CIRCE SALCIDES PETERSEN
RICARDO WAINER
& COLABORADORES

TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES



artmed



T315 Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes [recurso eletrônico] : ciência e arte / Circe Salcides Petersen ... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2011.

Editado também como livro impresso em 2011.
ISBN 978-85-363-2657-3

1. Terapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental. I. Petersen, Circe Salcides.

CDU 615.85-053.2/.6

Catalogação na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CIÊNCIA E ARTE

CIRCE SALCIDES PETERSEN
RICARDO WAINER
& colaboradores

Versão impressa
desta obra: 2011

artmed

2011

© Artmed Editora S.A., 2011

Capa
Paola Manica

Ilustrações
Sérgio Santos – Tipos e Traços

Preparação de originais
Lara Frichenbruder Kengeriski

Editora Sênior – Ciências Humanas
Mônica Ballejo Canto

Projeto e editoração
Armazém Digital® Editoração Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

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.

SÃO PAULO
Av. Embaixador Macedo de Soares, 10.735 – Pavilhão 5 – Cond. Espace Center
Vila Anastácio 05095-035 São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Autores

Circe Salcides Petersen (org.). Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS); mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS); advanced training in Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy - Ellis Institute USA/CATREC Buenos Aires; diretora de ensino da Projecto Centro Cultural e de Formação. Membro do grupo de pesquisa CEPRUA da UFRGS. Representante no Brasil do Programa *Friends* em parceria com Pathways Health and Research Centre, Austrália.

Ricardo Wainer (org.). Psicólogo. Doutor em Psicologia (PUCRS); mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS); treinamento avançado em terapia do esquema (New Jersey/New York Institute of Schema Therapy, USA); professor da Faculdade de Psicologia (PUCRS); diretor e responsável técnico pelo curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental da WP – Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental.

Alice Rodrigues Willhelm. Graduanda em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), colaboradora do Grupo de Neuropsicologia Clínica e Experimental.

Almir Del Prette. Psicólogo. Doutor. Professor Titular em Psicologia Social, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Carlo Schmidt. Psicólogo. Doutor em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Adjunto do Departamento de Educação Especial da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFSM.

Caroline Tozzi Reppold. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRGS. Pós-doutorado em Psicologia pela UFRGS. Professora dos Programas de Pós-Graduação stricto sensu em Ciências da Saúde e em Ciências de Reabilitação da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Diretora do curso de Psicologia da UFCSPA.

Cleonice Alves Bosa. Ph.D. em Psicologia. Professora Adjunta do programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

Cristina Akiko Iizuka. Psicóloga. Doutoranda na Faculdade de Educação, Universidade de Queensland, Brisbane, Austrália. Pesquisadora na Pathways to Resilience Trust, Brisbane, Austrália.

Daniel Fuentes. Psicólogo. Especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia. Doutor pela Faculdade de Medicina da USP. Diretor do Serviço de Psicologia e Neuropsicologia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP.

Daniela Schneider Bakos. Doutora em Psicologia pela UFRGS. Psicóloga da Cognitá – Clínica de Terapia Cognitivo-Comportamental.

Edson Luiz Toledo. Psicólogo. Pesquisador e coordenador do atendimento a pacientes com tricotilomania do Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP (PROAMITI/IPq-FMUSP). Professor Assistente na Universidade Paulista (UNIP).

Eduardo Bunge. Licenciado em Psicologia pela Universidade de Buenos Aires. Doutorando em Psicologia pela Universidad de Palermo. Codiretor da Equipe de Terapia Cognitiva Infanto-Juvenil (ETCI).

Edwiges Ferreira de Mattos Silvares. Professora titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Mestre pela Northeastern University, doutora e livre docente pela USP. Professora titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.

Janaína Thaís Barbosa Pacheco. Psicóloga. Doutora e Mestre em Psicologia pela UFRGS. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Docente e consultora pedagógica do Curso de Especialização em Psicologia Clínica/Terminalidade Cognitivo e Comportamental.

Javier Mandil. Psicólogo clínico pela Universidade de Buenos Aires. Diretor da Equipe de Terapia Cognitiva Infanto-Juvenil (ETCI).

José Caetano Dell'Aglio Jr. Psiquiatra. Mestre em Farmacologia. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Leandro Fernandes Malloy-Diniz. Psicólogo. Doutor em Farmacologia Bioquímica e Molecular pela Universidade Federal de Minais Gerais (UFMG). Professor Adjunto da UFMG.

Luísa F. Habigzang. Doutora em Psicologia (UFRGS), Coordenadora do CEP-RUA/NH. Professora do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental da UFRGS. Membro da ISPCAN. Pesquisadora na área de violência contra crianças e adolescentes.

Marco Antônio Silva Alvarenga. Psicólogo. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFMG. Doutorando em Psicologia pela UFMG.

Margarette Matesco Rocha. Doutora em Educação Especial pela UFSCar. Docente do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Martín Gomar. Psicólogo Clínico pela Universidade de Buenos Aires. Diretor da Equipe de Terapia Cognitiva Infanto-Juvenil (ETCI), Buenos Aires.

Michelle Bordin Bez. Graduanda do curso de Psicologia da PUCRS. Membro do Grupo de Pesquisa Neuropsicologia Clínica e Experimental (GNCE), do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Cognição Humana) da PUCRS.

Neander Abreu. Doutor em Neurociências e Comportamento. Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Neri Maurício Piccoloto. Psiquiatra, Mestre em Psicologia Clínica. Vice-presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, biênio 2009-2011.

Nicolle Zimmermann. Psicóloga. Membro do Grupo de Pesquisa Neuropsicologia Clínica e Experimental do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - ênfase Cognição Humana da PUCRS.

Paula Ferreira Braga Porto. Psicóloga. Doutoranda do Programa de Psicologia Clínica da USP. Mestre pelo Programa de Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica.

Paula M. Barrett. Professora de Psicologia da Educação da University of Queensland, Brisbane, Australia. Fundadora e Diretora do Pathways Health and Research Centre, Brisbane, Australia.

Philip C. Kendall. Ph.D. Professor de Psicologia da Temple University, Filadélfia.

Renata Brasil Araujo. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Coordenadora dos Programas de Dependência Química e de Terapia Cognitivo-Comportamental do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Diretora da Cognitá – Clínica de Terapia Cognitivo-Comportamental. Vice-Presidente da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATC-RS).

Rochele Paz Fonseca. Doutora em Psicologia pela UFRGS/Université de Montréal. Pós-Doutoramento pela PUC-Rio, UFRJ e Université de Montréal. Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - área de concentração Cognição Humana, da PUCRS. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Neuropsicologia Clínica e Experimental (GNCE).

Rodrigo Fernando Pereira. Doutor em Psicologia Clínica pela USP. Pós-doutorando pela mesma instituição. Psicólogo da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Silvia H. Koller. Psicóloga. Doutora em Educação pela PUCRS. Pesquisadora do CNPq. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS. Coordenadora do Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA/Psicologia/UFRGS).

Valquiria A. C. Tricoli. Doutora em Psicologia pela PUC-Campinas. Advanced Training in Rational-Emotive and Cognitive Behavioral Theory and Techniques Albert Ellis Institute. Docente no curso de Psicologia da FAAT-SP.

Wellington Borges Leite. Médico. Especialista em Neurociência e Comportamento pela UFMG. Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia.

Zilda A. P. Del Prette. Doutora em Psicologia. Pós-Doutorado em Habilidades Sociais nos EUA. Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSCar.

Agradeço aos meus pais, José e Lea Salcides,
por me ensinar a brincar e amar o trabalho.
À minha filha Bruna, que será sempre a criança mais
importante da minha vida e por ela gostar de brincar comigo.
Ao meu esposo, Luiz Fernando, pela paciência no tempo dedicado
a esta obra e por ser um companheiro legal para dividir a vida.
Agradeço a todos os colegas que colaboraram nesta obra e
especialmente a Ricardo Wainer por sua amizade, companheirismo,
seriedade e dedicação ao trabalho. A Rosane Levenfus pela revisão
cuidadosa de meus capítulos. Finalmente aos meus pequenos pacientes
e suas famílias, que inspiram e instigam minha curiosidade no dia a
dia, por compartilharem comigo suas aventuras, desventuras e por
confiarem em minha capacidade de ajuda. Enfim, por viverem comigo a
ciência psicológica e a arte do encontro humano.
C.S.P.

À minha esposa, Gil, e aos meus filhos,
Leonardo e Rafael, inesgotáveis fontes de encantamento.
Aos meus colegas, Circe Petersen, Neri Piccoloto e
Irismar R. de Oliveira, pelas sólidas parcerias.
Às crianças, que nos ensinam a todos os momentos.
R.W.

Prefácio

Trabalhar com terapia cognitivo-comportamental (TCC) sempre foi motivo de grande orgulho para os profissionais da saúde. Sobretudo, pelo fato de esse segmento em psicoterapia ser geralmente descrito como a evolução clínica das pesquisas acadêmicas e, assim, ter nascido, segundo muitos autores, no berço da ciência. Também pelo fato de ser apontada pela *Clinical Evidence* – manual que contabiliza as melhores indicações de eficácia terapêutica –, como referência no tratamento de aproximadamente 85% dos transtornos psiquiátricos. Assim sendo, em um universo de quase 900 linhas distintas em psicoterapia, atingir essa marca não deve ter sido um feito ocasional.

A TCC hoje caminha de mãos dadas e dialoga com vários ramos do conhecimento, o que deu a ela, inevitavelmente, salvo conduto, tornando-a uma das maiores e mais importantes estruturas teórico-práticas de intervenção e uma das líderes em publicações entre suas primas-irmãs da família das psicoterapias.

Em contrapartida, este panorama era muito diferente há algumas décadas. Autodenominar-se terapeuta cognitivo-comportamental no Brasil já teve seu preço. Em um período em que outras linhas teóricas governavam o império das mudanças na clínica psicológica, estabelecer-se demandou um extenuante trabalho. Não raro, inclusive, notava-se a existência de feudos psicoterapêuticos que se autodenoninavam superiores em função de suas melhores estirpes e que reclamavam a posição de mais eficazes no manejo da mudança pessoal.

Para se ter uma ideia do ambiente adverso da década de 1990, apenas para citar um exemplo, durante o Congresso Mundial de Terapias Cognitivas ocorrido em Toronto, no Canadá, em 1992, em um universo de aproximadamente 3 mil participantes, não foram contabilizados mais do que quatro professores brasileiros. Na edição seguinte, em 1995, realizada em Copenhague, na Dinamarca, com 5 mil inscritos, não foi observada uma tendência muito diferente: participaram apenas 10 brasileiros.

Logo, do período embrionário até hoje, muita coisa mudou. Muitos profissionais se tornaram doutores em importantes centros no exterior, abrindo caminho para linhas de pesquisa em universidades; outros ainda, autodidatas (talvez os verdadeiros heróis), por seu empenho e esforço, levaram adiante a tarefa de propagar os fundamentos da TCC, inaugurando muitos centros de formação, aumentando assim o número de profissionais capacitados; sociedades científicas foram fundadas em vários Estados e, principalmente, dezenas de livros de autores estrangeiros foram traduzidos para o português, enquanto várias outras publicações foram produzidas por pesquisadores nacionais. Para se ter uma ideia da relevância disso, hoje, no Brasil, são comercializados muito mais livros de autores nacionais do que estrangeiros. Portanto, a antiga dificuldade se tornou extremamente próspera, mudando de maneira impactante o cenário atual acadêmico.

Nesse panorama, os organizadores desta obra compuseram uma das mais importantes publicações de TCC associada à infância e à adolescência. Durante décadas, a TCC fora alvo de críticas por não ter dado a devida atenção às experiências infantis na formação das crenças e dos esquemas de significado. Embora a TCC trabalhe fundamentalmente no "aqui e agora", é inquestionável a influência de vivências da infância na formação das estruturas pessoais de significados. Como as mudanças paradigmáti-

cas ocorrem em todas as instâncias, esta leitura não seria exceção. Hoje, as publicações internacionais enfatizam o estudo e a identificação das experiências precoces como um dos grandes pilares da pesquisa atual, e no Brasil essa tendência começou também a ser evidenciada de forma vigorosa. Assim sendo, este livro vem estabelecer de maneira decisiva uma das mais importantes contribuições na formação de profissionais no estudo e no tratamento dos mais variados transtornos psicológicos associados à infância e à adolescência.

Idealizado de forma exemplar o livro explora os mais variados segmentos. A Parte I descreve os princípios e conceitos básicos da TCC; na sequência, aborda a avaliação inicial de crianças, além do trabalho de desenvolvimento das habilidades sociais na infância. Sem perder de vista outros temas de grande interesse aos clínicos, são discutidas ainda as questões associadas à impulsividade, abordando os transtornos invasivos do desenvolvimento, a avaliação neuropsicológica no TDAH, o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e a aplicação da TCC em transtornos de comportamento disruptivos.

