreira, haja vista que a primeira tende a ser uma condição temporária e de ordem cognitiva, enquanto a segunda parece uma característica mais estável, crônica e com componentes emocionais, associada a *locus* de controle externo, baixa autonomia e ansiedade. Savickas (1995) considera ainda que, quando a indecisão se torna paralisante, muitas vezes indica um diagnóstico de depressão.

Diante dessas problemáticas, Saunders e colaboradores (2000) ressaltam a necessidade e importância de primeiro se organizarem cognições e afetos, quando a indecisão vocacional está associada a problemas como os já mencionados, para depois se trabalhar a decisão propriamente dita. Voltada a facilitar esse processo, cresce em importância a orientação profissional e seu devido enquadre, de acordo com a realidade de cada cliente. Registra-se, inclusive, que essa prática tem servido de entrada ao tratamento terapêutico, a depender das demandas individuais apresentadas, dado que parece mais aceitável socialmente do que a procura direta pela psicoterapia (Nascimento & Coimbra, 2005; Oliveira-Cardoso, Melo-Silva, Piovesani, & Santos, 2010; Santos, Oliveira-Cardoso, & Melo-Silva, 2009; Silva & Melo-Silva, 2005). Além disso, tem sido reconhecida como prática promotora da saúde, na medida em que auxilia os adolescentes a vencer a ambiguidade, a ansiedade e o estresse associado à escolha profissional e até ao vestibular, bem como contribui para decisões mais acertadas em outros momentos da vida,

favorecendo o ajustamento ao trabalho e o enfrentamento das transições ao longo da carreira (Bock & Aguiar, 1995; Mello, 2003). Mas como defini-la e operacionalizá-la?

MODELOS E DIRETRIZES DA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Orientação profissional é a expressão adotada atualmente no País, em substituição à popular orientação vocacional (Ribeiro, 2011), como ficou conhecida nos tempos em que tal prática se restringia ao uso de testes psicológicos para uma orientação diretiva dos clientes, os quais eram pouco ativos no processo e, em geral, visavam a escolha de um curso universitário ao fim do ensino médio. Distanciando-se dessa concepção arcaica e mais abrangente, a expressão orientação profissional é usada para designar um campo de práticas, já que, hoje, as intervenções de carreira têm amplo espectro de atuação – da primeira definição de uma formação ou trabalho na juventude até a preparação para a aposentadoria. Assim como se expandiram em atenção a diferentes públicos, adotam métodos mais participativos para estimular a autonomia do sujeito que escolhe, envolvendo-o em uma busca ativa por informações e critérios que venham a nortear decisões conscientes e a construção de um projeto de vida e carreira, considerando-se a realidade de cada pessoa, seu contexto socioeconômico e cultural e o mundo do trabalho. Apoiadas em perspectivas desenvolvimentistas, decisionais e construcionistas, reconhecem que decisões de carreira são demandadas durante toda a vida (Taveira, Coelho, Oliveira, & Leonardo, 2004), exigindo do sujeito habilidades fundamentais associadas a exploração de informações e possibilidades, planejamento de vida e carreira, definição de aspectos a analisar e seleção de critérios ante processos decisórios. É ao desenvolvimento dessas habilidades que tais práticas se propõem.

No cenário internacional, especialmente em países desenvolvidos, os impactos positivos dessas práticas não são reconhecidos apenas em nível individual, em relação à escolha profissional ou na preparação e adaptação ao trabalho, mas também na esfera coletiva. Compreendendo seu reflexo na qualidade dos serviços em geral, em razão da promoção da identificação com a profissão e do prazer no trabalho, consideram-se benefícios em larga escala

e em longo prazo dessas práticas: maior competência e eficácia na resolução de problemas, melhor atenção às demandas da população, entre outros. Nessa perspectiva, políticas públicas no campo da orientação para a carreira são apontadas como estratégicas em favor do desenvolvimento das nações, segundo a Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2004, 2005). Essas práticas se diversificam entre os países europeus e outros, como Canadá, Estados Unidos, Austrália e Coreia, predominando iniciativas de educação para a carreira, modalidade de orientação desenvolvida de forma sistemática no contexto escolar, em diferentes períodos educacionais e fases do desenvolvimento de crianças e adolescentes (Hoyt, 1995). Contudo, nos países em desenvolvimento, observa-se pouco investimento nessas ações que, na condição de sustentadas por políticas públicas, ainda são raras (OECD, 2004, 2005).

No Brasil não é diferente. A perspectiva ampliada da orientação - profissional ainda está longe de atender às diferentes demandas dos jovens brasileiros, haja vista que o movimento para democratização do acesso aos serviços de carreira ainda é recente. Apesar dos esforços empreendidos por pesquisadores da área e pela Associação Brasileira de Orientadores Profissionais (ABOP) no sentido de produzir conhecimento, disseminar boas práticas junto a públicos diversos, estreitar relações com o executivo e criar convênios com órgãos governamentais para a execução de políticas públicas, o que temos são experiências isoladas, com pouca visibilidade e continuidade, além de projetos no legislativo (Silva, 2011).

Na prática, predominam intervenções em meio clínico, com poucas iniciativas no contexto escolar. Essas, por sua vez, são mais presentes em escolas de ensino médio e cursinhos preparatórios para o vestibular de iniciativa privada, que atendem a uma parcela privilegiada da população, cujo poder aquisitivo permite a contratação desses serviços, em geral visando a escolha de um curso superior (Carvalho & Marinho-Araújo, 2010; Melo-Silva, Lassance, & Soares, 2004). Parte dessa realidade vem timidamente se transformando nos últimos anos, em atenção a públicos menos favorecidos do ponto de vista econômico, quando se registram ações isoladas no contexto da escola pública, de nível fundamental e médio, em serviços de atendimento oferecidos de graça nas universidades e em projetos sociais ou espaços

comunitários. Nesses casos, o foco das intervenções deixa de ser restrito à escolha universitária, mas considera outras possibilidades, cedendo espaço à discussão de distintas realidades pessoais, ocupacionais e socioeconômicas, além de projetos profissionais que visam a preparação para o trabalho e a cidadania. Uma amostra significativa dessas ações pode ser conhecida nas publicações da ABOP, como a *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, disponível no portal Periódicos Eletrônicos em Psicologia, de acesso gratuito, além das coletâneas de trabalhos na íntegra (Barros, Lima, & Escalda, 2007; Lassance, Levenfus, & Melo-Silva, 2015; Lassance, Paradiso, Bardagi, Sparta, & Frischenbruder, 2005; Melo-Silva, Santos, Simões, & Avi, 2003), ou mesmo em anais de resumos que resultam dos congressos organizados pela associação bianualmente.

Em termos de operacionalização prática, a orientação profissional se diversifica quanto a estratégias interventivas e aportes teóricos, mas sempre adota uma perspectiva de intervenção focal e breve. No contexto clínico, predominam atendimentos individuais, enquanto, no escolar, são mais comuns intervenções grupais, apesar de, algumas vezes, as duas modalidades estarem presentes em ambos. Para sessões individuais, costuma-se adotar a duração-padrão dos demais atendimentos psicológicos: 50 minutos. Já nos casos de encontros grupais, são relatadas experiências com duração de uma hora e meia a três horas, variando de acordo com a proposta interventiva e as condições estabelecidas pelo contexto em que ocorrem, como clínicas, escolas ou outros locais. Independentemente disso, estima-se que o processo se desenvolva pela realização de 8 a 12 sessões, podendo se estender a 20 ou mais, dependendo da estruturação temática dos encontros ou de demandas pessoais dos clientes (mais comum no meio clínico). As sessões costumam ocorrer uma ou duas vezes por semana, a fim de dar tempo para as tarefas decorrentes de cada sessão, quando adotadas, bem como para reflexões independentes, amadurecimento acerca dos conteúdos emergidos ou abordados. Contudo, há relatos de programas intensivos em grupos que ocorrem em dias sequenciados ou estendidos e concentrados em poucos dias ou um fim de semana, a exemplo da experiência de Mahl, Soares e Oliveira Neto (2005). Em geral, pressupõe-se uma entrevista individual de diagnóstico no início e outra para efeito de devolutiva no fim do programa, mesmo nos

casos de atendimentos grupais. Outro diferencial diz respeito à técnica: enquanto os atendimentos individuais são apoiados em estratégias clínicas, os grupais permitem explorar mais estratégias lúdicas, dinâmicas de grupo, construções coletivas, debates temáticos e partilha de experiências.

Colocando em foco a definição de uma identidade pessoal e profissional, bem como a construção de um projeto de vida e carreira, a orientação profissional costuma apoiar-se em eixos temáticos que direcionam a evolução do processo, com pequenas variações de acordo com o contexto e demandas apresentadas pelos orientandos. Um deles trata do autoconhecimento, eixo no qual se estimulam reflexões sobre interesses, habilidades e potenciais, valores, desejos para o futuro, expectativas pessoais em contraponto às familiares e sociais, entre outras questões. Contudo, tais informações devem se articular a dados da realidade objetiva, como a evolução do mundo do trabalho; conjunturas; instabilidade e exigências do mercado; o conhecimento das profissões e dos diferentes níveis de formações profissionais; limitações socioeconômicas; barreiras a enfrentar; recursos e estratégias para lidar com isso; e oportunidades em geral. Esses assuntos são explorados no eixo temático que se dedica ao universo educativo e ocupacional. A análise desses fatores visando a definição de critérios para tomadas de decisão profissionais é o foco de outro eixo, seguido daquele que se direciona, por fim, à construção de planejamentos de vida e carreira e à estimativa de estratégias para sua implementação.