Os transtornos do humor e ansiedade na infância e na adolescência também são contemplados, assim como a depressão. Uma das mais novas fronteiras da psicopatologia moderna, os transtornos do controle dos impulsos, também foram incluídos. Essa categoria no DSM-IV-TR é descrita como residual por agrupar transtornos não classificáveis sob outras denominações, mas que vem recebendo grande atenção da mídia, dos meios acadêmicos e principalmente dos organizadores da próxima edição do DSM. Portanto, a TCC para crianças e adolescentes com tricotilomania também foi discutida. Temas como TCC no tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, TCC aplicada ao estresse pós-traumático na infância, TCC para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, tratamento dos transtornos de excreção e TCC para adolescentes com AIDS fazem também parte desta obra, aspecto que torna inquestionável sua qualidade.

Gostaria ainda de dizer que Circe Petersen e Ricardo Wainer resumem o que se pode esperar de grandes professores: seriedade, comprometimento, simpatia e, acima de tudo, um grande profissionalismo. Seguramente são dois exemplos que merecem ser seguidos. Quem dera futuras gerações de profissionais cresçam guiados por seus ensinamentos. É exatamente por isso que trabalhar com a terapia cognitivo-comportamental sempre foi um motivo de grande orgulho para os profissionais da saúde e para mim.

Cristiano Nabuco de Abreu

Coordenador do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI) e coordenador da Equipe de Psicologia do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Sumário

Prefácio xi
Cristiano Nabuco de Abreu

PARTE I
Princípios e conceitos básicos

1 Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes 16
Circe Salcides Petersen e Ricardo Wainer

2 Avaliação inicial de crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano 32
Circe Salcides Petersen

3 Habilidades sociais na infância: avaliação e intervenção com a criança e seus pais 46
Zilda A. P. Del Prette, Margarette Matesco Rocha e Almir Del Prette

4 Aportes teóricos e técnicos para intervenção em comportamentos impulsivos em crianças 62
Circe Salcides Petersen e Ricardo Wainer

PARTE II
Desenvolvimento atípico

5 Transtornos invasivos do desenvolvimento: autismo 86
Carlo Schmidt e Cleonice Alves Bosa

6 Avaliação neuropsicológica no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e implicações para a terapia cognitivo-comportamental 96
Rochele Paz Fonseca, Nicolle Zimmermann, Michelle Bordin Bez, Alice Rodrigues Willhelm e Daniela Schneider Bakos

7 Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: tratamento farmacológico e não farmacológico 136
Leandro Fernandes Malloy-Diniz, Marco Antônio Silva Alvarenga, Neander Abreu, Daniel Fuentes e Wellington Borges Leite

8 Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de comportamento disruptivo: modelo de treinamento parental 152
Janaína Thaís Barbosa Pacheco e Caroline Tozzi Reppold

PARTE III
Transtornos do humor e ansiedade

9 Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência 170
Ricardo Wainer e Neri Maurício Piccoloto

10 Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar na infância 195
José Caetano Dell'Aglio Jr. e Circe Salcides Petersen

11 Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade 232
Circe Salcides Petersen, Eduardo Bunge, Javier Mandil e Martín Gomar

12 Dicas das trincheiras sobre terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade 256
Philip C. Kendall

13 Programa *Friends* para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes 264
Cristina Akiko Iizuka e Paula M. Barrett

PARTE IV
Abuso, negligência e outras situações traumáticas

14 Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao estresse pós-traumático na infância 288
Valquiria A. C. Tricoli

15 Terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual 299
Luísa F. Habigzang e Silvia H. Koller

PARTE V
Transtornos do controle de impulsos

16 Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas 312
Renata Brasil Araujo

17 Tricotilomania 339
Edson Luiz Toledo

PARTE VI
Terapia cognitivo-comportamental aplicada a populações específicas

18 Transtornos de excreção: enurese e encoprese 358
Edwiges Ferreira de Mattos Silvares, Rodrigo Fernando Pereira e Paula Ferreira Braga Porto

19 Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes vivendo com AIDS 376
Circe Salcides Petersen e Silvia H. Koller

Índice 394

PARTE I

PRINCÍPIOS E CONCEITOS BÁSICOS

1

Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes

Circe Salcides Petersen
Ricardo Wainer

Desde sua fundação oficial em 1896 por Lightner Witmer, a psicologia clínica tem sofrido diversas evoluções, indo de mero aperfeiçoamento da técnica até mudanças radicais concernentes à inserção de novos paradigmas das psicopatologias no cenário clínico. Entre os avanços alcançados pela psicologia clínica nas últimas décadas, as psicoterapias cognitivo-comportamentais (TCCs), sem dúvida, ocupam lugar de destaque. Tal colocação foi obtida em decorrência de diversos fatores, dentre os quais se podem destacar a eficácia comprovada de suas técnicas no tratamento de diversas psicopatologias, bem como a retomada do psiquismo humano em toda sua complexidade como objeto de estudo e entendido como responsável pelo comportamento humano normal e patológico.

No contexto das psicoterapias, as TCCs apresentaram, desde o final da década de 1950 e início da década de 1960 (Kelly, 1955; Ellis, 1962) até hoje uma vasta gama de abordagens e de técnicas para o tratamento dos mais variados transtornos psicológicos. Os diversos tipos de terapias englobados pelo título terapias cognitivo-comportamentais, apesar de suas diferenças, assemelham-se por considerarem a mediação cognitiva responsável pelo gerenciamento do comportamento humano e, dessa forma, um ponto a ser trabalhado para a obtenção da mudança terapêutica. Ou seja, nessa abordagem psicoterapêutica, a explicação das psicopatologias não se reduz ao efeito de contingências ambientais ou a explicações pelo inconsciente positivo, respectivamente do Behaviorismo e da Psicanálise, mas assume que a doença mental é o resultado das estruturas e/ou dos processos cognitivos disfuncionais em determinado momento da vida dos sujeitos. (Wainer, 2002).

Os modelos teóricos, bem como as técnicas empregadas alcançaram maior eficácia e abrangência, sendo que atualmente as TCCs são aplicadas por um número cada vez maior de terapeutas e em quase todos os transtornos psicopatológicos conhecidos.

Deve-se destacar ainda que as TCCs são a primeira opção para muitos tipos de psicopatologias, visto que diversas pesquisas comparativas confirmam seu poder terapêutico para diversos transtornos mentais (distúrbios de ansiedade, transtornos ali-

mentares, etc.), em relação a outros modelos clínicos anteriores (APA, 1998).

Como a revolução cognitiva agregou teóricos de escolas bem distintas, não é de se estranhar que existam vínculos estreitos entre as terapias cognitivas mais puras e aquelas de influência mais comportamental, já que ambas têm uma preocupação clara com o método científico, assim como resultados de tratamentos e seleção de estratégias de tratamento (Shapiro, Freiberg e Bardenstein, 2006).

Os modelos atuais da Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) de Ellis e a Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck têm sido sintetizados e acrescidos das leituras pós-racionalistas de intervenção. Este livro pretende apresentar sínteses de cada autor em seu trabalho clínico de TCC com crianças e adolescentes, mediado pelas diferentes influências de cada um. A seguir são apresentados os modelos cognitivos clássicos de Ellis e Beck.

Tendência atual em TCC – Integração de diferentes modelos.

O MODELO COGNITIVO DE ELLIS

A Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) foi desenvolvida por Albert Ellis em 1956 e tem como pressuposto a ideia de que o modo como o pensamento opera determina o que sentimos. Ellis criou o modelo ABC, no qual as perturbações emocionais podem ser explicadas pela inter-relação entre Situações Ativadoras (As), Crenças *(Believes*-Bs) e Consequências (Cs) emocionais ou comportamentais. De acordo com esse modelo, duas pessoas podem viver um mesmo evento e reagir a ele de modo distinto. Nesse modelo, perturbações e emoções negativas não são causadas pelos fatos em si, mas por pensamentos extremistas, rígidos e exigentes, os quais Ellis rotulou de irracionais. As crenças irracionais ou disfuncionais serão desafiadas (*disputing)* no tratamento pela imaginação racional emotiva[1] e o diálogo interno é reforçado por métodos comportamentais como treinamentos de habilidades e tarefas para casa (Ellis e Grieger, 2003; Vernon, 1998).

Ann Vermon (1998) traduziu os princípios e as aplicações da TREC para crianças no Programa Passport. Este apresenta os princípios básicos do tratamento de crianças sintetizados no modelo ABC, aplicado de acordo com a etapa do desenvolvimento. Os "As" representam as situações ativadoras: um acontecimento externo ou interno (pensamento, imagem, fantasia, conduta, sensação física, emoção, etc). Os "Bs" representam todo sistema de crenças (pensamentos, imagens, valores, esquemas, imagens, etc.). Os "Cs" representam a reação frente a uma situação ativadora (A) e refletem uma conduta ou emoção ou mesmo um novo pensamento.

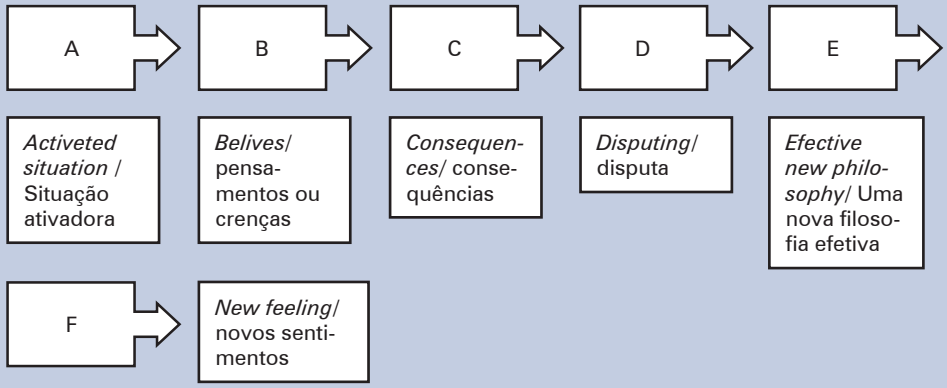
Um exemplo clínico do modelo ABC tendo como situação ativadora uma sensação física, é o caso de João (7 anos). Após a remissão de seus sintomas de Transtorno de Ansiedade de Separação, cuja melhora já durava 10 meses, João voltou a apresentar sintomas de ansiedade na entrada e na saída da escola. Ficou evidente que os sintomas recrudesceram após um quadro viral. As sensações físicas de dor de "barriga" reativaram os pensamentos disfuncionais (B) de que a mãe não estaria na hora da saída e resultaram (C) na forma de comportamento de evitação e ansiedade.

A seguir, o **Quadro1.1** resume o modelo atualizado de Ellis (1988).

A TREC distingue as "Cs" apropriadas das "Cs" disfuncionais ou autossabotadoras. Estas necessitam ser questionadas através de D (disputa racional). A disputa acontece

[1] Exercício que consiste em evocar novamente a situação que gera a emoção disfuncional e atribuir-lhe novos pensamentos ou crenças racionais para diminuir a emoção disfuncional, substituindo-a por uma mais funcional. Com crianças,essa tarefa pode ser realizada por *role-play* com brinquedos como fantoches, p. ex.

QUADRO 1.1
Síntese do modelo ABC na TREC



quando ajudamos o paciente a perceber seu pensamento inconsistente com a realidade. Na prática, convida-se o paciente a ser detetive e buscar provas de que a afirmação é realista. No caso de João, que pensava que a mãe não iria buscá-lo, avaliou-se, inicialmente, de 0 a 10 pelo termômetro de pensamentos (Stallard, 2004), o quanto ele acreditava nessa ideia. As formas de disputa (D) viáveis na infância são pragmáticas, já que nessa etapa do desenvolvimento as crianças têm pensamento concreto.

É possível aplicar técnicas de *role-playing* com fantoches, pois o estilo metafórico mediado pelo brinquedo e pelo humor permite que o personagem/ criança possa duvidar do pensamento disfuncional e cogitar outra forma de pensar. Os fantoches podem contar com pequenos palitos gráficos quantas vezes a mãe veio buscá-lo ao longo de dois anos e meio de escolarização. Essas "evidências" contrárias ao pensamento inicial vão tornando o pensamento disfuncional mais "fraco" na mensuração do termômetro de pensamentos. Assim, diferentes "Ds" (*disputing*) realizadas pelos detetives (outra possibilidade de metáfora para terapeuta e paciente) em uma aliança colaborativa permitem surgir novas "Es" – (*effective belief)* ou a incorporação de uma nova crença funcional, eficaz e saudável. E, finalmente, surge "F" (*felling*) ou um novo sentimento após a modificação das crenças.

O quadro a seguir sintetiza os pensamentos disfuncionais comuns na infância (Vermon, 1998).

O outro modelo cognitivo fundamental no entendimento dos tratamentos de TCCs com crianças é o da Terapia Cognitiva (TC) desenvolvida por Aaron Beck.