Cabe ressaltar, ainda, a importância da adoção de um referencial teórico de base para as intervenções de carreira, destacando-se modelos teóricos que guardam afinidades com teorias cognitivas e comportamentais. A abordagem cognitivo-evolutiva do desenvolvimento vocacional foi construída e aprimorada por Donald Super e colaboradores desde a segunda metade do século passado (Super, 1957, 1990; Super, Savickas, & Super, 1996). Essa abordagem concebe o processo de desenvolvimento vocacional, essencialmente, como o processo de desenvolver e implementar autoconceitos vocacionais ao longo de toda a vida, em etapas normativas nas quais autoconceitos são implementados, transformados e reformulados a partir de experiências a que o indivíduo se expõe e seus resultados, considerando-se a constelação de papéis assumidos em diferentes âmbitos da

vida. Reconhecida como das mais influentes na área em diversos países, é referida no Brasil por autores como Bardagi (2010) e Lassance, Paradiso e Silva (2011), que bem sintetizam os aspectos fundamentais da teoria, e Lassance (1999) e Lassance, Bardagi e Teixeira, (2009), que propõem a integração dessa abordagem com a TCC.

Além disso, a teoria sociocognitiva de Bandura (1977, 2007) é apontada como uma das influências mais significativas para o domínio da orientação, especialmente por enfatizar aspectos da agência humana no desenvolvimento e na adaptação às mudanças. Considera a pessoa como proativa e autorregulatória, que orienta suas ações por objetivos pessoais, em um constante fluxo de aprendizagem que se sustenta em uma relação triádica entre pessoa, situação e comportamento. Para Bandura, esse indivíduo é reflexivo, intencional e avaliador de si mesmo, enraíza sua percepção do mundo pessoal e social em crenças construídas e cristalizadas a partir das experiências, das emoções, da aprendizagem por modelagem e da persuasão verbal. Nesse contexto, as crenças de capacidade ou autoeficácia percebida são conceitos centrais, pois evidenciam a relação entre as experiências de vida, a autoimagem e os comportamentos significativos da carreira. Aplicando essa vertente teórica no domínio vocacional, Lent, Brown e Hackett (1994) construíram modelos explicativos sobre o desenvolvimento dos interesses, das escolhas e do desempenho. As intervenções nessa perspectiva evidenciam resultados promissores, como as propostas por Lapan, Gysbers e Petroski (2001) e Faria e Teixeira (2010), inclusive junto a estudantes com risco de abandono escolar.

Além desses referenciais teóricos mais reconhecidos, outros também se destacam no contexto brasileiro. É o caso dos programas apoiados na análise do comportamento (Moura, 2004; Moura, Sampaio, Gemelli, Rodrigues, & Menezes, 2005), na metodologia da ativação da aprendizagem (Hissa & Pinheiro, 2010) e no enfoque operatório (Pelletier, Noiseux, & Bujold, 1985), entre outros. Uma síntese das perspectivas teóricas aqui destacadas e seus aspectos essenciais pode ser observada na Tabela 17.2.

TABELA 17.2 REFERENCIAIS TEÓRICOS QUE ABRANGEM QUESTÕES COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS NA PRÁTICA DA ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

REFERENCIAL TEÓRICO	ASPECTOS EM DESTAQUE	AUTORES
Abordagem cognitivo-evolutiva do desenvolvimento vocacional	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento vocacional: processo de desenvolver e implementar autoconceitos vocacionais ao longo da vida • Modelos de intervenção que associam tal perspectiva à TCC no Brasil 	Super (1957, 1990), Super, Savickas e Super (1996) Lassance (1999) e Lassance, Bardagi e Teixeira (2009)
Teoria social cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Agência humana: pessoa é proativa e autorregulatória • Autoeficácia percebida e relação com comportamentos significativos de carreira • Modelos explicativos sobre o desenvolvimento de interesses, das escolhas e do desempenho • Modelos de intervenção inclusive junto a públicos vulneráveis 	Bandura (1977, 2007), Lent e colaboradores (1994) Lapan e colaboradores(2001), Faria e Teixeira (2010)
Análise do comportamento	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de repertório e padrões comportamentais • Tomada de decisão resulta de histórico de aprendizagem de habilidades de resolução de problemas 	Moura (2004), Moura e colaboradores (2005)
Metodologia de ativação da aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem psicopedagógica: aprendizagem da escolha profissional pela ativação de processos cognitivos e visão crítica 	Hissa e Pinheiro (2010)
Enfoque operatório	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de ativação dos processos cognitivos: experiências vividas, tratadas cognitivamente e integradas lógica e psicologicamente 	Pelletier e colaboradores (1985)

Por fim, é fundamental considerar a educação para a carreira, modalidade da orientação mais rara no Brasil, cujo conceito era praticamente desconhecido no País até o estudo pioneiro de Munhoz (2010). São poucos os espaços escolares que incluem intervenções dessa natureza em seu projeto educativo, e os que fazem isso nem sempre as vinculam aos ideais de preparação para e pelo^[NT] trabalho e para a construção da vida. Discute-se que tal proposta deveria fazer parte dos conteúdos desde a educação básica (Munhoz & Melo-Silva, 2011), haja vista sua coerência com a Lei nº. 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que propõe como finalidade da educação brasileira o “. . . pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”, assim como um de seus princípios norteadores a “. . . vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais” (Brasil, 1996). No entanto, a educação para a carreira se evidencia apenas nas disciplinas normativas e em alguns conteúdos curriculares da educação profissional^[NT] de nível médio, o popular ensino técnico. Em geral, a educação para a carreira ou seus conteúdos ficam restritos a conteúdos informativos. Cabe destacar, então, o valor de algumas práticas, como aquelas identificadas por Crestani (2010) junto a escolas particulares de ensino médio do Rio Grande do Sul, além dos relatos de Barbosa e Lamas (2012), obtidos em experiência realizada em um colégio de aplicação de universidade pública em Minas Gerais, e de Aguilera (2013), que observou instituições de aprendizagem profissional no interior paulista, voltadas à preparação para o trabalho e à inserção profissional dos jovens.

Pode-se ver que a intervenção em orientação profissional é também um espaço propício para a atuação de terapeutas cognitivo-comportamentais junto a adolescentes. Trata-se de uma área que está em desenvolvimento e tem buscado aumentar sua abrangência, constituindo uma oportunidade para atuação clínica e fora dela. Vários referenciais teóricos mencionados utilizados no Brasil em orientação profissional são compatíveis com a TCC. Dentro da clínica, o terapeuta deve identificar em que situação da escolha o orientando se encontra e, então, seguir sua intervenção utilizando-se dos princípios e técnicas da TCC, a fim de auxiliar o jovem na tomada de decisão consciente (auxílio no autoconhecimento, nos processos de escolha e na busca autônoma por informações). Além disso, cabe ao profissional fazer

possíveis encaminhamentos para tratamento terapêutico, quando for o caso. Em outros contextos, mais uma vez, a TCC pode ser norteadora da atuação, devendo haver, entretanto, respeito pela respectiva área de atuação, sem reprodução da prática clínica em contextos inadequados para ela.

MERCADO DE TRABALHO

O trabalho infantojuvenil, termo utilizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para se referir às atividades laborais exercidas por adolescentes de 15 a 17 anos e de jovens de 14 a 15 anos sob a condição de aprendiz, é tema de discussão tanto na sociedade brasileira como no âmbito internacional em organismos de defesa de direitos humanos, como a própria OIT (2006) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância ([UNICEF], 2011).

A preocupação em relação à participação do jovem no mercado de trabalho é compartilhada mundialmente, tendo em vista a diminuição e a alteração das exigências dos postos de trabalho, acompanhada por altas taxas de desemprego entre os jovens, aliadas ao aumento de exigências profissionais em relação a eles. Tal cenário tem tornado a transição escola-trabalho um processo difícil para os adolescentes, devido às restrições de acesso ao mercado de trabalho e à falta de preparo, que leva à dificuldade de inserir-se profissionalmente.

A inserção dos adolescentes no mundo do trabalho no Brasil é regulamentada por um conjunto de medidas, entre elas o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) e a Lei da Aprendizagem (Brasil, 2000), regulamentada pelo Decreto nº 5598/2005 (Brasil, 2005), que trata do Programa Jovem Aprendiz. Segundo o Capítulo V do ECA, intitulado “Do Direito à Profissionalização e à Proteção no Trabalho”, é proibido qualquer trabalho a menores de 14 anos de idade, salvo na condição de aprendiz. O adolescente tem direito à profissionalização e à proteção no trabalho, que deve respeitar as condições da pessoa em desenvolvimento e oferecer capacitação profissional adequada ao mercado. Afirma, ainda, que os direitos trabalhistas e previdenciários devem ser garantidos, bem como estabelece que as atividades desempenhadas devem possibilitar o acesso do adolescente às atividades escolares.

Segundo a Lei da Aprendizagem (Brasil, 2000), o indivíduo maior de 14 anos e menor de 18 anos inscrito em programa de aprendizagem deve receber formação técnico-profissional caracterizada por atividades teóricas e práticas, metodicamente organizadas em tarefas de complexidade progressiva, desenvolvidas no ambiente de trabalho compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico. A contratação em regime de aprendizagem comporta um contrato especial, por prazo determinado, não podendo exceder dois anos. Outras características são:

- a) a obrigatoriedade de o jovem estar matriculado em programa de aprendizagem específico, direcionado a funções que demandam formação profissional de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e, portanto, direcionado ao mercado de trabalho
- b) o desenvolvimento do contrato especial do programa da lei de aprendizagem sob a orientação de entidade qualificada em formação técnico-profissional
- c) o cumprimento de jornada máxima de seis horas diárias (entre formação teórica e prática do estágio), de modo a facilitar a conciliação trabalho-escola e permitir algum tempo para as demais esferas da vida, como, por exemplo, família e lazer
- d) a obrigatoria matrícula e frequência do aprendiz à escola
- e) a garantia de direitos trabalhistas

APRENDIZAGEM PROFISSIONAL: PREPARAÇÃO PARA O MERCADO DE TRABALHO

Segundo Aguillera (2013, p. 54):

... a aprendizagem profissional é reconhecida atualmente como modalidade de formação técnico-profissional que deve comportar atividades teóricas e práticas como método, em geral empreendida na forma de um curso de qualificação profissional que prevê estágio profissionalizante na área da ocupação para a qual se está sendo qualificado.