O MODELO COGNITIVO DE BECK

O modelo da Terapia Cognitiva (TC) é descrito como uma abordagem terapêutica estruturada, diretiva, com metas claras e definidas, focalizada no presente e utilizada no tratamento dos mais diferentes transtornos psicológicos. Seu objetivo principal é o de produzir mudanças nos pensamentos e nos sistemas de significados (crenças) dos clientes, evocando uma transformação emocional e comportamental duradoras, e não apenas um decréscimo momentâneo dos sintomas.

Segundo Beck (1964), não é a situação (ou o contexto) que determina o que as pessoas sentem, mas o modo como elas interpretam (e pensam sobre) os fatos em

QUADRO 1.2
Crenças comuns na infância segundo Vermon, 1998.

As crenças infantis básicas são:
devo ser aprovado e amado pelas pessoas importantes para mim;
devo ter tudo o que quero;
não devo ter incômodos e devo estar sempre entretido.

As crenças irracionais comuns são:
é horrível que não gostem de mim;
sou mau ou incapaz se cometer erros;
tudo deve ser cômodo e prazeroso;
eu sempre devo fazer o que eu quero, ou ainda ter tudo o que quero;
é horrível estar aborrecido ou ter de esperar.

Crenças relacionadas à vida escolar:
eu devo ser perfeito;
não posso cometer erros;
se os outros me rejeitam é porque não faço as coisas direito;
eu sou um perdedor;
eu não posso me sentir desconfortável.

uma dada situação (Abreu, 2003). Nessa concepção cognitivista,

> a psicopatologia será sempre considerada o resultado de crenças excessivamente disfuncionais ou de pensamentos demasiadamente distorcidos que, em atividade, teriam a capacidade de influenciar o humor e o comportamento do indivíduo – enviesando sua percepção da realidade. (Beck e Freeman, 1993)

Por isso, identificar essas crenças e pensamentos e, posteriormente, modificá-los, torna-se fundamental para o tratamento, promovendo, segundo essa teoria, a redução dos sintomas.

No modelo de Beck (1976) e de Beck e colaboradores (1979), tais crenças são divididas em básicas (ou centrais) e periféricas (ou intermediárias), as quais resultam de pressupostos que desenvolvemos a respeito de nós mesmos e a respeito do mundo e do futuro, compondo em seu estágio final a estrutura cognitiva de valores que favorecem a formação do que chamamos de experiência pessoal. Essas organizações de significado são necessárias para que se possa interpretar o mundo de uma maneira correta, pois auxiliam na previsão das atitudes e no sentido que damos às experiências de vida, garantindo um bom funcionamento cognitivo. Entretanto, algumas premissas advindas desses mesmos construtos podem, em função de alguma circunstância específica, se tornar muito repetitivas e, assim, se manter pouco atualizadas – o que as induz a uma condição contraproducente para o indivíduo. Ao operarem de forma antiga em um estado restritivo de atribuição de significados, passam a atuar como uma camisa de força conceitual, gerando avaliações rígidas e extremistas e criando um sentido *distorcido* das situações. Nesse caso, se tornam extremamente resistentes à mudança, sendo por esse motivo classificadas como "disfuncionais" (Abreu, 2003).

PROTOCOLOS INTEGRADOS

A integração de diferentes modelos sofreu adaptações para a terapia cognitivo-comportamental com crianças por diferentes terapeutas, destacando-se as contribuições

daqueles que desenvolveram estudos empíricos e que trouxeram evidências de efetividade aos tratamentos nessa etapa do desenvolvimento. Terapeutas de crianças adaptaram as técnicas à infância criando manuais específicos para a abordagem de cada patologia e também dando condições de testar a efetividade dos resultados a partir da existência desses roteiros estruturados. Dessa forma, diferentes casos tratados por diversos terapeutas puderam ser agrupados em amostras, bem como as diferenças de resultados em relação a grupos não tratados através de ensaios clínicos randomizados puderam ser avaliadas.

Um dos aspectos fundamentais dessa tendência de estudos baseados em evidências é o apreço pela organização do processo do tratamento, com a especificação dos passos lógicos e sequenciais a serem seguidos pelo terapeuta.

É relevante apresentar um quadro resumido dos tratamentos estruturados em manuais e testados empiricamente.

O **Quadro 1.3** faz um apanhado dos tratamentos testados empiricamente. Em 1998, a APA estabeleceu uma força-tarefa para fomentar pesquisa na área clínica a fim de determinar quais tratamentos apresentam efetividade a partir de evidencias demonstradas por ensaios clínicos randomizados. O Quadro 1.3 apresenta os três níveis nos quais os tratamentos são avaliados. Para atingir o critério de "Bem-estabelecido" deve haver pelo menos dois experimentos realizados em pelo menos dois contextos de investigação e equipes independentes, demonstrando a eficácia do tratamento, denotando ser:

a) estatisticamente superior ao placebo, fármaco ou outro tratamento psicológico
b) equivalente (ou não são significativamente diferentes) para um tratamento já estabelecido em experimentos, com poder estatístico é suficiente. Apresentar manuais de tratamento; ter sido realizado com uma população, tratamento para problemas específicos, para quem os critérios de inclusão foram delineados de forma confiável e válida.

O critério de tratamento "Provavelmente eficaz" requer pelo menos dois bons experimentos que mostram que o tratamento é superior (estatisticamente significativo assim) a um grupo-controle de lista de espera. Finalmente em nível de avaliação como "Possivelmente eficaz" deve apresentar pelo menos um bom estudo, mostrando que o tratamento seja eficaz na ausência de evidências conflitantes.

O movimento da psicoterapia baseada em evidências, pode ser sintetizado como um esforço em testar, desenvolver e estimular a disseminação de tratamentos e técnicas validadas em pesquisas (Albano e Kendall, 2002; Pheula e Isolan, 2007). A TCC para crianças e adolescentes se mostra fortemente vinculada a essa tendência de buscar tratamentos experimentalmente comprovados.

A AVALIAÇÃO INICIAL EM TERAPIA COGNITIVA

Crianças e adolescentes são habitualmente encaminhados à terapia em função de seus problemas de comportamento ou emoções. A avaliação inicial em TCC inclui dois degraus em seu processo. Primeiro, precisa-se ter uma visão geral, descritiva, identificando os problemas e o funcionamento geral da criança. Depois de identificar os sintomas, os terapeutas cognitivistas investigam o papel dos fatores cognitivos na etiologia das perturbações emocionais e comportamentais da criança (Shapiro, Freidberg e Bardenstein, 2006).

Cognição se refere a um sistema de alta complexidade que envolve eventos, processos, produtos e estruturas cognitivos. As estruturas cognitivas podem ser entendidas como memórias e a maneira como a informação é representada pela memória. Os conteúdos cognitivos se referem à informação que atualmente é representada ou armazenada, ou seja, ao conteúdo das estruturas cognitivas. Os processos cognitivos são os procedi-

QUADRO 1.3
Modelos de tratamentos manualizados testados empiricamente

TRANSTORNO	BEM-ESTABELECIDO	PROVAVELMENTE EFICAZ	POSSIVELMENTE EFICAZ
Transtorno de oposição e desafiador & Transtorno de conduta	■ Terapia comportamental ■ Treinamento parental	■ TCC ■ Programa em saúde Racional emotivo ■ Treinamento em controle de raiva ■ Programa Anos Incríveis ■ Terapia Multissistêmica	■ TCC ■ Treinamento em Controle de raiva em grupo ■ Programa Triple P (*Positive Parenting Program - standard group treatment*).
TDAH	■ Terapia comportamental ■ Treinamento parental ■ Gestão comportamental em sala de aula ■ Intervenção comportamental com pares	–	–
Transtorno obsessivo-compulsivo	–	■ TCC individual ■ TCC + sertralina	■ Programa Focus de TCC individual ■ Programa Focus de TCC em grupo
Transtorno de estresse pós-traumático	TCC focado no trauma	■ TCC em grupo em âmbito escolar	■ TCC em grupo ■ Terapia centrada na criança ■ *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* ■ Terapia de familia para TEPT
Transtornos de ansiedade	–	■ Programa *CopingCat* ■ Terapia sistêmica focada no indivíduo	■ Exposição comportamental *In Vivo* ■ Exposição + controle de contingências
Depressão	■ TCC em grupo ■ Psicoterapia interpessoal	■ TCC individual ■ Programa Penn de Prevenção (PPP) - incluindo as alterações culturalmente relevante como visto no Programa de Otimismo Penn (POP)	–
Abuso de substâncias em adolescentes	■ TCC em grupo ■ Terapia familiar multidimensional	■ Terapia familiar estratégica breve ■ Terapia comportamental familiar ■ Terapia familiar multissistêmica	■ TCC individual ■ Modelo Minessota 12 passos

(continua)

QUADRO 1.3 (continuação)
Modelos de tratamentos manualizados testados empiricamente

TRANSTORNO	BEM-ESTABELECIDO	PROVAVELMENTE EFICAZ	POSSIVELMENTE EFICAZ
Anorexia nervosa	■ Terapia familiar	–	■ Terapia psicanalítica para AN ■ Terapia de imagem corporal, +realidade virtual
Bulimia nervosa	–	–	■ Terapia de família para BN
Transtorno bipolar	–	Terapia focada na família para adolescentes	■ Psicoeducação familiar ■ Terapia comportamental dialética;

Fonte: adaptado a partir de Stark e Kendall, (1996a e 1996 b); Kazdin, (2005); Kendall e Hedtke, (2006 E 2006B); Barrett, Farrell, Pina, Piacentini e Peris, (2008); David e Kaslow (2008); Eyberg, Nelson e Boggs, (2008); Pelham e Fabiano (2008); Miklowitz et al. (2008); ABCT (2010).

mentos pelos quais o sistema cognitivo opera, isto é, como percebemos e interpretamos as experiências. Os produtos cognitivos (p.ex., atribuições) decorrem de como a cognição emerge da interação entre informação, estruturas cognitivas, conteúdo e processos. A psicopatologia pode estar relacionada a qualquer um desses processos em uma ou todas essas áreas (Kendall, 2006).

A maneira como cada pessoa interpreta um evento contribui para o significado atribuído e terá consequências comportamentais e emocionais para o indivíduo. Processos e conteúdos cognitivos são envolvidos em cada ato individualizado de dar sentido aos eventos ambientais. Já as estruturas cognitivas decorrem do acúmulo de experiências na memória e servem como um filtro para as próximas. A terapia cognitivo-comportamental busca prover sentido, através de experiências reais, intencionalmente acessando o conteúdo, processos e produtos (prestando especial atenção à fala interna, estilos de processamento e preferências de atribuição de sentido). Dessa forma, pode-se auxiliar o jovem a construir estruturas cognitivas que terão influências benéficas em futuras experiências.

As intervenções cognitivas oferecem um seting estruturado com atividades que desafiam as estruturas cognitivas existentes. O objetivo do tratamento é modificar a estrutura cognitiva da criança ou do adolescente para que se comporte, se sinta e pense diferente no futuro (Kendall, 2006a).

A avaliação inicial é organizada como uma investigação que necessita de elaboração de hipóteses a serem verificadas. Os testes de avaliação psicológica se inscrevem nesse processo como instrumentos de pesquisa que serão utilizados ao longo da investigação. Entende-se a avaliação como um delineamento de estudo de caso único. Nesse contexto, a conceitualização de caso é um processo dinâmico e fluido. Durante a terapia, tem-se de levar em conta a variável

Na infância, é importante observar a repetição de comportamentos que se apresentam de forma consistente ao longo do tempo, especialmente nos eventos de impacto emocional, pois essa repetição pode indicar a estrutura cognitiva e o estilo atribucional resultante após múltiplos eventos.

tempo, e revisar e refinar continuamente a imagem que temos da criança. A habilidade de elaboração e a análise de dados é desejável para a organização da conceitualização de caso.

Kendall (2006b) propõe um modelo para identificar as cognições através de eventos comportamentais de diferentes intensidades emocionais. O autor sugere que diferentes estados emocionais e imagens ocorrem em cada ponto e podem ser examinados em vários momentos ao longo do tempo. Resolução de problemas também ocorre em diferentes momentos, especialmente quando conflitos surgem. A Figura 1.1 é uma adaptação do modelo original de Kendall e apresenta as atividades cognitivas em andamento.

A **Figura 1.1** descreve os múltiplos eventos e a intensidade emocional que fazem parte da trajetória de uma pessoa em um intervalo de tempo. Essas múltiplas situações são investidas de significados e atribuições individuais. Desses fluxos de cognições decorrentes dos eventos comportamentais resultam um conjunto de crenças e estilos de atribuição e crenças estáveis. As relações entre os diferentes componentes que concorrem para o surgimento das dificuldades da criança podem ser sintetizadas através do cruzamento de informações decorrentes da história do desenvolvimento, do contexto cultural, dos antecedentes e das consequências comportamentais, das estruturas e da predisposição cognitiva e suas relações com os problemas manifestos. A **Figura 1.2** apresenta uma representação gráfica desse dinamismo.

Destaca-se ainda a importância de investigar eventos específicos e situações que desencadeiam pensamentos e sentimentos disfuncionais, avaliando como a criança se vê, assim como o contexto, como expõe eventos passados e suas expectativas para o futuro. Essas são algumas diretrizes que norteiam o terapeuta para acessar as seguintes cognições das crianças ao longo do tratamento (Shapiro, Friedberg e Bardenstein, 2006):

- Como a situação reflete em você?
- E em sua família?
- O que você pensa sobre o que acontece com você?

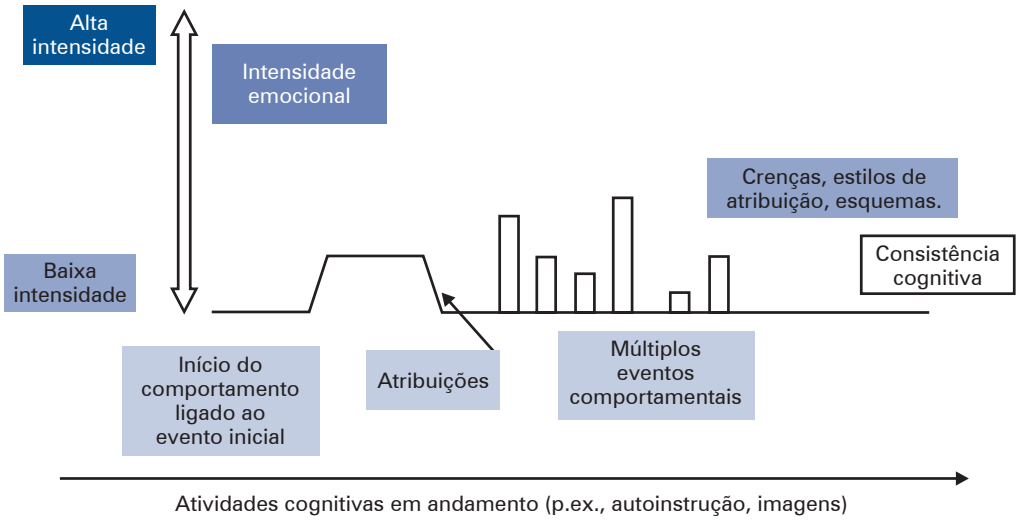


Figura 1.1
Modelo temporal de fluxo da cognição em eventos de diferentes intensidades emocionais.
Adaptado de Kendall, 2006b

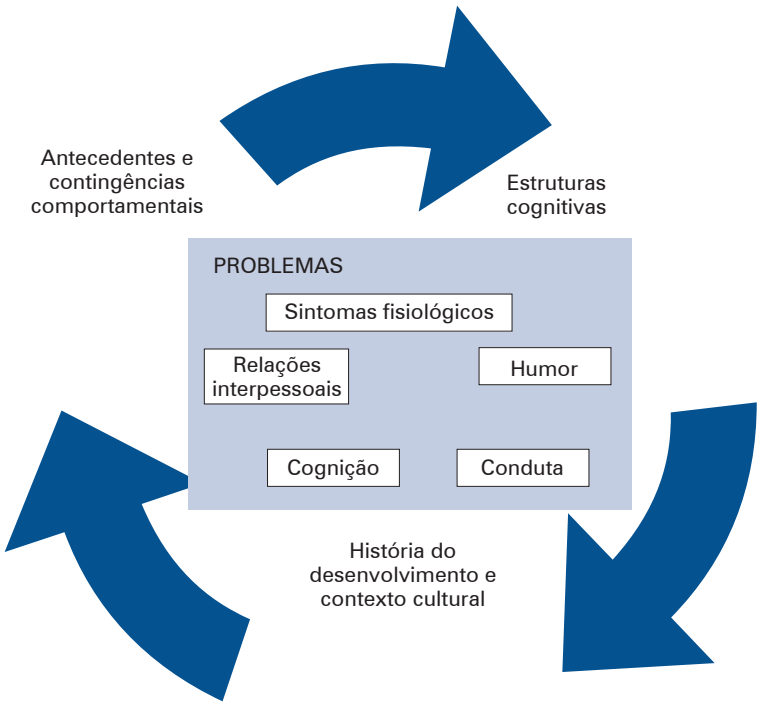


Figura 1.2
Relação entre os componentes da formulação de caso.
Fonte: adaptada de Fridberg e McClure, 2004.

- Como você explica essa situação?
- Quais são as razões para você acreditar nessa ideia? Quais são as provas para acreditar nessa visão a seu respeito? Quais seriam as provas contra esse pensamento?
- Você acha que existe outra maneira de ver essa situação?
- Qualquer um veria da mesma forma?
- Onde você aprendeu essas crenças? Quando você aprendeu isso?
- Quem falou para você sobre essa forma de ver as coisas?
- Quais são as vantagens de ver as coisas dessa forma? Quais as desvantagens?

A pergunta central sempre será: quais os pensamentos subjacentes aos atuais problemas da criança? Ou ainda quais os déficits no processamento da informação envolvidos nas condutas impulsivas?

Nas circunstâncias em que ficam evidentes comportamentos e emoções denotando o déficit de pensamentos, o terapeuta poderá se perguntar, quais percepções e pensamentos essas condutas e pensamentos podem gerar. Dessa forma, é possível oferecer à criança cognições que possam dar significado a suas ações ou ainda mostrar as contingências de tais ações. Um exemplo desse tipo de situação pode ser encontrado nos pacientes com transtornos de comportamento (oposição ou condutas transgressivas) em que há uma evidente falha no controle de contingências.

O eixo central da conceitualização é investigar os padrões e conexões entre eventos, pensamentos, emoções e comportamentos. O principal papel do terapeuta cognitivo é traduzir para a criança essas relações.

As distorções cognitivas comuns aos adultos foram descritas por Beck (1995), muitas vezes, como tendo origem na infância. A seguir, sintetizam-se os erros mais comuns de acordo com o sofrimento apresentado.

Algumas limitações são inerentes ao desenvolvimento cognitivo das crianças. Entre elas, destacam-se a baixa motivação para realizar o tratamento (não adesão às tarefas para casa é um preditor de mau prognóstico), adesão dos pais e psicopatologia nos mesmos, capacidade de comunicação e desenvolvimento cognitivo da criança. Tem-se de levar em conta que o desenvolvimento é hierárquico e não um quadro negro para ser apagado e preenchido novamente. Mesmo quando a criança muda de modo evidente, podem permanecer as sombras da adaptação anterior (Bee, 2008).

ESTRUTURA DAS SESSÕES

As consultas terão uma estrutura básica que será mantida ao longo do tratamento. A participação dos pais pode estar relacionada a essa estrutura e pode ocorrer em diferentes níveis. A interação com os cuidadores ocorrerá regularmente (semanal, quinzenal ou mensal). Os pais podem fazer parte como colaboradores ou *coaches* de seu filho. Adicionalmente, pode-se usar como alternativa de participação uma checagem nos 10 minu-

QUADRO 1.4
Problemas clínicos, técnicas de intervenção, distorções cognitivas e processos de aprendizagem

PROBLEMA CLÍNICO	INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	DISTORÇÕES COGNITIVAS COMUNS	PROCESSOS DE APRENDIZAGEM
Depressão, ansiedade e raiva.	Treinamento em relaxamento; reestruturação cognitiva; automonitoramento; testes de evidências.	Tudo ou nada; filtro mental; desqualificação do positivo; generalização; personalização; pensamento emocional; catastrofização.	Treinamento de habilidades; metacognição.
Fobias	Dessensibilização sistemática; reestruturação cognitiva.	Catastrofização; magnificação.	Condicionamento clássico; metacognição.
Solidão, rejeição pelos pares.	Treinamento em habilidades sociais; visita à escola para verificar existência de *bullying;* reestruturação cognitiva.	Pensamento dicotômico; rotulação; leitura da mente.	Aprendizagem observacional, modelagem e prática com *feedback*; metacognição.
Transtorno obsessivo-compulsivo	Exposição; prevenção de resposta; reestruturação cognitiva.	Fusão pensamento-ação; catastrofização; pensamento emocional; perfeccionismo.	Condicionamento clássico; metacognição; modelagem.
Impulsividade	Controle de Contingências (economia de fichas); modelo ABC; autoinstrução.	Déficits cognitivos (falhas de funções executivas); pensamentos "tiranos".	Condicionamento operante; metacognição.

tos iniciais de cada consulta. O envolvimento ativo dos pais no tratamento vai variar dependendo dos prejuízos, das comorbidades, da idade e do nível de desenvolvimento da criança (Albano e Kendall, 2002).

Manter a estrutura das sessões é muito importante, pois possibilita que a criança tenha certa previsibilidade do que vai ocorrer, além de funcionar como um sistema futuro para seu automonitoramento pessoal.

A estrutura da sessão e a aliança terapêutica são fatores significativos para determinação do prognóstico. Portanto, é necessário definir o foco da consulta e criar uma situação que permita manter um ambiente divertido e agradável para desenvolver o trabalho com a criança. É interessante tomar notas durante a consulta a fim de resumir e preservar avanços terapêuticos. A atividade é complementada com tarefas para casa. As tarefas são a "prescrição" em TCC. Estas serão desenvolvidas em cada capítulo de acordo com a patologia apresentada.

ASPECTOS TÉCNICOS RELEVANTES

Durante a avaliação inicial, o terapeuta comenta a formulação de sua compreensão do caso a fim de determinar os objetivos do tratamento com o paciente. Cabe observar, no entanto, que a conceitualização de caso tem mostrado divergências significativas entre terapeutas treinados, por isso sugere-se que a conceitualização seja formulada e discutida com o paciente (Padesky, 2008).

Algumas perguntas simples podem nortear nosso trabalho, tais como: Você acha que estamos trabalhando bem juntos? Como é essa tarefa para você?

É importante ter em mente que o que constrói uma aliança sólida é a escuta empática, o calor humano, a atenção e as intervenções efetivas. É interessante construir a conceitualização de caso junto com o paciente usando metáforas de imagens, com desenhos é possível torná-la simples e colaborativa. A conceitualização de caso nunca é definitiva,

QUADRO 1.5
Típica sequência de uma consulta de TCC

Verificação do Humor	Verificar o humor usando termômetro do humor (SUDS) ou simplesmente perguntando a respeito.
Verificação da tarefa para casa	Retomar o foco e dar continuidade a tópicos trabalhados em outra sessão.
Agenda da consulta	Avaliação de ocorrências entre as sessões e verificação de como o tempo da consulta será aproveitado.
Trabalho nos tópicos da agenda	Uso de protocolos (exercícios sugeridos em protocolos manualizados) ou brinquedo livre ou ambos.
Prescrição da tarefa para casa	Tarefas que possam reforçar as habilidades trabalhadas na consulta. Uso de recursos de biblioterapia (recomendação de livros ou artigos complementares ao tratamento) ou prescrição de atividades predefinidas ou construídas na sessão.
Resumo da sessão pelo terapeuta	Síntese das principais questões abordadas na sessão, favorecendo a memória de habilidades desenvolvidas na consulta e sugestões.
Feedback do paciente sobre a sessão	Avaliação geral do estado do jovem, a fim de confirmar as percepções do terapeuta.

Fonte: adaptado de Shapiro, Friedberg e Bardeinstein, (2006) e Wainer e Piccoloto (2005).

O foco da TCC é o presente e o futuro e deve ter uma fina sintonia com os objetivos do paciente, assim como uma constante avaliação por parte do paciente dos resultados obtidos no tratamento.

teremos uma no início do tratamento, outra na etapa intermediária e outra ainda no final e deve-se incluir pontos fortes do paciente. Alguns cartões de autoinstrução (cartão *flash*) podem sintetizar aspectos da conceitualização. Pacientes ansiosos e deprimidos têm dificuldade de lembrar fora das sessões e podem se beneficiar com esses cartões (Padesky, 2008).

A SALA DE ATENDIMENTO E A SELEÇÃO DE BRINQUEDOS

A sala de atendimento infantil deve ser organizada, traduzindo concretamente a estrutura do tratamento. Deve ter condições de ser rapidamente limpa, se for necessário. É pertinente dispor de uma mesa de tamanho adequado para que terapeuta e paciente possam se acomodar para desenhar. Sugere-se que o banheiro seja junto à sala, evitando ter de acessar a sala de espera para seu uso. Na sala, é interessante ter gavetas, se possível individuais, para guardar os materiais gráficos e outras produções de cada paciente.

O material de cada paciente pode ficar guardado em uma pasta individual para indicar o cuidado com a privacidade e sigilo do material produzido. Algumas sugestões de materiais individuais: massa de modelar, lápis de cor, canetinhas ou pincel atômico (dependendo da idade), giz de cera, cola, tesoura, etc.

Alguns brinquedos coletivos são interessantes de dispor na sala: Legos, fantoches para *role-play*, família com bichos, casinhas de bonecas, *kits* de construção (como de casa de madeira), instrumentos musicais, tais como teclado, gravador com microfone externo, carrinhos, animais selvagens, tecidos e materiais para costurar, bonecas tipo Poly e/ou Barbie, bolas de material flexível, equipamento para fazer bolhas de sabão (desenvolveremos o uso no capítulo sobre ansiedade), além de um quadro-negro para usar em psicoeducação.