Por meio da aprendizagem profissional, pressupõe-se que a inserção dos jovens no mercado de trabalho seja facilitada, uma vez que, a partir da vivência profissional e da qualificação adquirida, eles podem ser contratados após o término do período de estágio. Para que essa proposta se concretize, é prevista uma parceria entre instituições formadoras, responsáveis por ministrar os cursos e acompanhar/monitorar as atividades práticas do estágio, e as organizações empregadoras, que abrem as vagas e fornecem orientação e tutoria. Outro ponto para que esses programas alcancem seus objetivos é o acompanhamento psicossocial realizado ao longo deles. Devem ser criados espaços de reflexão para que os adolescentes possam desenvolver um posicionamento crítico e que possibilitem a construção de sua identidade como sujeitos e cidadãos.

O Programa Jovem Aprendiz é um dos principais programas brasileiros voltado para princípios educativos e para a qualificação/capacitação profissional dirigida aos jovens (Freitas & Oliveira, 2012). Segundo as autoras recém-citadas, tais programas também devem fornecer condições básicas para a aquisição de conhecimentos e habilidades dirigidos ao mundo do trabalho, fortalecendo relações interpessoais mais dignas, justas e que potencializem a construção da cidadania. No entanto, verifica-se que a avaliação da efetividade dessa proposta e de seu impacto para o desenvolvimento de adolescentes tem sido feita, em sua maioria, apenas por meio de estudos realizados pelo governo e órgãos a ele vinculados. Foram encontrados poucos estudos brasileiros independentes que avaliassem o Jovem Aprendiz. Nos estudos realizados com jovens aprendizes brasileiros que participaram do programa, estes indicaram uma percepção positiva em relação a ele (Amazarray, Thomé, Souza, Poletto, & Koller, 2009; Freitas & Oliveira, 2012; Mattos & Chaves, 2006, 2010; Oliveira, Fischer, Teixeira, & Amaral, 2003). Amazarray e colaboradores (2009) realizaram um estudo com grupos focais com 10 adolescentes aprendizes, tendo como principais temáticas “adolescente *versus* trabalhador”, “significado do trabalho” e “futuro profissional”. Verificou-se uma percepção dos jovens positiva em relação à experiência da aprendizagem, percebida como privilegiada para a formação profissional. No entanto, no item futuro profissional, verificou-se insegurança e desinformação quanto ao mercado de trabalho. Os autores

concluíram que o acompanhamento desses jovens é essencial para a efetividade do programa.

Mattos e Chaves (2006) realizaram um estudo com 70 jovens entre 15 e 18 anos participantes de um programa de aprendizagem com o objetivo de identificar os sentidos e desafios do trabalho na adolescência. Foram identificados como aspectos positivos a obtenção do salário e o desenvolvimento de competências, além da aprendizagem e da aquisição de experiência. A necessidade de conciliar trabalho com estudo mostrou-se como fator gerador de esforço e cansaço. Outro estudo, realizado pelos mesmos autores em 2010, apontou distanciamento entre escola e trabalho, o que foi percebido pelos adolescentes como gerador de dificuldades que precisavam ser superadas com estratégias elaboradas pelos próprios adolescentes.

Um estudo de natureza quantitativa realizado por Aguilera (2013), com 470 adolescentes de 14 a 20 anos de ambos os sexos, a maioria cursando o ensino médio público, vinculados a instituições para qualificação/inserção profissional de jovens de baixa renda, verificou que os sujeitos, em sua maioria, procuravam a formação como aprendiz por influência da família ou por vontade própria, em busca de oportunidade de emprego ou de qualificação, e essa experiência os mantinha vinculados à instituição e fornecia expectativas de melhores oportunidades de trabalho no futuro. Foi constatada a eficácia dos serviços quanto à inserção profissional dos jovens e seu acompanhamento no trabalho, devido ao alto percentual de aprendizes alocados na prática de estágio. Em relação à preparação para o trabalho, verificou-se a intenção de continuidade dos estudos e a existência de projetos de vida e carreira, bem como elevados escores de maturidade e autoeficácia, que foram considerados indícios de que tais programas têm contribuído favoravelmente para o desenvolvimento profissional e pessoal dos jovens.

Verificou-se, por meio da revisão de estudos brasileiros sobre aprendizagem profissional, que, de forma geral, tal modalidade de qualificação e ingresso no trabalho tem favorecido o desenvolvimento dos adolescentes; no entanto, os impactos de atividades laborais dessa e de outras naturezas ainda precisam ser discutidos. O tópico seguinte pretende aprofundar os impactos de tais atividades para a população jovem.

IMPACTO DAS ATIVIDADES LABORAIS NO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Segundo Silva e Trindade (2003), apesar de haver um consenso jurídico e acadêmico em relação ao trabalho infantil, considerando-o danoso ao desenvolvimento das crianças, o exercício profissional na adolescência é um tema controverso, havendo divergências na literatura. Frenzel e Bardagi (2014) realizaram um levantamento da produção científica brasileira, considerando pesquisas com adolescentes trabalhadores publicadas nos últimos 10 anos. Verificou-se a existência de poucos estudos nacionais, sobretudo que visassem compreender a relação adolescente-trabalho na perspectiva dos próprios jovens, o que corroborou estudos anteriores sobre o tema (Amazarray et al., 2009). Diante disso, os autores concluíram que existe a necessidade de ampliar as investigações sobre o assunto, principalmente em termos da diversidade geográfica dos participantes e considerando as diferentes formas de trabalho na adolescência.

Conforme o estudo de Frenzel e Bardagi (2014) apontou, na visão dos adolescentes trabalhadores, as atividades laborais apresentam impactos positivos e negativos para seu desenvolvimento. Sumarizando dados de estudos nacionais, a Tabela 17.3 apresenta respectivamente os impactos positivos e negativos no desenvolvimento dos adolescentes que exercem atividades laborais. Estudos internacionais não foram incluídos por conta das disparidades culturais, operacionais e legislativas entre o Brasil e os demais países.

TABELA 17.3 DADOS DE LITERATURA NACIONAL SOBRE OS IMPACTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DAS ATIVIDADES LABORAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES

Estudos Nacionais		
Impactos positivos	Crescimento profissional	Silva e Trindade (2003) Thomé e Koller (2014)
	Aprendizagem e desenvolvimento	Thomé e Koller (2014)
	Preparação para a vida	Silva e Trindade (2003)

	Possibilidade de ajudar financeiramente a família	Silva e Trindade (2003) Thomé, Telmo e Koller (2010)
	Independência	Silva e Trindade (2003)
	Autopercepção positiva	Silva e Trindade (2003)
	Reformulação de relações sociais	Rocha e Góis (2010) Ramos e Menandro (2010)
	Novas competências e habilidades: aquisição de responsabilidade, autonomia, aumento da iniciativa	Silva e Trindade (2003) Lima e Minayo-Gomez (2003), Bressan, Godoy e Lunardelli (2004), Amazarray e colaboradores (2009) Mattos e Chaves (2006, 2010)
Impactos negativos	Cansaço	Fischer, Oliveira, Teixeira, Teixeira e Amaral (2003) Oliveira, Fischer, Martins e Sá (2003) Oliveira, Fischer, Teixeira e Amaral (2003)
	Redução do sono	Fischer, Oliveira, Teixeira, Teixeira e Amaral (2003) Oliveira, Fischer, Martins e Sá (2003) Oliveira e colaboradores (2003)
	Falta de tempo para outras atividades (familiares, sociais)	Oliveira, Gomes, Benite e Valois (2006)

Comprometimento do processo de escolarização

Oliveira, Sá, Fischer, Martins e Teixeira (2001)
Oliveira e colaboradores (2003)
Oliveira, Fischer, Amaral, Teixeira e Sá (2005).
Campos e Francischini (2003)

Os estudos nacionais revisados apontam impactos negativos, como, por exemplo:

- comprometimento do processo escolar, caracterizado por aumento de repetência
- diminuição do tempo livre dedicado a atividades familiares e sociais, bem como questões próprias da adolescência
- prejuízos à saúde, como cansaço, redução do sono, dores no corpo, etc.

Entretanto, outros estudos apontam uma perspectiva positiva da atividade, incluindo:

- percepção de aquisição de novas competências e habilidades, como responsabilidade, autonomia e iniciativa
- ampliação e melhoria das relações sociais, inclusive na própria família
- aquisição de conhecimentos importantes para inserção no mercado de trabalho
- contribuição financeira para a família, que aparece como uma variável de peso, dado o contexto social a que pertence a maioria dos jovens trabalhadores do País

Segundo Frenzel e Bardagi (2014), o trabalho na adolescência pode ser incentivado em determinados contextos sociais, visando o desenvolvimento social e psicológico dos jovens, além de possibilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades, que são importantes elementos para o modelo de empregabilidade e atributos desejados para inserção no mercado de trabalho. No entanto, para que o trabalho do adolescente tenha impactos positivos no seu desenvolvimento, é necessário que seja realizado dentro das

normas e regulamentações vigentes, evitando-se a atividade em condições precárias, a exploração e jornadas maiores que as previstas, entre outros.