Termômetros de sentimentos (SUDS – *Subjective Units of Discomfort Scale*) podem ser adaptados a materiais gráficos ou a brinquedos de plástico, como pequeno doutor e outros. Sugiro, ainda, manter-se atualizado quanto aos testes psicológicos disponíveis no mercado para ambas faixas etária.

É pertinente verificar as preferências e necessidades das crianças na primeira consulta e eventualmente incluir mais algum material. Por exemplo, para as crianças que passaram ou passarão por eventos hospitalares pode ser pertinente ter um *kit* médico (brinquedos que contêm estetoscópio, seringa, termômetro, etc.) disponível para mediar o acesso ao conteúdo das vivências. As situações hospitalares por vezes impõem situações que a maioria das crianças vive como estressante, como a dor. Ao concordar que o que mais estressa o ser humano é não ter controle sobre as situações, viver ativamente uma situação que foi vivida passivamente, traz a possibilidade de ressignificá-la (Petersen e Koller, 2006).

Alguns itens são considerados úteis para conduzir a reestruturação cognitiva: lentes de aumento, caleidoscópio, óculos gigantes; esses brinquedos permitem acessar diferentes formas de ver o mundo e a si mesmo. Os mais utilizados são os jogos não estruturados, pois quando a criança manifesta, através do brinquedo, temas de conflito, o terapeuta pode utilizar personagens para proporcionar explicações, confrontação ou elementos racionais que permitam a reestruturação cognitiva. Um exemplo disso é um fantoche com duas faces. Cenas em que a bruxa convida a criança a ficar em casa com ela e não enfrentar seus medos (fobia escolar) e em que a fada incentiva-a a fazê-lo sugerem ativamente que ele pode aguentar um pouco o medo, pois este aumenta e diminui (dessensibilização na imaginação).

O brinquedo permite desenvolver habilidades sociais e de enfrentamento. João (7 anos) que sofria com ansiedade de separação teve suas habilidades sociais desen-

volvidas em jogos de futebol com fantoches em que na sua imaginação foi um grande goleador.

Os jogos estruturados podem ser úteis com crianças sem limites. No Brasil há pouca disponibilidade, mas sugere-se *O estressadinho* (Lipp, 2005). Outras alternativas podem ser adaptadas como o Jogo da Vida, jogo de botões, entre outros. Esses jogos com regras podem ser facilitadores, pois criam situações que permitem trabalhar o controle da raiva, a tolerância à frustração e as habilidades sociais.

Nos casos de controle de impulsos pobre um marcador de gasolina da raiva pode ser confeccionado para ser verificado ao longo do jogo: sinaleiras (Vermelho – Pare; Amarelo – Pense; Verde – Siga para a ação) também podem ser úteis e será mais bem explicado no capítulo sobre TCC para a impulsividade (Bunge, Gomar e Mandil, 2008).

LITERATURA INDICADA

Ainda é exígua a disponibilidade de materiais no Brasil. Entre eles, destaca-se o recém lançado Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Exercícios clínicos, Barkley e Murphy (2008) e o Manual de diagnóstico e tratamento de Barkley (2008).

QUADRO 1.6
Psicopatologia ou unidade temática relevante e recursos disponíveis para psicoeducação

QUADRO PSICOPATOLÓGICO OU CRISES SITUACIONAIS	MATERIAL RECOMENDADO
Transtornos de ansiedade	*O que fazer quando você se preocupa demais*. Huebner, D. Artmed, 2009. *Quando sinto medo.* Moroney, T., Editora Ciranda Cultural, 2007.
Transtornos do sono/ansiedade	*O que fazer quando você não consegue dormir sozinho.* Huebner, D. Artmed, 2009.
TOC	*O que fazer quando você tem muitas manias.* Huebner, D. Artmed, 2009.
Situações traumáticas	*Quando alguma coisa terrível acontece*. Heegaard, M. Artmed, 2009. *O estressadinho* (Lipp, 2005).
Transtornos do humor	*O que fazer quando você reclama demais.* Huebner, D. Artmed, 2009. *Quando me sinto triste*. Moroney, T. Editora Ciranda Cultural, 2007.
Luto na família	*Quando alguém muito especial morre*. Heegaard, M. Artmed, 1998.
Doenças na família	*Quando alguém tem uma doença muito grave*. Heegaard, M. Artmed, 1998. *Blusa listrada com calça florida*. Schnurbush, B. Artmed, 2010. *Vovô teve um AVC*. Butler, D., Artmed, 2010. *Arthur vai para o Hospital*. Bennet, H. Artmed, 2010.
Separação conjugal	*Quando os pais se separam.* Heegaard, M. Artmed, 1998

(continua)

QUADRO 1.6 (continuação)
Psicopatologia ou unidade temática relevante e recursos disponíveis para psicoeducação

QUADRO PSICOPATOLÓGICO OU CRISES SITUACIONAIS	MATERIAL RECOMENDADO
Impulsividade (TDAH; TBH, etc.)	*O que fazer quando você se irrita demais*. Huebner, D. Artmed, 2009. *Quando me sinto irritado*. Moroney, T. Editora Ciranda Cultural, 2007.
TDA-H	DVDs disponíveis no *site* da Associação Brasileira de Déficit de Atenção http://www.tdah.org.br/videos/videos01.php *No Mundo da Lua*. Mattos, P. São Paulo, Lemos Editorial, 2001 *Terapia cognitivo-comportamental no TDAH – manual do paciente*. Knapp et al. Artmed, 2002.
Uso e abuso de substâncias na família	*Quando a família está com problemas*. Heegaard, M. Artmed, 1998. *Jogo RPG desafios*. Araújo, R. Vetor editora, 2009.
Enurese	*Camila faz pipi na calça*. Petigny, A. Larousse Editora, 2006.
Obesidade infantil	*João não cabe mais no seu calção*. Doinet, M. Larousse Editora, 2004.
Educação sexual	*De onde vem os bebês*. Andry e Schepp. José Olympio, 2002.
Interações familiares	*Juego de las interacciones familiares*. Editorial Akadia. *Agora sou o irmão mais velho. Uma história sobre o novo bebê na família*. Annette Sheldon, Artmed, 2009. *Agora sou a irmã mais velha. Uma história sobre o novo bebê na família.* Annette Sheldon, Artmed, 2009. *O filho por adoção. Um manual para crianças*. Weber, L. Jurua editora, 2004. *Tudo sobre adoção. Como as famílias são formadas e como as crianças se sentem*. Nemiroff, M. e Annunziata, J. Artmed, 2010.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A terapia cognitiva para crianças é muito importante, já que os transtornos na infância são preditores do curso de psicopatologia na vida das pessoas ao longo do desenvolvimento pessoal. Falhas terapêuticas ou falta de tratamentos efetivos podem resultar, para a criança vulnerável, em prejuízos no funcionamento global e ainda ter efeitos deletérios para seu desenvolvimento emocional a longo prazo.

Ressalta-se a importância de incorporar no tratamento os elementos essenciais nos protocolos baseados em evidências das TCCs, com flexibilidade de acordo com os problemas específicos de cada criança e suas famílias, levando em conta seu contexto social, histórico e cultural. Por outro lado, destaca-se a importância de junto com a ciência haver espaço para a arte do encontro humano com empatia, disposição de ajuda e gosto por brincar por parte do terapeuta.

TCC na infância – Flexibilidade com fidedignidade às técnicas consolidadas pela investigação.

A estrutura cognitiva não é apagada com o tratamento, mas novas habilidades e significados são construídos. A terapia não tem como extirpar as estruturas cognitivas ou as histórias emocionais, mas

ajuda a construir novos esquemas e novas estratégias que podem ser empregadas em lugar daquelas disfuncionais (Kendall, 2006b).

A terapia baseada em evidências vem apontando a direção preestabelecida empiricamente para cada quadro psicopatológico. Os tratamentos orientados por manuais podem servir como um bom guia ao clínico.

Bem se sabe que os tratamentos testados empiricamente têm a seleção de pacientes que obedece a fatores de inclusão e exclusão, que nem sempre podem ser seguidos na clínica. O tempo de intervenção também é predefinido e o tratamento é finalizado no tempo preestabelecido no protocolo de pesquisa. Cita-se como exemplo a experiência de conduzir um estudo quase-experimental ao investigar a efetividade de TCC para promover qualidade de vida em pessoas com AIDS. O modelo mostrou resultados alentadores para as variáveis depressão e rede de apoio social (Petersen, 2007). Os protocolos de TCC normalmente se circunscrevem entre 8 e 16 semanas. Na clínica há uma tendência atual em tratamentos modulares inspirados nos tratamentos manualizados, porém observando os devidos ajustes de caso a caso.

O desafio é exatamente a aplicação dos achados para prática clínica sem se perder a dimensão da subjetividade de cada criança que é atendida, levando em conta seu contexto. Este é o grande desafio do terapeuta de crianças: associar ciência e arte na intervenção – a ciência nos fornece achados prévios importantes e nos instiga a seguir investigando e a arte do encontro humano possibilita a vivência necessária para resultados favoráveis em psicoterapia.

REFERÊNCIAS

Abreu, C. N.; Roso, M., (2003). *Psicoterapias cognitiva e construtivista – Novas fronteiras da prática clínica*. 1a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas

Albano, A. & Kendall, P. (2002). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134.

Albano, A. M. & Kearney, C.A. (2000). *When children refuse school: A cognitive-behavioral therapy approach, therapist guide*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

American Psychiatric Association (1998).Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist, 51,* 3-16.

Barkley, R. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Manual de diagnóstico e tratamento.* Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R.& Murphy, K. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – Exercícios clínicos*. Porto Alegre: Artmed.

Barret, P.; Healy-Farrell, L. & March, J. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive compulsive disorder: A controlled trial. *J. Am Acad Child Adolsc Psychiatry,* 43, 46-62.

Barret, P. & Shortt, A. (2003). Parental involvement in the treatment of anxious children. In: Kasdin, A & Weisz, J. (org) *Evidence-based psychotherapies for children e adolescent.* (p.101-119) Guilford: New York.

Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Piacentini, J., & Peris, T. S. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 131-155.

Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: 2. theory and therapy. *Archives of General Psychiatry* 10, 561-71.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, F. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A.T.; Freemann, A. (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, J. S. (1995). Cognitive therapy: Basics and beyond. New York: Guilford Press.

Bee, E. (2008). *A criança em desenvolvimento*. 9ª. Ed. Porto Alegre: Artmed.

Bunge, E.; Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos.* Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.

David-Ferndon, C., Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 62-104.

Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996*). Treating sexually abused children & their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ellis, A, (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1988). Desarrollando los ABC de la Terapia Racional-Emotiva. In M. Mahoney & A. Freeman (org) *Cognicion y Psicoterapia.* España: Paidós Editorial.

Ellis, A. & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional emotiva*. 10ª. Edição, Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 215-237.

Friedberg, R.D., McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.* Porto Alegre: Artmed.

Kazdin, A. (2005). *Parent management training treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavioral in children and adolescents*. News York: Oxford University Press.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs.* Nova York: Norton

Kendall, P. (1992). *Stop and think.* Second edition. Temple University: Workbook Publishing, Inc.

Kendall, P. & Hedtke, K. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual. Coping Cat*. Third Edition edition, Workbook publishing.

Kendall, P. & Hedtke, K. (2006b). *The coping cat workbook.* Second edition, Workbook publishing.

Kendall, P. (2006). *Child and adolscent therapy cognitive – Behavioral procedures*. Third EditionNew York, The Guilford Press.

Lipp, M. E. N. (2004). Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções. 2º edição. Campinas: Editora Papirus.

Lipp, M. (2005) *O estressadinho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

March, J. & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual*. The Guilford Press.

March, J. & Benton,C. (2007). *Talking back to OCD. The program that helps kids and teens say "no way"- and parents say "way to go".* New York: Gilford Press.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress innoculation training*. New York, NY: Pergamon Press.

Miklowitz, D.J., Axelson, D.A., Birmaher, B., George, E.L., Taylor, D.W., Schneck, C.D., Beresford, C.A., Dickinson, L.M., Craighead, W.E., & Brent, D.A. (2008). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: Results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry,* 65(9), 1053-1061.

Novaco, R.W. (1975). *Anger Control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Heath.

Padesky, C. (2008). Comunicação oral no Workshop. *Cognitive behavioral therapy unplugged. Essential skills for everyday clinical practice*. São Paulo, 27 e 28 de setembro.

Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 184-214. http://www.abct.org/sccap/?m=sPro&fa=pro_ESToptions

Petersen, C. & Koller, S. (2006). Avaliação psicológica em crianças e adolescentes em situação de risco. *Avaliação Psicológica*, 5 (1), 55 – 66.

Petersen, C. (2007). *Avaliação de intervenção grupal para promoção de qualidade de vida em portadores de doenças crônicas: a AIDS como modelo*. Tese de Doutorado Inédita disponível no banco de teses da CAPES, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Pheula, G. & Isolan, L. (2007). Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2); 74-83

Piacentini, J.; Langley; A. & Roblek, T. (2007). *It's only a false alarm. Workbook.* NY: Oxford University Press.

Shapiro, J.; Freidberg, R. & Bardenstein, K. (2006*). Child and adolescent therapy science and art.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos – bons sentimentos. Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Stark, K. & Kendall, P. (1996a). *Taking action: A workbook for overcoming depression*. Workbook publishing Inc.

Stark, K. & Kendall, P. (1996b). *Treating depressed children: Therapist manual for taking action.* Workbook publishing Inc.

Vermon, A. (1998). *The Passport Program: A jurney through emotional, social, cognitive and self-development. Grades 1-5*. Champiaign, Illinois: Research Press.

Wainer, R. (2002). *Os processos inferenciais nos diálogos psicoterapêuticos: Correlações entre a semântica do dito e a pragmática do comunicado.* Tese de Doutorado inédita, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia da PUC-RS. Porto Alegre, RS.

Wainer, R., Piccoloto, N. M. (2005). Entrevista em psicoterapia cognitiva. In M.M.K. Macedo & L.K. Carrasco (org) *(Con)textos de entrevista: Olhares diversos sobre a interação humana* (p. 99-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.

2

Avaliação inicial de crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano

Circe Salcides Petersen

Este capítulo pretende apresentar a abordagem bioecológica como uma moldura para ver o mundo e para a avaliação de pessoas em desenvolvimento. Serão apresentados também instrumentos de medidas padronizadas que facilitam o acesso às cognições, aos comportamentos e às interações disfuncionais que a criança ou a família apresentam.

A avaliação de crianças inscreve-se em seu tempo e espaço. A ecologia do desenvolvimento humano postula que uma pessoa não existe sem seu contexto (Bronfenbrenner, 1979, 1996 e 1999). No contexto bioecológico, ocorrem múltiplos eventos que serão interpretados como de risco ou de proteção, resultando em vulnerabilidade ou acionando processos de resiliência, motivo pelo qual precisam ser cuidadosamente avaliados. Bronfenbrenner (1979, 1996) usou a metáfora das bonecas russas (**Figura 2.1**) para caracterizar esse ambiente ecológico de desenvolvimento como uma série de estruturas encaixadas uma dentro da outra.

No ambiente ecológico, o primeiro nível corresponde à pessoa e à sua família (microssistema). Esse sistema é diretamente conectado ao mesossistema, que compreende as relações existentes entre os di-



Figura 2.1
Bonecas russas

ferentes microssistemas. No mesossistema encontram-se os efeitos experimentados pelas relações (escola, creches, parentes, vizinhos, praça). Já o exossistema abrange as articulações entre pessoas envolvidas nos sistemas em que a pessoa circula e que a afetam indiretamente (trabalho, clubes de lazer, administração escolar, assistência à saúde, serviços públicos municipais, organizações de bairro, empresas privadas). Todos os níveis compõem o macrossistema em que estão contidos valores, crenças, recursos, ideias, classes sociais, estilos de vida, enfim, relações com a cultura; todos sofrem influência do tempo que inclui os eventos históricos e as mudanças econômicas (Bronfenbrenner, 1979, 1996, 1999). A **Figura 2.2** ilustra a abordagem bioecológica, que pode servir como moldura para avaliar psicologicamente uma pessoa em desenvolvimento, pois contempla o contexto, o processo, a pessoa e o tempo.

As variáveis tempo e espaço devem, fundamentalmente, ser consideradas no estudo da infância e adolescência, uma vez que estas se constituem diferentemente ao longo da história da humanidade. Por exemplo, o cenário no qual estava inserido um adolescente dos anos de 1980 era completamente distinto da nova ordem social que se estabeleceu após a queda do muro de Berlim, em 1989. Os anos de 1990 foram marcados pela globalização, as "tribos" adolescentes perderam seu sentido inicial, como aquele em que ser *punk* tinha a conotação de luta operária inglesa por emprego. No século XXI, ser *punk* é um estado passageiro caracterizado por adereços sem uma ideologia subjacente. Os movimentos culturais passaram a ter um caráter mundial, por exemplo, o movimento *hip-hop*, o *break* e o grafite abrigados pelo *rap* se estendem pelo mundo ocidental, quase gerando uma cópia de um mesmo adolescente com diferentes idiomas em diversos

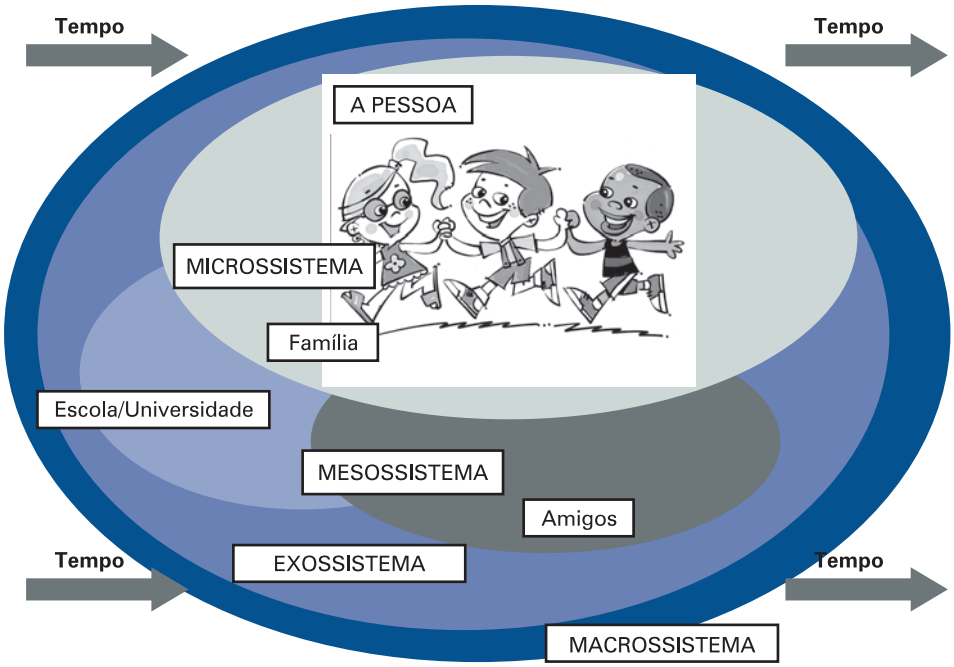


Figura 2.2
A criança e o contexto bioecológico

países. As "tribos" adolescentes se caracterizam pelo aspecto camaleônico de fim de século, em que as iniciativas culturais locais perdem espaço para a globalização, que também é um fenômeno cultural, mas muito mais acelerado (Petersen e Koller, 2006).

A avaliação de fatores de risco e proteção ao longo do desenvolvimento infantil e adolescente deve levar em conta seu panorama multidimensional e suas consequências para o método de investigação. Tal ênfase requer protocolos de avaliação que contemplem a dinamicidade das dimensões ao longo do tempo. Logo, para abarcar fenômenos culturais e individuais, os protocolos híbridos são os mais indicados, pois podem acessar resultados quantificáveis e, ao mesmo tempo, descrever fenômenos que fazem parte do processo de avaliação. Assim, avaliação e conceitualização de caso devem contemplar tanto aspectos de vulnerabilidade e resiliência em seu interjogo com fatores de risco e proteção que ocorrem de maneira dinâmica e de modo contínuo. Reinecke, Dattilio e Freeman (2006) ressaltam que o efetivo entendimento da vulnerabilidade para a psicopatologia, os processos de mudança e a efetividade do tratamento serão facilitados pela integração entre achados das terapias cognitivas e da psicologia e psicopatologia do desenvolvimento.

Um ponto importante a ser investigado é a rede de apoio social com que a criança e a família podem contar. Esta é composta basicamente pela família, amigos, relações profissionais, escolares e comunitárias. Características estruturais da rede são relevantes e coexistem, tais como: tamanho e densidade – o grau de conexão entre os membros, dispersão resultante da proximidade geográfica dos componentes da rede, homogeneidade ou heterogeneidade sociocultural – e, também, os atributos vinculares – tipos e funções de cada vínculo. A rede cumpre ainda diferentes funções ao longo do desenvolvimento humano, desde a mera companhia social, passando por apoio emocional, guia cognitivo e de aconselhamento, regulação social, ajuda material, até a facilitação de novos contatos (Sluzki, 1998).

Do ponto de vista clínico, esta moldura para ver o mundo se expressa pelo cuidado de coletar a história do desenvolvimento. Esse cuidado proporciona informações que permitem diagnosticar muitos transtornos com mais rapidez e com mais eficácia do que quando o diagnóstico enfatiza informações sobre o estado atual da criança. A história é a única forma de determinar se um transtorno é crônico ou agudo. Um panorama ao longo do tempo nos ajuda a determinar pontos fortes da criança, situações estressantes que possam mobilizar resiliência ou desencadear vulnerabilidades. Os fatores básicos como intensidade, frequência e duração dos problemas que trazem a criança à consulta também devem ser considerados.

Uma história clínica bem estruturada deve incluir dados de identificação da criança e dos pais, o motivo da consulta, a caracterização das relações familiares, os eventos significativos tanto negativos (mortes, separações e outras perdas) quanto positivos da vida familiar, as atividades que a criança realiza junto com a família (esportes, visitas, viagens, lazer, etc.), as dificuldades que os pais encontram nas práticas educativas, os dados básicos de gestação e parto e os dados do desenvolvimento. Reynolds e Kambphaus (2004) sugerem alguns marcadores desenvolvimentais a serem investigados (**Quadro 2.1**)

Além das aquisições indicadas cabe investigar de modo qualitativo o período de amamentação e apego no primeiro ano de vida. Algumas perguntas objetivas podem auxiliar, tais como: quanto tempo a mãe esteve afastada do trabalho no primeiro ano de vida? Qual a primeira pessoa que a criança costumava chamar em situação de dor ou doença? Essa investigação permite que tenhamos acesso às crenças tácitas acerca da confiabilidade dos relacionamentos (modelos internos de funcionamento psicológico inerentes ao apego). Além disso, cabe observar que há uma íntima relação entre apego precoce, estilos de apego do adulto e esquemas interpessoais. Existe ainda uma associação clara entre a segurança do apego, o humor e o ajustamento posterior (Reinecke, Dattilio e Freeman, 2006). É relevante

QUADRO 2.1
Aquisições dos primeiros anos de vida

IDADE EM QUE A CRIANÇA TEVE AS SEGUINTES AQUISIÇÕES (INDIQUE ANOS E MESES, SE POSSÍVEL):

Girar na cama		Mostrar interesse por sons	
Sentar-se sozinha		Compreender as primeiras palavras	
Engatinhar		Falar as primeiras palavras	
Ficar em pé		Falar usando frases	
Caminhar sem ajuda		Correr	
Subir escadas		Escalar obstáculos	
Descer escadas			

Fonte: Adaptado de Behavior System for Children (BASC), Reynolds e Kamphaus, 2004.

investigar aspectos de aquisição de autonomia a começar pelo período de aquisição do controle esfincteriano diurno e noturno. Podem ser pertinentes perguntas sobre como a criança e a mãe se comportavam e situações de afastamentos de curta duração.

Pode ser pertinente verificar se a criança apresentou alguma das dificuldades listadas a seguir, em caso afirmativo, descrever e informar até quando:

Considera-se pertinente a identificação de outros profissionais que se encarregam da criança, tais como pediatra e neurologista, e obter informações sobre medicamentos de uso contínuo e outros tratamentos psicológicos ou psiquiátricos prévios. As relações de amizade que a criança está construindo ao longo de sua infância são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades sociais e para a composição de rede de apoio social.

Algumas perguntas podem ser pertinentes, tais como:

Tem problemas de relacionamento ou para jogar com outras crianças?
( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, descreva: _____
_____

Briga com frequência?
( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, brigas verbais e ou físicas? _____
_____

Prefere brincar com crianças menores?
( ) Sim ( ) Não

Tem dificuldade para fazer amigos?
( ) Sim ( ) Não

Prefere brincar sozinho?
( ) Sim ( ) Não

Tem crianças na vizinhança com que ele possa brincar?
( ) Sim ( ) Não

Qual papel costuma desempenhar nos grupos (líder, agressor, etc.)? _____
_____

Quem são os melhores amigos do seu filho? _____
_____

QUADRO 2.2
Dificuldades apresentadas nos primeiros anos de vida

HABILIDADE	DIFICULDADE SIM X NÃO	DESCRIÇÃO/ PERÍODO
Dificuldade para caminhar	( )Sim ( ) Não	
Dificuldade para aquisição da linguagem	( )Sim ( ) Não	
Problemas de alimentação	( )Sim ( ) Não	
Baixo peso	( )Sim ( ) Não	
Sobrepeso	( )Sim ( ) Não	
Cólicas	( )Sim ( ) Não	
Problemas para dormir	( )Sim ( ) Não	
Transtornos alimentares	( )Sim ( ) Não	
Dificuldade para andar de bicicleta	( )Sim ( ) Não	
Dificuldade para saltar	( )Sim ( ) Não	
Dificuldade para jogar bola	( )Sim ( ) Não	

Fonte: Adaptado de Behavior System for Children (BASC), Reynolds e Kamphaus, 2004.