Dessa forma, o psicólogo que atua com os adolescentes deve ter conhecimento dos impactos do trabalho em seu desenvolvimento, a fim de nortear a construção de suas intervenções. Para o terapeuta cognitivo-comportamental, é importante explorar os significados que a atividade laboral tem para o jovem e verificar se há presença de prejuízos em seu cotidiano. De acordo com as demandas específicas, o profissional poderá propor suas intervenções dentro da clínica. No caso de uma atuação institucional, o psicólogo deverá avaliar as necessidades do contexto, podendo se utilizar da visão de mundo e de homem da TCC para a compreensão dos fenômenos que estejam desencadeando a queixa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram discutidos os desafios para a atuação do psicólogo cognitivo-comportamental, clínico ou não, que irá atuar com adolescentes em situação escolar ou profissional. Salientou-se o quão complexa pode ser essa fase do desenvolvimento, uma vez que conflitos e crises característicos fazem dela um período de vulnerabilidade (Davim et al., 2012; Dias et al., 2008; Kristensen et al., 2010; Silva & Zanini, 2008). Pode ser um desafio para psicólogos que trabalham com essa população diferenciar o esperado para a idade do patológico. Considerando que a escola, a escolha de carreira e o mercado de trabalho exercem um papel importante na adolescência, essa diferenciação pode se tornar ainda mais complexa. O enfoque foi, então, discutir quais os papéis da escola, da escolha profissional e do mercado de trabalho para o jovem, bem como os impactos desses em seu desenvolvimento.

O conhecimento em relação a tais aspectos pode auxiliar a atuação do psicólogo cognitivo-comportamental tanto na avaliação do adolescente como na construção de uma intervenção, caso se faça necessária. O conhecimento aprofundado da TCC e o respeito aos diversos contextos de atuação que perpassam a vida do adolescente são de grande auxílio no trabalho com os

jovens, tanto para a psicoterapia propriamente dita como para a promoção de maior compreensão do universo adolescente como um todo.

REFERÊNCIAS

Aguillera, F. (2013). *Projeto de vida e preparação para a carreira de jovens aprendizes: Da realidade à intervenção* (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo).

Amazarray, M. R., Thomé, L. D., Souza, A. P. L., Poletto, M., & Koller, S. H. (2009). Aprendiz versus trabalhador: Adolescentes em processo de aprendizagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 329-338.

American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Archer, A. B., Heumann, S., & Luz Filho, S. S. D. (2011). Reflexões: Ansiedade frente à escolha profissional e a prova do vestibular. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 8(11), 70-80.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (2007). *Adolescent development from an agentic perspective*. Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/001-BanduraAdoEd2006.pdf>

Barbosa, A. J. G., & Lamas, K. C. A. (2012). A orientação profissional como atividade transversal ao currículo escolar. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 461-468.

Bardagi, M. P. (2010). Abordagem cognitiva evolutiva do desenvolvimento vocacional. In Levenfuns, R. S., & Soares, D. H. P. (Orgs.), *Orientação vocacional ocupacional* (pp. 95-105). Porto Alegre: Artmed.

Barros, D. T. R., Lima, M. T., & Escalda, R. (2007). *Escolha e inserção profissionais: Desafios para indivíduos, famílias e instituições* (Vol. 3). São Paulo: Vetor.

Bock, A. M. B., & Aguiar, W. M. J. (1995). Por uma prática promotora de saúde em orientação vocacional. In A. M. B. Bock, C. M. M. Amaral, F. F. da Silva, L. B. de C. Silva, L. M. C. Calejon, L. Q. de Andrade, ... Y. P. Lehman (Orgs.), *A escolha profissional em questão* (p. 9-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brasil. (1996). *Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)*. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>

Brasil. (2000). *Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10097.htm

Brasil. (2005). *Decreto nº 5.598, de 1º de dezembro de 2005. Regulamenta a contratação de aprendizes e dá outras providências*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5598.htm

Brasil. (2015). *Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (2002). A promoção de saúde no contexto escolar. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 533-535.
- Bressan, E. L., Godoy, A. M. A., & Lunardelli, M. C. F. (2004). Saúde mental e trabalho: Intervenções nas relações entre adolescentes trabalhadores e empresa. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(2), 63-75.
- Bressan, R., A., Kieling, C., Estanislau, G., M., & Jesus Mari, J. de. (2014). Promoção de saúde mental e prevenção de transtornos mentais no contexto escolar. In G. M. Estanislau, & R. A. Bressan (Org.), *Saúde mental na escola: O que os educadores devem saber*. Porto Alegre: Artmed.
- Campos, H. R., & Francischini, R. (2003). Trabalho infantil produtivo e desenvolvimento humano. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 119-129.
- Carneiro, C., & Coutinho, L. G. (2015). Infância e adolescência: Como chegam as queixas escolares à saúde mental? *Educar em Revista*, (56), 181-192.
- Carvalho, M. M. M. J. (1995). *Orientação profissional em grupo: Teoria e técnica*. Campinas: Psy.
- Carvalho, P. D. D., Barros, M. V. G. D., Lima, R. A., Santos, C. M., & Mélo, E. N. (2011). Condutas de risco à saúde e indicadores de stress psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. *Caderno de saúde pública*, 27(11), 2095-2105.
- Carvalho, T. O., & Marinho-Araujo, C. M. (2010). Psicologia escolar e orientação profissional: Fortalecendo as convergências. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(2), 219-228.
- Crestani, R. A. (2010). Orientação profissional na escola privada. In R. S. Levenfus, & D. H. P. Soares (Orgs.), *Orientação vocacional ocupacional* (2. ed., pp. 57-64). Porto Alegre: Artmed.
- D'Avila, G. T., Krawulski, E., Veriguine, N. R., & Soares, D. H. P. (2011). Acesso ao ensino superior eo projeto de "ser alguém" para vestibulandos de um cursinho popular. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 350-358.
- Davim, R. M. B., Germano, R. M., Menezes, R. M. V., & Carlos, D. J. D. (2012). Adolescente/adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(2), 131-140.
- Dias, L. S., Nazareno, E., Zanini, D. S., & Mendonça, H. (2008). Vestibular e adolescência: Perspectivas teóricas e implicações sociopsicológicas. *Revista Fragmentos de Cultura*, 18(7-8), 625-636.
- Faria, I., & Teixeira, M. O. (2010). Uma intervenção vocacional com alunos em risco de abandono escolar. *Actas da Conferência Desenvolvimento Vocacional 2010: Avaliação e Intervenção*, 6. 1 CD-ROM.
- Fischer, F. M., Oliveira, D. C., Teixeira, L. R., Teixeira, M. C. T. V., & Amaral, M. A. (2003). Efeitos do trabalho sobre a saúde de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 973-984.
- Freitas, M. F. Q., & Oliveira, L. M. P. (2012). Juventude e educação profissionalizante: Dimensões psicossociais do programa jovem aprendiz. *Psicologia em Pesquisa*, 6(2), 111-120.
- Frenzel, H. S., & Bardagi, M. P. (2014). Adolescentes trabalhadores brasileiros: Um breve estudo bibliométrico. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(1), 79-88.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). *Situação da adolescência brasileira 2011: O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar*

desigualdades. Brasília: UNICEF.

Guhur, M. de L. P., Alberto, R. N., & Carniatto, N. (2010). Influências biológicas, psicológicas e sociais do vestibular na adolescência. *Roteiro*, 35(1), 115-138.

Guimarães, G., Aerts, D., & Câmara, S. G. (2013). A escola promotora da saúde e o desenvolvimento de habilidades sociais. *Diaphora*, 12(2), 88-95.

Herculano-Housel, S. (2005). *O cérebro em transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Hissa, M. G., & Pinheiro, M. A. (2010). Metodologia de ativação da aprendizagem: Uma abordagem psicopedagógica em orientação profissional. In R.S. Levenfuns, & D. H. P. Soares (Orgs.), *Orientação vocacional ocupacional* (pp. 106-116). Porto Alegre: Artmed.

Holland, J. L., & Holland, J. E. (1977). Vocational indecision: More evidence and speculation. *Journal of Counseling Psychology*, 24(5), 404-414.

Hoyt, K. B. (1995). El concepto de educación para la carrera y sus perspectivas. In M. L. Rodríguez (Org.), *Educación para la carrera y diseño curricular: Teoría y práctica de programas de educación para el trabajo*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Jones, K. T., & Winer, J. L. (1991). Anxiety reduction in vocationally undecided students. *Journal of Counseling and Human Service Professions*, 20, 42-48.

Kristensen, C. H., Schaefer, L. S., & Busnello, F. D. B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 21-30.

Lapan, R. T., Gysbers, N. C., & Petroski, G. F. (2001). Helping seventh graders be safe and successful: A statewide study of the impact of comprehensive guidance and counseling programs. *Journal of Counseling & Development*, 79(3), 320-330.

Lassance, M. C. P. (1999). O trabalho no SOP/UFRGS: Uma abordagem integrada. In M. C. Lassance (Org.), *Técnicas para o trabalho de orientação profissional em grupo* (pp. 11-47). Porto Alegre: UFRGS.

Lassance, M. C. P., Bardagi, M. P., & Teixeira, M. A. P. (2009). Avaliação de uma intervenção cognitivo-evolutiva em orientação profissional com um grupo de adolescentes brasileiros. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 10(1), 23-32.

Lassance, M. C. P., Levenfuns, R. S., & Melo-Silva, L. L. (2015). *Orientação de carreira: Investigação e práticas*. Porto Alegre: Associação Brasileira de Orientação Profissional.

Lassance, M. C. P., Paradiso, A. C., & Silva, C. B. (2011). Terceira demanda-chave para a orientação profissional: Como ajudar o indivíduo a desenvolver sua carreira? Enfoque desenvolvimentista e evolutivo. In M. A. Ribeiro, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Compêndio de orientação profissional e de carreira. Perspectivas históricas e enfoques teóricos clássicos e modernos* (pp. 135-166). São Paulo: Vetor.

Lassance, M. C. P., Paradiso, A. C., Bardagi, M. P., Sparta, M., & Frishenbruder, S. L. (2005). *Intervenção e compromisso social: Orientação profissional: Teoria e técnica* (Vol. 2). São Paulo: Vetor.

Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Towards a unifying social cognitive theory of career and academic interests, choice and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 45(1), 79-122.

- Lima, C. P. D., Prado, M. B., & Souza, B. D. P. (2014). Orientação quanto à queixa escolar relativa a adolescentes: especificidades. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18(1), 67-75.
- Lima, S. M., & Minayo-Gomez, C. (2003). Modos de subjetivação na condição de aprendiz: embates atuais. *História, Ciências, Saúde*, 10(3), 931-953.
- Luft, H. M., Boaventura, J. M., & Colombo, S. C. S. (2015). Escolha profissional na adolescência: Aspectos a considerar. In M. C. P. Lassance, R. S. Levenfus, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Orientação de carreira: Investigação e práticas*. Porto Alegre: Associação Brasileira de Orientação Profissional.
- Mahl, A. C., Soares, D. H. P., & Oliveira Neto, E. (Orgs.). (2005). *POPI – Programa de Orientação Profissional Intensivo: Outra forma de fazer orientação profissional*. São Paulo: Vetor.
- Maria, W. B., Guimarães, A. C. D. A., & Matias, T. S. (2009). Estilo de vida de adolescentes de escolas públicas e privadas de Florianópolis-SC. *Revista da Educação Física/UEM*, 20(4), 615-623.
- Mattos, E., & Chaves, A. M. (2006). As representações sociais do trabalho entre adolescentes aprendizes: Um estudo piloto. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(03), 66-75.
- Mattos, E., & Chaves, A. M. (2010). Trabalho e escola: É possível conciliar? A perspectiva de jovens aprendizes baianos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 540-555.
- Mello, V. R. B. (2003). Orientação profissional: Prevenindo o estresse e promovendo a saúde. In L. L. Melo-Silva, M. A. Santos, J. T. Simões, & M. C. Avi (Orgs.), *Arquitetura de uma ocupação: Orientação profissional: Teoria e técnica* (vol. 1, pp. 337-385). São Paulo: Vetor.
- Melo-Silva, L. L., Lassance, M. C. P., & Soares, D. H. P. (2004). A orientação profissional no contexto da educação e trabalho. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(2), 31-52.
- Melo-Silva, L. L., Santos, M. A., Simões, J. T., & Avi, M. C. (2003). *Arquitetura de uma ocupação: Orientação profissional: Teoria e técnica* (Vol. 1). São Paulo: Vetor.
- Moura, C. B. (2004). *Orientação profissional sob o enfoque da análise do comportamento*. Campinas: Alínea.
- Moura, C. B., Sampaio, A. C. P., Gemelli, K. R., Rodrigues, L. D., & Menezes, M. V. (2005). Avaliação de um programa comportamental de orientação profissional para adolescentes. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 6(1), 25-40.
- Munhoz, I. M. S. (2010). *Educação para a carreira e representações sociais de professores: Limites e possibilidades na educação básica* (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).
- Munhoz, I. M. S., & Melo-Silva, L. L. (2011). Educação para a carreira: Concepções, desenvolvimento e possibilidades no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 12(1), 37-48.
- Murta, S. G., Santos, B. R. P. de, Nobre, L. A., Araújo, I. F. de, Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. D. O., ... Franco, C. T. P. (2013). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP*, 24(2), 263-288.
- Nascimento, I., & Coimbra, J. L. (2005). A escolha do foco de intervenção em consulta psicológica vocacional: Contributos para uma perspectiva integradora de intervenção. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 6(1), 15-24.

- Neufeld, C. B., Daolio, C. C., Cassiano, M., Rossetto, C. P. F., & Cavenage, C. C. (2014). Phavida: Um programa cognitivo-comportamental de habilidades de vida para crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org.), *Intervenções e pesquisas em terapia cognitivo-comportamental com indivíduos e grupos*. Porto Alegre: Synopsys.
- Neufeld, C. B., Daolio, C., & Longhini, L. Z. (2015). Desafios da terapia cognitivo-comportamental em grupo com crianças e adolescentes. In C. B. Neufeld (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, D. C., Fischer, F. M., Amaral, M. A., Teixeira, M. C. T. V., & Sá, C. P. (2005). A positividade e a negatividade do trabalho nas representações sociais de adolescentes. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 18(1), 125-133.
- Oliveira, D. C., Fischer, F. M., Martins, I. S., & Sá, C. P. (2003). Representações sociais e fatores de risco para o trabalho infantil e do adolescente: Uma aproximação possível. *Cadernos Saúde Coletiva*, 10(2), 177-194.
- Oliveira, D. C., Fischer, F. M., Teixeira, M. C. T. V., & Amaral, M. A. (2003). A escola e o trabalho entre adolescentes do ensino médio da cidade de São Paulo: Uma análise de representações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 27-39.
- Oliveira, D. C., Gomes, A. M. T., Benite, A. M., & Valois, B. R. G. (2006). Cotidiano e adolescência: Representações e práticas de trabalho, escola, relacionamentos interpessoais e futuro. *Revista Enfermagem UERJ*, 4(2), 182-190.
- Oliveira, D. C., Sá, C. P., Fischer, F. M., Martins, I. S., & Teixeira, L. R. (2001). Futuro e liberdade: O trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 245-258.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Melo-Silva, L. L., Piovesani, F. P., & Santos, M. A. (2010). Orientação vocacional/profissional e psicoterapia: Alternativas mutuamente excludentes ou complementares? *Psico USF*, 41(2), 214-221.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2006). *Módulos de auto-aprendizagem sobre saúde e segurança no trabalho infantil e juvenil*. Brasília: MS.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2004). *Career guidance and public policy bridging the gap*. Paris: OECD.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2005). *Orientação escolar e profissional: Guia para decisores*. Paris: OECD.
- Paggiaro, P. B. S., & Calais, S. L. (2009). Stress e escolha profissional: Um difícil problema para alunos de curso pré-vestibular. *Contextos Clínicos*, 2(2), 97-105.
- Pelletier, D., Noiseux, G., & Bujold, C. (1985). *Desenvolvimento vocacional e crescimento pessoal: Enfoque operatório* (4. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Peterson, G. W., Sampson, J. P., & Reardon, R. C. (1991). *Career development and services: A cognitive approach*. Pacific Grove: Brooks.
- Ramos, F. P., & Menandro, P. R. M. (2010). Inserção laboral: Mudanças na identidade e nas relações sociais de adolescentes de classe popular. *Psico Porto Alegre*, 33(2), 273-288.

- Reichert, C. B., & Wagner, A. (2008). Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. *Psico PUC*, 38(3), 292-299.
- Ribeiro, M. A. (2011). Orientação profissional: Uma proposta de guia terminológico. In M. A. Ribeiro, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Compêndio de orientação profissional e de carreira* (Vol. 1, pp. 23-66). São Paulo: Vetor.
- Rocha, N. M. F. D., & Góis, C.W. L. (2010). Trajetórias de jovens no mundo do trabalho a partir da primeira inserção: O caso de Sísifo em Maracanaú – Ceará, Brasil. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 466-475.
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 203-207.
- Santos, M. A., Oliveira-Cardoso, E., & Melo-Silva, L. L. (2009). Orientador profissional como porta de entrada para psicoterapia: um estudo retrospectivo. *Psico USF*, 14(2), 143-156.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescência* (14. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Saunders, D. E., Peterson, G. W., Sampson, J. P., & Reardon, R. C. (2000). Relation of depression and dysfunctional career thinking to career indecision. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 288-298.
- Savickas, M. (1995). Constructivist counseling for career indecision. *The Career Development Quarterly*, 43(4), 363-373.
- Silva, F. F. (2011). Políticas públicas de orientação profissional: Diagnóstico e perspectivas para o Brasil. In M. A. Ribeiro, & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Compêndio de orientação profissional e de carreira* (Vol. 2, pp. 193-217). São Paulo: Vetor.
- Silva, L. S. D. E., & Zanini, D. S. (2011). Coping e saúde mental de adolescentes vestibulandos. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 147-154.
- Silva, M. D., & Padoin, M. J. (2008). Relação entre o desempenho no vestibular e o desempenho durante o curso de graduação. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 16(58), 77-94.
- Silva, N. H. L. P., & Melo-Silva, L. L. (2005). A interface entre a orientação profissional e a psicoterapia. In M. C. P. Lassance, A. C. Paradiso, M. P. Bardagi, M. Sparta, S. L. Frishenbruder (Orgs.), *Intervenção e compromisso social: Orientação profissional: Teoria e técnica* (Vol. 2, pp. 461-478). São Paulo: Vetor.
- Silva, R. D. M., & Trindade, Z. A. (2003). Adolescentes aprendizes: Aspectos da inserção profissional e mudanças na percepção de si. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 14(1), 73-86.
- Soares, D. H. P. (2002). *A escolha profissional: Do jovem ao adulto*. São Paulo: Summus.
- Super, D. E. (1957). *The psychology of careers: An introduction to vocational development*. New York: Harper & Brothers.
- Super, D. E. (1990). A life-span, life-space approach to career development. In D. Brown, & L. Brooks (Eds.), *Career choice and development* (2th ed., pp. 197-261). San Francisco: Jossey-Bass.
- Super, D. E., Savickas, M. L., & Super, C. M. (1996). The life-span, life-space approach to careers. In D. Brown & L. Brooks (Orgs.), *Career choice and development* (3rd ed., pp. 178-221). San Francisco: Jossey-Bass.

Taveira, M. C., Coelho, H., Oliveira, H., & Leonardo, J. (2004). *Desenvolvimento vocacional ao longo da vida: Fundamentos, princípios e orientações*. Coimbra: Almedina.

Thomé, L. D., & Koller, S. H. (2014). O significado do trabalho na visão de jovens brasileiros: Uma análise de palavras análogas e opostas ao termo “trabalho”. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(4), 367-380.

Thomé, L. D., Telmo, A. Q., & Koller, S. H. (2010). Inserção laboral juvenil: Contexto e opinião sobre definições de trabalho. *Paidéia*, 20(46), 175-185.

Wainer, R., Pergher, G. K., & Piccoloto, N. M. (2007). Psicologia e terapia cognitiva: Da pesquisa exoerimental à clínica. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (2. ed). Porto Alegre: Artmed.

Whitaker, D. C. A. (2010). Da” invenção” do vestibular aos cursinhos populares: Um desafio para a orientação profissional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 11(2), 289-297.

World Health Organization (WHO). (2016). *Adolescent health*. Recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

[[pelo](#)] Preparação “pelo” trabalho é uma concepção de aprendizagem para o exercício da cidadania que é favorecida no desenvolvimento de atividades de estudo e aprendizagem no trabalho.

[[educação profissional](#)] A educação profissional compreende três níveis: o básico, para quem tem ensino fundamental; o técnico, para quem tem ensino médio; e o superior, em que se enquadram os cursos universitários e tecnológicos.



FAMÍLIA, ORIENTAÇÃO DE PAIS E PROFESSORES

MARINA GUSMÃO CAMINHA
RENATO M. CAMINHA
THAÍS BARBOSA BENEDETTI

As definições mais antigas de família referem-se a um grupo social de organização complexa, que tem fundamental influência na vida das pessoas (Biasoli-Alves, 2004). Soifer (1983) retrata a família como um núcleo de pessoas que convive por um tempo consideravelmente longo, em um determinado lugar, e que são unidas (ou não) por laços consanguíneos. Esse núcleo se relaciona com uma sociedade, que lhe incorpora influências específicas por meio de uma cultura e sua ideologia peculiar. É na família que se revelam os primeiros sentimentos da vida do ser humano, sendo que ela configura a base de muitas das atitudes perante a sociedade (Silva, 2009).

A estrutura familiar sofreu muitas mudanças nas últimas décadas devido aos diferentes momentos históricos que a sociedade vivenciou. Esses momentos foram marcados por transformações econômicas, sociais e trabalhistas, as quais influenciaram consideravelmente o desempenho dos papéis parentais (Singly, 2000). Tais transformações incluíram o processo de urbanização e industrialização, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, o avanço tecnológico, o aumento do número de separações e divórcios, as novas configurações em relação ao casamento e a diminuição do tamanho das famílias, entre outras (Biasoli-Alves, 2004). Dessa forma, homens e mulheres se configuram em condições semelhantes no mercado de trabalho, buscam uma equidade na responsabilidade parental e nos serviços domésticos, assim como constituem os vários modelos da família contemporânea: de mães e pais, juntos e/ou separados; de mães ou pais criando seus filhos sozinhos; casais hétero e homossexuais; crianças e

adolescentes sendo criados por avós, tios, madrastas e padrastos (Scavone, 2001; Silva, 2009). Apesar dessas transformações significativas na estrutura e no funcionamento da família contemporânea, a sociedade continua a atribuir à família a base de segurança e bem-estar, valorizando suas funções de cuidado e socialização, essenciais para o desenvolvimento humano (Pratta & Santos, 2007).

FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA

Desde os primeiros anos de vida dos filhos, concernem aos pais/cuidadores as funções básicas de ensino e aprendizagem. Com a escolarização, os filhos trazem ensinamentos obtidos na escola, e, mais especificamente na adolescência, com o maior contato com outros ambientes, os jovens recebem outras influências em relação ao ensino-aprendizagem (Soifer, 1983). A adolescência é uma fase de grandes transformações biológicas e psicossociais, que envolvem oportunidades, riscos, medos, amadurecimento e instabilidades. Alguns jovens têm dificuldade para lidar com essas mudanças e, assim, necessitam de auxílio para superar os desafios dessa etapa (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). As mudanças e adaptações do período não atingem apenas o indivíduo adolescente, mas todos os membros da família. Com essas transições, os pais devem assumir novos papéis, ressaltando a relação entre importância dos estilos parentais e suas grandes influências no comportamento dos adolescentes (Silva, 2009).

As tensões familiares relacionadas à adolescência são resultantes, muitas vezes, dos dois polos da relação. O comportamento dos adolescentes é ambivalente: ora apresentam sentimentos e ações visando independência e autonomia, ora manifestam atitudes ainda arraigadas no universo infantil, - dependentes do arbítrio e cuidado dos pais, seja em questões materiais ou emocionais. Em contrapartida, o protecionismo familiar, motivado por medos, inseguranças ou pelo excesso de cuidado diante de uma realidade aparentemente hostil, acaba por produzir uma dependência excessiva nos filhos. Dessa forma, os estilos parentais de educação são fundamentais na resolução dessas tensões, e, com isso, é necessário haver uma adaptação dos pais na maneira de pensar a educação de seus filhos, tendo em vista a

construção de laços de confiança fundados no afeto e no diálogo (Papalia et al., 2006).

ORIENTAÇÃO DE PAIS

A educação de filhos adolescentes pressupõe dúvidas e insegurança dos pais diante dos desafios que se apresentam no cotidiano: ações, responsabilidades e demandas em seus mais diversos níveis. Assim, educar se configura como uma árdua tarefa de negociação, estratégia e, acima de tudo, abnegação. Esclarece-se, então, a necessidade da tomada de consciência por parte dos pais, da importância de sua postura na construção de redes de confiança e segurança, sendo figuras fundamentais na construção de modelos atitudinais por parte dos filhos. Vale ressaltar que essas redes materializadas no diálogo afetivo não dispensam regras ou mesmo uma determinada hierarquia familiar, significando um processo que respeita a individualidade de cada sujeito no âmbito da família (Silva, 2009).

As inseguranças acerca da educação dos filhos e as dúvidas a respeito dos riscos e consequências de seus comportamentos instigam os pais a buscar ajuda nos consultórios, na procura de orientações ou mesmo de terapia (Biasoli-Alves, 2005). É importante ressaltar a insuficiência de transmitir apenas informações aos pais sobre os métodos mais eficazes e positivos. É necessário instrumentalizá-los a respeito dos limites indispensáveis, discutindo soluções e prevenindo problemas de comportamentos dos filhos, valorizando um bom relacionamento, com respeito, expressão de emoções e opiniões, equilíbrio de reforçadores, amizade e colaboração (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002). Considerando a importância de se intervir em dificuldades comportamentais apresentadas por crianças e adolescentes, diversas intervenções com pais têm sido desenvolvidas (Bolsoni-Silva, Silveira, & Marturano, 2008). Vale ressaltar que a maior parte dos programas desenvolvidos para pais e cuidadores que visam prevenir problemas de comportamento embasa-se em modelos cognitivo-comportamentais e são direcionados mais especificamente aos problemas de comportamento em crianças. Esses programas são mais direcionados para jovens que apresentam

demandas como agressões, birras e desobediência excessiva (Rios & Williams, 2008).

A orientação de pais tem como intuito terapêutico intervir no contexto familiar e auxiliá-los a acompanhar o caso clínico de seus filhos, rever suas estratégias de educação, bem como discutir suas crenças e sentimentos sobre a demanda central. Essa orientação busca também observar quais reforçadores contribuem na manutenção do comportamento desadaptativo do jovem, modificando os elementos que atuam sobre ele e, assim, resultando em um melhor tratamento (Caminha & Pelisoli, 2007). Cabe ao profissional ressaltar aos pais suas competências e capacidades para orientar o filho, transmitir informações sobre o desenvolvimento e as características da adolescência, como também auxiliá-los a focar no trabalho cognitivo a respeito das próprias percepções sobre o comportamento do jovem e o contexto em que ele aparece (Biasoli-Alves, 2005).

Bolsoni-Silva, Paiva e Barbosa (2009) realizaram um estudo que teve por objetivo caracterizar as dificuldades de 59 pais/cuidadores que buscaram atendimento psicológico em um Centro de Psicologia Aplicada de uma Universidade do Estado de São Paulo. Os resultados indicaram a necessidade de os serviços oferecidos em clínicas-escola, no que diz respeito a orientação de pais e intervenção com crianças e adolescentes, focarem não somente na redução de problemas externalizantes e de práticas educativas negativas; aprimorarem seus serviços, avaliando funcionalmente o repertório de pais e filhos; avaliarem e conduzirem a intervenção a partir de repertórios positivos; ressaltarem os sentimentos familiares; ensinarem consistência entre as próprias práticas e entre os diferentes agentes educativos.

Silva (2009) buscou identificar os estilos parentais no contexto familiar a partir da visão de 62 adolescentes com idades entre 12 e 17 anos que responderam a uma escala de exigência e responsividade. Além disso, analisou os documentos constantes nos prontuários das famílias. Esses adolescentes - foram selecionados a partir de um programa social da Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Assis, que tem como objetivo oferecer aos jovens atividades de ações complementares à escola e de apoio psicossocial e sociofamiliar. Os resultados demonstraram que a maioria considerou seus pais como autoritativos e negligentes, e observou-se, por

meio das reuniões de pais do programa, bastante insegurança por parte dos cuidadores no modo de agir com seus filhos. Diante disso, ressalta-se a relevância do diálogo no fortalecimento do vínculo entre pais e filhos, bem como a importância das informações sobre o desenvolvimento e as mudanças na fase da adolescência, para assim possibilitar uma maior aproximação de conhecimentos e perspectivas dos adolescentes em relação a seus cuidadores e vice-versa.