As atividades de lazer e esporte nas quais a criança costuma se envolver são um ponto importante a investigar, bem como se houve alguma modificação em seu padrão de interesse em período recente, como a diminuição de motivação frente às dificuldades.

No roteiro estruturado da história do desenvolvimento da BASC, no **Quadro 2.3**, é sugerida a verificação de condutas e aspectos do temperamento da criança (indicador de vulnerabilidades biológicas).

Características do temperamento têm especial relevância para a melhor compreensão do funcionamento da personalidade dos indivíduos. Freeman e Rigby (2009) observam que há a possibilidade de um substrato biogenético para os transtornos de personalidade. Beck e Freeman (2002) apontam que determinados comportamentos observados em crianças como o apego, a timidez ou a rebeldia tendem a persistir ao longo de diferentes períodos do desenvolvimento recebendo, na vida adulta, rótulos de transtornos de personalidade, tais

DICA

A avaliação e a conceitualização de caso devem contemplar tanto aspectos de vulnerabilidade e resiliência em seu interjogo quanto fatores de risco e proteção que ocorrem de maneira dinâmica e de modo contínuo.

QUADRO 2.3
Conduta e temperamento

POR FAVOR, INDIQUE SE A CRIANÇA APRESENTA ALGUMA(S) DESTAS CONDUTAS. EM CASO AFIRMATIVO, DESCREVA.

Excita-se demasiadamente nos jogos	( ) Sim	( ) Não
Parece demasiado ativo nos jogos	( ) Sim	( ) Não
É difícil manter atenção	( ) Sim	( ) Não
Parece impulsivo	( ) Sim	( ) Não
Não se controla	( ) Sim	( ) Não
Reage de forma exagerada frente aos problemas	( ) Sim	( ) Não
Esta triste a maior parte do tempo	( ) Sim	( ) Não
Se sente incomodo em conhecer pessoas novas	( ) Sim	( ) Não
Não demonstra afeto	( ) Sim	( ) Não
Requer muita atenção dos pais	( ) Sim	( ) Não
Oculta seus sentimentos	( ) Sim	( ) Não
Sente medos	( ) Sim	( ) Não
Sente tédio facilmente	( ) Sim	( ) Não

Fonte: Adaptado de Behavior System for Children (BASC), Reynolds e Kamphaus, 2004.

como dependentes, evitativo e antissocial. Kernberg e Chazan (1993) também assinalam que padrões duradouros de personalidade podem ser descritos em pré-escolares, incluindo comportamentos agressivos, estratégias de enfrentamento inflexíveis e apego inseguro.

A diferença entre distúrbios funcionais e orgânicos pode se colocar de forma muito mais clara a partir de uma boa história clínica e do desenvolvimento. Esse levantamento busca as condutas positivas da criança e não somente as problemáticas. Uma boa coleta de dados inicial deve contemplar a história da saúde da família, explorar fatores genéticos de risco que podem ser relevantes para o diagnóstico (TDAH, Transtornos do humor e ansiedade, entre outros), relações da criança em diferentes sistemas, assim como suas habilidades adaptativas.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica de crianças e adolescentes com medidas padronizadas deve envolver pais e professores e servirá não só para nortear o tratamento, mas também para controlar os progressos da criança e sua resposta a ele. É desejável que o diagnóstico esteja estreitamente ligado ao tratamento.

As medidas padronizadas são muito importantes, particularmente quando é necessário realizar *screening* em grupos numerosos. A avaliação por meio de questionários dirigidos a professores permite a obtenção de dados de um observador com muita vivência empírica em termos de questões do desenvolvimento, pois convivem e trabalham com grupos numerosos de crianças da mesma faixa etária.

Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor – EACI-P

A Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor – EACI-P (Brito, 2006), é baseada na CBCL (Child Behavioral Check List de Achenbach, 1991) e pode contribuir na investigação inicial, pois permite ter diferentes fatores aferidos pelo(s) professor(es), são eles: desatenção, hiperatividade e problemas de conduta, funcionamento independente e socialização positiva, neuroticismo e ansiedade e socialização positiva.

Escala de Déficit de Atenção com Hiperatividade

A Escala de Déficit de Atenção com Hiperatividade avalia sintomas comportamentais do TDAH, em situação escolar, tendo o professor como fonte de informação. Tem a finalidade de subsidiar a avaliação psicológica e o processo psicodiagnóstico (Benczik, 2008).

Inventário de Estilos Parentais – IEP

Para acessarmos os estilos parentais a partir da óptica da criança ou do adolescente, assim como a autoavaliação dos próprios cuidadores, podemos utilizar o Inventário de Estilos Parentais – IEP (Gomide, 2006). O inventário oferece uma medida geral do estilo parental, classificando o risco nas práticas educativas ou indicando o nível de adequação dos mesmos servindo como indicador da necessidade de aconselhamentos ou treinamento parental. O IEP contempla diferentes fatores: monitoria positiva, comportamento moral, punição inconsistente, abuso físico, negligência, disciplina relaxada e monitoria negativa. Tem duas formas de apresentação que podem ser utilizadas simultaneamente e oferece protocolos para serem respondidos pelos pais (um para a mãe e outro para o pai) sobre as práticas educativas adotadas em relação ao filho. Apresenta, ainda, um protocolo para a criança ou adolescente avaliar as práticas parentais paternas e maternas em separado. Os resultados apurados podem ser contrastados para detectar percepções discrepantes ou congruentes entre os membros da família. Os estilos parentais são classificados em ótimo, regulares ou de risco e há sugestões para possíveis intervenções, como aconselhamento, psicoeducação e treinamento parental, de acordo com os resultados (Gomide, 2006).

Avaliação de personalidade em crianças: ETPC e HTP

Para a avaliação da personalidade da criança podemos utilizar a Escala de Traço de Personalidade em Crianças, ETPC (Sisto, 2006), que investiga quatro dimensões funcionalmente independentes, estabelecidas pela investigação fatorial. Os fatores investigados são neuroticismo, socialização, extroversão e psicoticismo. Como complemento, na perspectiva preconizada anteriormente de protocolos que integrem tanto achados quantitativos quanto qualitativos, sugere-se o HTP. O desenho da casa-árvore-pessoa (HTP) é um instrumento que auxilia na elaboração de estudos de caso. O HTP pode ser empregado na tarefa de aquecimento inicial para avançar na direção de uma entrevista clínica completa (Buck, 2003).

Escalas de Estresse

Para avaliação de estresse infantil dispomos da Escala de Estresse Infantil (ESI) das autoras brasileiras Lipp e Lucarelli (2005) e a Escala de Estresse em Adolescentes (ESA) de Tricolli e Lipp (2008). As escalas de estresse se baseiam no modelo de Selye, que define o estresse como uma síndrome geral de adaptação. O conjunto de alterações fisiológicas e psicológicas produzidas no organismo é subdividido em três fases: alarme, resistência e exaustão. A escala de avaliação infantil

fornece resultados que sugerem a presença de estresse na criança, já que avalia quatro fatores: reações físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológicas. Cabe salientar que além de avaliar a presença do estresse é importante verificar a natureza do estressor ao qual a criança está ou esteve submetida. O tempo de exposição também é significativo, já que o estresse crônico terá, na maior parte dos casos, maior impacto na saúde do que o estresse agudo (Petersen, Koller e Bauer, 2005).

Situações de estresse podem servir como gatilho para a expressão de psicopatologia não existente até a exposição ao evento estressor. Também é possível determinar áreas de resiliência da criança, uma vez que o construto não deve ser entendido como invencibilidade e resulta de a criança poder apresentar, por exemplo, resiliência na área acadêmica e vulnerabilidade nas relações interpessoais.

Ao se abordar o estresse, é pertinente determinar os estressores e sua duração, já que são distintos os efeitos do estresse agudo, intermitente e crônico. O estresse crônico determinará maior atenção e acionamento rápido de esquemas de proteção à criança. Um dos fatores que mais estressa o ser humano é falta de controle; portanto, as situações de intermitência terão menor dano à medida que o sujeito tiver maior previsibilidade. Nessas circunstâncias, é possível que o sujeito possa se preparar para o próximo evento estressante, como por exemplo, situações de intervenções cirúrgicas consecutivas.

Escala de Autoconceito

A Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil – EACI-J (Sisto e Martineli, 2004) pode ser muito útil como uma medida objetiva do autoconceito da criança, que é comum estar alterado nos diferentes transtornos, tanto externalizantes quanto internalizantes. Destinada a avaliar crianças e adolescentes de maneira válida e confiável em diferentes facetas de seu autoconceito, essa escala fornece dados referentes à qualidade das relações que a pessoa estabelece consigo mesma e com ambientes específicos de seu entorno (família, social e escolar). O instrumento colabora para a identificação dos possíveis sistemas (micro e/ou mesossistema) envolvidos no baixo autoconceito da criança. Por ser simples, direta e econômica em termos de tempo, pode sugerir conflitos na escola, na família e em grupos sociais, além de desconforto pessoal.

Escalas Masculina e Feminina de Autocontrole

Alguns outros instrumentos têm mostrado relevância no âmbito clínico, entre eles as Escalas Masculina e Feminina de Autocontrole – EMAC-EFAC (Martinelli e Sisto, 2006) que permitem avaliar o autocontrole em dois fatores, estimam a percepção que a criança e o adolescente têm de si mesmos em relação a dois núcleos de conduta. Um deles se refere a regras e condutas sociais e o outro a sentimentos e emoções. Em TCC, as medidas de humor e de pensamento serão parte integrante do tratamento. É muito interessante, também, o uso de termômetros como metáforas para essa aferição sistemática do ânimo e de pensamentos quentes (SUDS – Subjective Units of Discomfort Scale, Freidberg, 2006).

Habilidades sociais

O Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC-Del-Prette, 2005) é um sistema de avaliação com recursos multimídia em CD-ROM e recursos visuais em versão impressa. O CD apresenta esquetes de vídeo que retratam situações do cotidiano escolar de crianças das séries iniciais do Ensino Fundamental. As situações criadas pelo IMHSC-Del-Prette oferecem a possibilidade da avaliação das habilidades em áreas do funcionamento socioafetivo (empatia e civilidade, expressão de senti-

mentos, comportamentos pró-sociais e cooperação, assertividade e autocontrole) que configuram a multidimensionalidade do conceito de habilidades sociais (Del Prette e Del Prette, 2006). O teste não só mensura como permite o uso do instrumento como mediador cognitivo de construção de habilidades sociais por modelagem. A criança assiste e interage com os atores através de escolhas e avaliação de condutas agressivas, passivas e assertivas. Na experiência clínica, esse instrumento tem se mostrado muito atraente para crianças e de grande valor como mediador no tratamento.

Avaliação cognitiva da inteligência, atenção e memória

Alguns instrumentos para avaliação cognitiva podem ser úteis na prática com crianças, destaca-se alguns testes para *screnning* de inteligência, atenção e memória em crianças: para *screnning* de fator G (geral) de inteligência há os seguintes instrumentos: R2, Teste dos relógios, Desenho da Figura Humana Escala Sisto (Sisto, 2005) ou o Teste Não Verbal de Raciocínio para Crianças (TNRV). Este último oferece três escores de percentil: raciocínio concreto, abstrato e analógico (Pasquali, 2005).

Para avaliar a atenção em crianças a partir dos 5 anos até a idade adulta, pode ser utilizado o Teste Computadorizado de Atenção – versão visual (TCA-vis). O teste fornece indicadores de falta de atenção e hiperatividade (Schmidt e Manhães, 2004).

Para mensurar memória de trabalho, sugere-se o TSC – Teste do *Span* de Cores (Richman e Lindgren, 2006).

Em termos de funções executivas, está disponível o Wisconsin, que mensura: capacidade de raciocínio abstrato; capacidade para modificar estratégias cognitivas em reposta as contingências ambientais mutáveis; capacidade para desenvolver e manter uma estratégia apropriada de solução de problemas. Outras medidas das funções executivas que o teste permite aferir são: planejamento estratégico, exploração organizada, *feedback* ambiental para mudar contextos cognitivos e direcionar um comportamento para alcançar objetivos (Cunha et al., 2005).

Provas e escalas complementares

Algumas provas e escalas complementares têm se mostrado úteis, entre elas destca-se a Escala de Pontuação para Pais e Professores MTA SNAP –IV (Swanson, Nolan, Pelham, Version IV, *parenting and teacher rating scale, mean of parent and teacher scores*) que serve como apoio para *check list* dos itens do DSM-IV. Fundamental para o diagnóstico clínico do TDAH, está disponível no *site* da Sociedade Brasileira do Déficit de atenção (ABDA), http://www.tdah.org.br/diag01.php.