Atualmente, são abordadas não apenas as preocupações gerais dos pais na educação dos filhos adolescentes, mas tem-se foco maior em vários comportamentos de risco que são mais observados nessa etapa, como, por exemplo, o uso de drogas e a iniciação sexual precoce (Rebolledo, Medina, & Pillon, 2004). Schenker e Minayo (2005) abordaram os fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência e salientaram como fator fundamental de proteção as relações familiares saudáveis, desde o nascimento da criança e ao longo de toda a sua vida. Apesar de o adolescente estar inserido em uma rede maior de relações, o contexto familiar é considerado o maior fator para prevenção de comportamentos de risco. Algumas características da família são primordiais para propiciar um desenvolvimento saudável dos filhos, a saber: cuidadosa, amorosa, comunicativa e afetiva.

Tavares, Beria e Lima (2001) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a prevalência do uso de drogas entre adolescentes de 24 escolas na cidade de Pelotas (RS), sendo 12 unidades estaduais, nove particulares, duas federais e uma municipal, com alunos dos ensinos fundamental e médio, o que corresponde aproximadamente à faixa etária dos 10 aos 19 anos. Foram incluídos 2.619 estudantes, porém se obtiveram 2.410 questionários válidos. Em relação aos resultados, o álcool apareceu como substância mais consumida, predominantemente por meninos, seguido do tabaco, que teve taxas bem inferiores ao primeiro e sem predomínio de uso quanto ao sexo. No que se refere às drogas de uso ilícito, predominou o uso de solventes, seguido de maconha, ambas as substâncias sendo mais usadas por meninos. Em suma, os autores concluíram que a adolescência é uma fase em que frequentemente ocorre a experimentação de drogas (lícitas ou ilícitas). Com isso, é ressaltada a necessidade de estabelecer medidas preventivas nessa etapa de desenvolvimento.

Os estudos apontam uma correlação positiva de um bom funcionamento familiar com fatores protetores e preventivos do uso de drogas na adolescência. A qualidade da relação entre pais e filhos é determinante nesses fatores, e o diálogo é o maior favorecedor dessa qualidade. É importante para o jovem perceber que seus pais têm interesse sobre suas inseguranças, atividades e conflitos, bem como ter confiança para expor essas questões em um ambiente que assegure limites consistentes, compreensão, negociação, afetividade e apoio (Griffin, Samuolis, & Williams, 2011; Pratta & Santos, 2006; Recio, 1999).

Em relação à sexualidade, muitos pais relatam a dificuldade em orientar seus filhos. Vale considerar que, quando esses pais eram adolescentes, os valores familiares eram mais rígidos, e as relações entre pais e filhos, mais distantes. Dessa forma, a família não se apresentava como um meio disponível para oferecer informações sobre o assunto. Diante disso, a forma como esses pais foram educados dificulta a comunicação a respeito da sexualidade com seus filhos. Por não receberem informações acerca da sexualidade e não sentirem liberdade para abordar esse tema no contexto familiar, muitos adolescentes buscam essas informações em outros meios, como, por exemplo, a escola e a mídia (de Almeida & de Lourdes Centa, 2009; Dias & Gomes, 1999).

Caramaschi (2006) realizou estudos que tiveram a finalidade de descrever as principais semelhanças e diferenças entre as concepções de adolescência de pais, professores e adolescentes. Foram realizados dois estudos, sendo que, no primeiro, os participantes foram selecionados em uma escola privada de ensino médio na cidade de Goiânia (GO): três professores, três pais e três alunos, de ambos sexos. No segundo estudo, participaram 10 professores, 30 pais e 60 alunos de uma escola privada de ensino fundamental e médio da cidade de Anápolis (GO). Como instrumento, utilizou-se um questionário que foi testado no primeiro estudo e reformulado para o segundo. Os resultados evidenciaram uma clara mudança da adolescência nos tempos atuais devido ao avanço da tecnologia e das alterações nas relações parentais envolvendo determinação e imposição de limites aos jovens. Além de confirmarem que a maior necessidade do adolescente está relacionada ao convívio familiar (troca de carinho e respeito), os resultados apontaram a importância da escola no

desenvolvimento acadêmico do indivíduo e na transmissão de valores para a vida. Nas respostas dos adolescentes, verificou-se dificuldade de abordar com os pais alguns assuntos comuns da fase. Diante disso, os jovens em geral procuram e confiam nos professores para dialogar sobre temas como a sexualidade.

ORIENTAÇÃO DE PROFESSORES

O ambiente escolar, por representar um dos maiores contextos de influência no desenvolvimento do adolescente além da família, desempenha um papel fundamental na vida da maioria dos jovens, transmitindo informações, propiciando novas habilidades, favorecendo na participação de atividades esportivas e artísticas, contribuindo nas escolhas vocacionais e atuando como um dos maiores facilitadores na construção de amizades (Papalia et al., 2006). O vínculo do estudante com o professor é essencial em seu processo educativo, o qual vai além dos ensinamentos do currículo escolar e contribui como um todo para a formação do indivíduo em suas relações, valores, atitudes, sentimentos e interesses. Com isso, é necessário que os professores estejam preparados e dispostos a construir uma parceria com seus alunos. Sendo considerados modelos para os adolescentes, os professores, quando afetuosos, empáticos e percebidos positivamente, atuam como fatores de proteção para os comportamentos de risco dos jovens e promovem o desenvolvimento pessoal e social desses indivíduos (Caramaschi, 2006).

Schoen-Ferreira, Silva, Farias e Silvaes (2002) ressaltaram a importância de desenvolver um trabalho com os professores e orientá-los adequadamente, visto serem os principais estimuladores do processo ensino-aprendizagem. Um estudo envolvendo 100 professores de sete escolas da rede pública da cidade de Jandira (SP) teve como objetivo identificar seus conhecimentos e práticas sobre orientação sexual com os alunos. Os dados foram obtidos por meio de um questionário, e os resultados demonstraram que, apesar de reconhecerem a importância do tema, a maioria não dispunha de conhecimentos suficientes para promover orientação aos adolescentes. Desse modo, usavam apenas orientações de conteúdos dos livros de ciências e biologia que tratam a parte anatômica e fisiológica da reprodução e temas

tradicionais das DSTs e aids. Visto isso, reforça-se a necessidade de orientar e capacitar esses profissionais com habilidades essenciais para construir vínculos mais consistentes com os jovens, a fim de discutir e favorecer espaços de reflexão com questões que envolvem sentimentos, valores, moral e ética (Jardim & Brêtas, 2006).

Os resultados de um estudo com professores no interior do Rio Grande do Sul retrataram grande dificuldade de relacionamento dos profissionais com alunos adolescentes no que se refere à falta de limites e informações envolvendo as temáticas mais comuns dessa fase: sexualidade, sexo, namoro e amizade. Os docentes se queixaram também das dificuldades de aprendizagem dos jovens, do desinteresse pelos conteúdos e das notas muito baixas. Foram realizadas quatro atividades expositivo-participativas por estagiárias de psicologia, as quais abordaram temas relacionados a adolescência, práticas e estilos educativos parentais, bem como relação professor-aluno. Duas dimensões foram trabalhadas na intervenção com os professores: a responsividade, que se refere a quanto os educadores são sensíveis às necessidades afetivas e materiais dos adolescentes, e a exigência, que diz respeito ao quanto exigem e cobram o cumprimento de regras. A orientação aos educadores sobre os estilos parentais de criação relacionados ao desenvolvimento social, emocional e intelectual dos jovens (autoritários, indulgentes, negligentes e competentes) proporcionou reflexão e avaliação crítica sobre seus próprios modelos (Patias, Blanco, & Abaid, 2009).

Dada a importância dos cuidadores e dos professores no desenvolvimento dos adolescentes, cabe ao psicólogo contribuir com seus saberes para orientá-los sobre os aspectos da adolescência, a responsabilidade de todo o conjunto social com o qual o jovem se relaciona, os comportamentos apresentados pelos adolescentes sendo compreendidos como fruto das relações sociais, da transmissão de valores, de limites consistentes, de compreensão, afetividade e apoio. É necessário que pais e professores compreendam a responsabilidade que têm na formação e na construção social dos jovens, para assim favorecer um desenvolvimento saudável, privilegiando a autonomia e preparando-os para a vida adulta (Quadro 18.1) (Bock, 2007; Griffin et al., 2011; Pratta & Santos, 2006; Recio, 1999).



QUADRO 18.1 FATORES IMPORTANTES NA ORIENTAÇÃO DE PAIS E PROFESSORES DE ADOLESCENTES

- Limites consistentes
- Autonomia
- Expressão de emoções e opiniões
- Equilíbrio de reforçadores
- Compreensão
- Afetividade
- Apoio
- Respeito
- Amizade

ORIENTAÇÃO DE PAIS E PROFESSORES – A EDUCAÇÃO SOCIOEMOCIONAL

Na última década, uma nova temática tem recebido especial atenção quando o assunto está relacionado a crianças e adolescentes, no que se refere tanto às intervenções diretamente destinadas a essa população como àquelas voltadas a pais, professores e cuidadores: a educação socioemocional (Lock & Barret 2003; Caminha & Caminha, 2012).

A partir dos trabalhos de Ekman (1968), Damásio (2012), Greenberg e Bolger (2001) e Leahy (2014), a regulação emocional tornou-se um promissor caminho a ser tomado como forma de tolerar frustrações e desenvolver funções primordiais à socialização e à resiliência individual.

A principal função preditiva de saúde mental e incrementada na educação socioemocional é a empatia. Empatia significa a capacidade de um organismo se autorreconhecer e, portanto, ser capaz de reconhecer outro organismo (De Wall, 2012). Significa, portanto, a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, de sentir e perceber o que o outro está sentindo, seja uma emoção agradável, seja desagradável (Caminha, 2014).

É importante destacar que as mais graves patologias do DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), excluindo a esquizofrenia e os transtornos psicóticos, são os transtornos da personalidade do Grupo B, que se caracterizam pela incapacidade de ativar empatia e de se colocar no lugar do outro.

Incrementada a empatia, comportamentos agressivos como *bullying* sofrem uma significativa redução, já que a capacidade de ativar as emoções em si mesmo permite perceber exatamente o que o outro indivíduo experimenta quando ativa essa mesma emoção. Esse é o princípio da reciprocidade emocional (Caminha, 2014).

O PROGRAMA TRI

Caminha e Caminha (2012) desenvolveram um programa de regulação emocional que tem tanto uma versão clínica como uma preventiva, denominado TRI – Terapia de Reciclagem Infantil (na versão clínica) e Trabalho de Reciclagem Infantil (versão preventiva). O modelo de regulação emocional do programa TRI é composto por 12 passos, sendo totalmente desenvolvido a partir da biologia das emoções. Apresenta, portanto, uma epistemologia de base tanto cognitiva quanto darwiniana.

O TRI tem, hoje, os seguintes modelos interventivos: regulação emocional de 5 a 7 anos; regulação emocional de 8 a 12 anos; e intervenção com educadores, professores e orientadores educacionais (TRI Escola de Professores), bem como com os pais (TRI Escola de Pais).

O programa parte da premissa de que a matriz educacional de nossa sociedade é altamente invalidante com relação à expressão emocional das crianças e adolescentes. Assim, ao trabalhar com pais, educadores e diretamente com os jovens, estamos diante de uma poderosa ferramenta transformadora social. Dessa maneira, intervenções com pais, professores e com as próprias crianças permitem o acesso a informações importantes para lidarmos com as expressões emocionais de crianças e adolescentes. Sendo a regulação emocional considerada, hoje, a matriz da saúde mental, é justamente por essa via que precisamos atuar. Como resultado, teremos sujeitos com maior compreensão de seus processos emocionais individuais e grupais, bem como com maior nível de tolerância à frustração. Além disso, teremos a inibição de comportamentos intensos na busca de recompensa imediata encontrada tanto nas drogas quanto em muitos comportamentos disruptivos, entre eles o comportamento de agressão interpessoal, ao

patrimônio e a autoagressão (Zanonato, Caminha, Padim, Prado, & Caminha, 2016).

Dada a importância de distinguirmos as etapas da orientação de pais e de professores, são apresentadas no Quadro 18.2 as informações retiradas das etapas de trabalho do programa TRI Preventivo, de Caminha e Caminha (2012). Os passos descritos no quadro sintetizam apenas as informações trabalhadas com pais e professores que apresentam ênfases contingenciais diferenciadas conforme o contexto familiar ou escolar. Assim, quais as informações cruciais para uma intervenção eficaz?

QUADRO 18.2 TRABALHANDO COM OS PAIS E PROFESSORES		
INTERVENÇÃO	PAIS	PROFESSORES
Janelas do desenvolvimento neuropsicológico	X	X
Teoria da mente	X	X
Biologia das emoções	X	X
Teoria do apego	X	
Processos cognitivos		X
Processos comportamentais	X	X
Manejo das emoções	X	X
Manejo das cognições	X	
Manejo dos comportamentos	X	X
Aspectos promotores de resiliência para a vida	X	

As informações descritas neste capítulo sintetizam os aspectos teóricos a serem trabalhados para que uma intervenção com pais e professores possa ser elucidativa de modo mais amplo e, portanto, eficaz. Todavia, a maneira como cada uma das informações apresentadas será trabalhada depende de treinamento específico, conforme os diversos programas citados nas referências indicadas.

REFERÊNCIAS

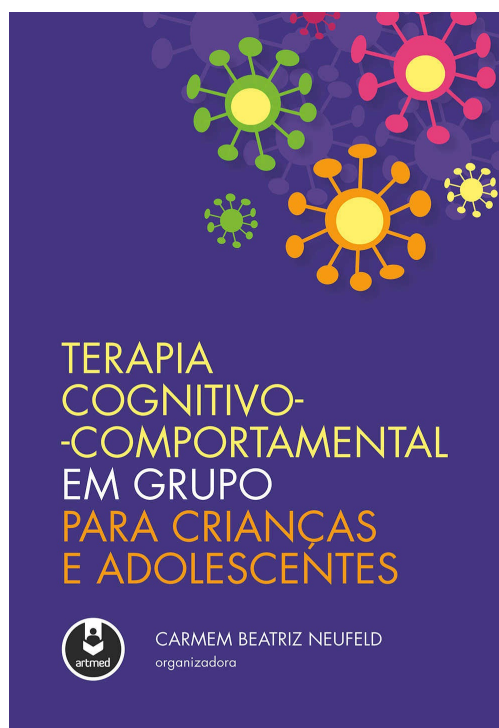
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2004). Pesquisando e intervindo com famílias de camadas diversificadas. In C. R. Althoff, I. Elsen, & R. G. Nitschke (Orgs.), *Pesquisando a família: Olhares contemporâneos* (pp. 91-106). Florianópolis: Papa-Livro.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2005). Orientação de pais: Partilhar conhecimentos sobre desenvolvimento e práticas de educação como estratégia de intervenção. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(esp.), 64-70.
- Bock, A. M. B. (2007). A adolescência como construção social: Estudo sobre livros destinados a pais e educadores. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 63-76.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 227-235.
- Bolsoni-Silva, A. T., Paiva, M. M., & Barbosa, C. G. (2009). Problemas de comportamento de crianças/adolescentes e dificuldades de pais/cuidadores: Um estudo de caracterização. *Psicologia Clínica*, 21(1), 169-184.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(2), 125-142.
- Caminha, M. G., & Pelisoli, C. (2007). Treinamento de pais: Aspectos teóricos e clínicos. In M. G. Caminha, & R. M. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp. 274-289). São Paulo: Roca.
- Caminha, R. M. (2014). *Educar crianças: Um guia para pais, educadores e terapeutas*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2012). *Baralho das emoções: Acessando a criança na prática clínica*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Caramaschi, L. S. (2006). *A concepção da adolescência na ótica de pais, professores e do próprio adolescente* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo).
- Damásio, A. R. (2012). *O erro de Descartes*. São Paulo: Cia das Letras.
- de Almeida, A. C. C. H., & de Lourdes Centa, M. (2009). A família e a educação sexual dos filhos: Implicações para a enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 71-6.
- De Waal, F. (2012) *A era da empatia: Lições da natureza para uma sociedade mais gentil*. São Paulo: Cia das Letras.
- Dias, A. C. G., & Gomes, W. B. (1999). Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: A percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 79-106.
- Ekman, P. (1968). Research findings on recognition and display of facial behaviors in literate and nonliterate cultures. *Proceedings of the 76th Annual Convention of the American Psychological Association*, 3, 727.

- Greenberger, L., & Bolger, L. (2001). An emotion-focused approach to the over-regulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology: In-Session*, 57, 197-211.
- Griffin, K. W., Samuolis, J., & Williams, C. (2011). Efficacy of a self-administered home-based parent intervention on parenting behaviors for preventing adolescent substance use. *Journal of Child and Family Studies*, 20(3), 319-325.
- Jardim, D. P., & Brêtas, J. R. D. S. (2006). Orientação sexual na escola: A concepção dos professores de Jandira-SP. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 157-62.
- Leahy, R. L. (2014). *Regulação emocional em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Lock, S., & Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20(4), 183-199.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). Desenvolvimento psicossocial na adolescência. In D. E. Papalia, S. W. Olds, & R. D. Feldman, *Desenvolvimento humano* (8. ed., pp. 475-507). Porto Alegre: Artmed.
- Patias, N. D., Blanco, H. M., & Abaid, J. L. W. (2009). Psicologia escolar: Proposta de intervenção com professores. *Cadernos de Psicopedagogia*, 7(13), 42-60.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: Um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 315-322.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. D. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12(2), 247-256.
- Rebolledo, E. A. O., de Medina, N. M. O., & Pillon, S. C. (2004). Fatores de riscos associados ao uso de drogas entre estudantes adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(esp.), 369-375.
- Recio, J. L. (1999). Familia e escuela: Agencias preventivas en colaboración. *Adicciones*, 11(3), 201-207.
- Rios, K. S. A., & Williams, L. C. A. (2008). Intervenção com famílias como estratégia de prevenção de problemas de comportamento em crianças: Uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 799-806.
- Scavone, L. (2001). Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 5(8), 47-59.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Schoen-Ferreira, T. H., Silva, D. A., Farias, M. A., & Silves, E. F. D. M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA)-UNIFESP/EPM. *Psicologia em estudo*, 7(2), 73-82.
- Silva, C. M. R. (2009). *Família, adolescência e os estilos parentais* (Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Estadual Paulista).
- Singly, F. D. (2000). O nascimento do “indivíduo individualizado” e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In C. Peixoto, F. de Singly, & V. Cicchelli (Orgs.), *Família e individualização* (pp. 13-19). Rio de Janeiro: FGV.
- Soifer, R. (1983). *Psicodinamismos da família com crianças: Terapia familiar com técnica de jogo*. Petrópolis: Vozes.

Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 150-158.

Zanonato, A., Caminha, M. G., Padim, M. de F. R., Prado, L. C., & Caminha, R. M. (2016). *Toninho e a poção da falsa felicidade*. Novo Hamburgo: Sinopsys.

Conheça também:



Sobre o Grupo A

O Grupo A está preparado para ajudar pessoas e instituições a encontrarem respostas para os desafios da educação. Estudantes, professores, médicos, engenheiros, psicólogos. Profissionais das carreiras que ainda não têm nome. Universidades, escolas, hospitais e empresas das mais diferentes áreas. O Grupo A está ao lado de cada um. E também está nas suas mãos. Nos seus conteúdos virtuais. E no lugar mais importante: nas suas mentes.

Acesse

0800 703 3444

sac@grupoa.com.br

Av. Jerônimo de Ornelas, 670

Santana

CEP: 90040-340 • Porto Alegre / RS

grupo **a**
> EDUCAÇÃO <