Salienta-se a importância da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças WISC-III-R, que tem sido o instrumento de excelência para avaliação da cognição na infância no Brasil. O desempenho no instrumento é resumido em três medidas compostas: QIs verbal, de execução e total, que oferecem estimativas das capacidades intelectuais dos indivíduos, além de estimativas em quatro índices fatoriais: compreensão verbal, organização perceptual, resistência à distração e velocidade de processamento das informações (Wechsler, 2008). Está disponível nos Estados Unidos a WISC-IV que retira a ênfase do conhecimento cristalizado para a contribuição do raciocínio fluido, a memória de trabalho e a velocidade de processamento (Papolos e Papolos, 2006). Esperamos que em breve essa nova versão possa estar disponível aos psicólogos brasileiros.

Para abordar a capacidade imaginativa da criança, estão disponíveis no mercado os testes das Fábulas e o TAT. O teste das Fábulas é uma técnica projetiva com construto sustentado a partir da abordagem psicodinâmica. O instrumento pode ser avaliado a partir do enfoque de Erikson, examinando as verbalizações quanto a vulnerabilidades relacionadas às crises desenvolvimentais descritas pelo autor no clássico *As oito idades do homem*, (Erikson, 1976; Cunha e Nunes, 1993). O teste apresenta lâminas

pictóricas em que a criança deve resolver tarefas psicossociais de acordo com cada período no contexto das relações com pais, família e sociedade. O teste tem se revelado na clínica da terapia cognitiva um instrumento útil para verificar a capacidade de a criança resolver problemas relacionais. Pesquisas terão de ser realizadas a fim de verificar sua adaptação à leitura do inconsciente cognitivo. O laboratório de psicologia de Paris apresentou algumas contribuições relevantes quanto ao uso do TAT com crianças. Sugere-se que este possa ser aplicado em crianças a partir de 8 anos, de modo que a mera descrição das lâminas em lugar de histórias inventadas a partir do estímulo, pode indicar a precariedade da capacidade imaginativa e indicar fator de risco para somatizações (Petersen e Koller, 2006).

DIMENSÃO QUALITATIVA DA AVALIAÇÃO

A qualidade da relação estabelecida com o terapeuta e a capacidade de brincar da criança, são fatores clinicamente observáveis com valor prognóstico da evolução do caso. As reações e os sentimentos despertados pela criança no terapeuta também são fatores relevantes que informam o que o paciente costuma provocar nas pessoas devido a seus comportamentos. O jogo é uma conduta inata e aprendida, com funções evolutivas de adaptação e com características terapêuticas que favorecem mudanças cognitivas e comportamentais. Em TCC com crianças, torna-se fundamental estabelecer uma boa aliança de trabalho e o jogo é uma forma de comunicação humana por excelência, um facilitador da aproximação. Nesse enfoque, a posição do terapeuta será mais diretiva, cujo objetivo é manter o foco da intervenção (Bungue, 2003). A brincadeira é abordada na literatura como um recurso estimulante do desenvolvimento infantil e como meio facilitador da aprendizagem. O brincar é visto não só como um divertimento, mas, principalmente, como um material de aprendizagem que leva ao desenvolvimento dos processos cognitivos e de comportamentos socialmente aceitos (Bomtempo, 1999).

A brincadeira é a principal atividade da infância. Ressalto principalmente a influência que essa atividade exerce no desenvolvimento infantil. Vygotsky (1991, citado por Cordazzo e Vieira, 2007) ressalta que a brincadeira cria as zonas de desenvolvimento proximal, e estas proporcionam saltos qualitativos no desenvolvimento e na aprendizagem. Ela é o caminho real para transição para etapas subsequentes do desenvolvimento. Com a utilização de brinquedos não estruturados, encontra-se mediadores que permitem o acesso ao sistema cognitivo da criança. O brinquedo em TCC tem um caráter mais diretivo e educacional do que a postura interpretativa utilizada em *play-therapy* (psicanálise).

A integração de todos os dados quantitativos e qualitativos determinará a finalização da avaliação inicial. Na análise e integração dos achados, cabe levar em conta a dimensão evolutiva do desenvolvimento e, para isso, é pertinente revisar os parâmetros inerentes a cada etapa. O quadro a seguir pretende sintetizar e destacar alguns aspectos considerados relevantes.

Ao examinar esse quadro sintético, pode-se ter alguns parâmetros importantes para avaliação de crianças e adolescentes. Como foi dito, é recomendável levar em conta as variáveis desenvolvimentais antes de conceitualizar o caso. As estratégias escolhidas devem observar o desenvolvimento, o contexto e, finalmente, o quadro psicopatológico apresentado pela criança. Uma das aquisições que se destaca a partir do quadro é a metacognição, condição essencial para as estratégias cognitivas. Ela resume a capacidade de a pessoa ter consciência de seus atos e pensamentos ou a compreensão que as pessoas têm de seu próprio funcionamento cognitivo (Sternberg, 2008). A observação do estágio do desenvolvimento norteará a escolha das técnicas de intervenção, bem como o nível de participação dos pais no tratamento. Também é importante estar atento

QUADRO 2.4

Estágios do desenvolvimento e intervenções indicadas

ESTÁDIO DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO (PIAGET)	ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO MORAL /COGNIÇÃO SOCIAL (KOHLBERG)	SÍNTESE DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	DESENVOLVIMENTO DO *SELF* E SOCIAL	ÊNFASE EM INTERVENÇÕES	INTERVENÇÃO COM PAIS	GRAU DE LIMITAÇÕES NA TCC
Pré-operacional (2 a 6 anos)	Moralidade pré-convencional Estágio 1- Orientação para punição e obediência (até 6 anos)	Constância de gênero; inclusão de classe; conservação de massa e número; decorar e outras estratégias de memória Início da metacognição (6 a 7 anos) Egocentrismo (a criança não entende que as pessoas têm perspectivas diferentes da dela)	Autocontrole flexível; autoconfiança; iniciativa; Início da empatia (3 a 5 anos) Papel sexual estereotipado; imitação de modelos do mesmo sexo (6 a 7 anos)	Comportamentais	Indispensável	Alto
Operatório concreto (ensino fundamental)	Moralidade pré-convencional Estágio 2 – hedonismo ingênuo; individualismo, propósito instrumental de troca Amizade baseada em confiança recíproca (7 a 9 anos) Estágio 3 de Kohlberg (10 a 12 anos – bom menino/boa menina). As descrições dos outros começam a incluir qua-	Lógica indutiva; conservação de peso Utiliza cada vez melhor as operações concretas.	Grupo do mesmo sexo (6 a 12 anos) Amizades duradouras Senso de atividade (competência); ajustamento escolar Entendimento social (equidade, justiça)	Comportamentais e cognitivas	Desejável	Moderado

(continua)

QUADRO 2.4 (continuação)
Estágios do desenvolvimento e intervenções indicadas

ESTÁDIO DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO (PIAGET)	ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO MORAL /COGNIÇÃO SOCIAL (KOHLBERG)	SÍNTESE DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO	DESENVOLVIMENTO DO *SELF* E SOCIAL	ÊNFASE EM INTERVENÇÕES	INTERVENÇÃO COM PAIS	GRAU DE LIMITAÇÕES NA TCC
	lidades internas e mais complexas					
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	Comportamentais e cognitivas	Desejável	Baixo
Adolescência intermediária e final Adulto	Nível III: moralidade de princípios pós-convencional Estágio 5- Contrato ou utilidade social e direitos individuais: Agir para obter bem maior para o maior número de pessoas. Importância de vida e liberdade individual. Estágio 6- Princípios éticos universais. O adulto segue princípios éticos escolhidos por ele mesmo para determinar o que é certo.	Assumir flexivelmente a perspectiva alheia, pensamento "como se"	Amizades leais (mesmo sexo) Início de relacionamentos heterossexuais; emancipação; identidade	Comportamentais e cognitivas	Desejável	Baixo

Fonte: Adaptado de Bee (2008); Bunge, Gomar e Mandil, (2008).

aos diferentes graus de limitações da TCC, de acordo com a etapa do desenvolvimento. Com os pré-escolares a TCC terá de envolver os pais de forma intensa, já que as limitações são altas.

Dica

As estratégias escolhidas devem observar o desenvolvimento, o contexto e, finalmente, o quadro psicopatológico apresentado pela criança.

A avaliação é um dos momentos mais importantes da abordagem de um caso, pois continua após o início do tratamento e poderá indicar sua eficácia. No Brasil, ainda não está muito difundida a ideia de reavaliação de um caso no término de um tratamento. No entanto, a reaplicação de alguns instrumentos psicométricos ao final do tratamento pode ser conveniente para aferir as conquistas deste. Serão pertinentes teste e reteste de medidas que podem apresentar variabilidade ao longo do tempo sob ação de intervenção, já que sabemos que medidas fatoriais de personalidade e de fator geral de inteligência são consistentes ao longo do tempo. Dessa forma, contrasta-se os resultados antes e depois do tratamento, como habitualmente se faz nos delineamentos de estudos de efetividade no âmbito da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de crianças está colocada em um cenário bioecológico em que as variáveis individuais e sistêmicas estarão superpostas. Do ponto de vista clínico, a história do desenvolvimento da criança e da família deve ser contemplada e associada à avaliação das funções mentais, a descrições comportamentais e de personalidade. Nesse cenário, as medidas padronizadas se mostram efetivas não só com objetivo diagnóstico e prognóstico, mas também como a possibilidade de mensuração de resultados de tratamento (teste e reteste com os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial). Nesse capítulo há sugestões de alguns testes disponíveis no mercado nacional, mas é imprescindível que o terapeuta se mantenha atualizado quanto a novos lançamentos na área. Cabe ressaltar que alguns instrumentos citados (EACI-P, SNAP IV e *Span* de cores) não fazem parte da lista do CFP e só devem ser utilizados como provas complementares associadas ao uso de medidas validadas.

REFERÊNCIAS

Bee, E. (2008). *A criança em desenvolvimento*. 9ª. Ed. Porto Alegre, Artmed.

Beck, A.; Freeman, A. & Davis, D. *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre, Artmed.

Brito, G. (2006). *EACI-P Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para Professor: manual.* 1ª. Edição, São Paulo, Vetor editora.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).

Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operacional models. In S. L. Friedman & T. D. Wachys (Eds.), *Measuring and concepts* (p.3-28). Washington, DC: American Psychological Association.

Bomtempo, E. (1999). Brinquedo e educação: na escola e no lar. *Psicol. esc. educ*;3(1):61-69.

Buck, J. (2003). *HTP casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. São Paulo, Vetor editora.

Bungue, E. (2003) *Conceptos Básicos de la terapia Cognitiva en Niños*. Disponível no *site* http://www.etci.com.ar, acessado em 20/07/2008.

Cordazzo, S. & Vieira, M. (2007) A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. *Estud. pesqui. psicol*. v.7 n.1 Rio de Janeiro.

Cunha, J.; Nunes, M.L. (1993). *Teste das Fábulas forma verbal e pictórica*. São Paulo, CETEPP editor de testes e Pesquisa em psicologia.

Cunha, J.; Trentini,C.;Argimon, I.; Oliveira, M.; Werlang, B. & Prieb, R. (2005) *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Del Prette, Z. (2005). *Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC-Del-Prette)*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2006). Psicologia educacional, forense e com adolescente em

risco: prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. *Aval. psicol.*, vol.5, nº1, p.99-104.

Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*. 2ª edição, RJ, Zahar editores.

Freeman, A.; Rigby (2006). Personality Disorders among children and Adolescents is it on unlikely diagnosis? In Reinecke; Dattilio e Freeman (2006). *Cognitive therapy with children and adolescents. A casebook for clinical practice.* New York, The Guilford Press.

Gomide, P. (2006). *Inventário de estilos parentais IEP: modelo teórico- manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis, Editora Vozes.

Kernberg, P. & Chazan, S. (1993). *Criança com Transtornos de comportamento*. Porto Alegre, Artmed.

Lipp, M. & Lucarelli, M. (2005). *Escala de estresse infantil – ESI*. São Paulo, Casa do psicólogo.

Martinelli, S. & Sisto, F. (2006) *EFAC & EMAC – Escala Feminina de Autocontrole e Escala Masculina de Autocontrole*. São Paulo, Vetor Editora.

Papolos, D. & Papolos, J. (2006). *The bipolar child. The defititive and reassuring guide to childhood's most misunderstood disorder*. Third Ed. New York, Broadway Books.

Pasquali,L. (2005) *TNVRI – Teste de Inteligência Não Verbal*. São Paulo, Vetor Editora.

Petersen, C. & Koller, S. (2006) Avaliação psicológica em crianças e adolescentes em situação de risco. *Avaliação Psicológica*, 5 (1), pp.55 a 66.

Petersen, C.; Koller, S. & Bauer, M. (2004) Psiconeuroimunologia e bioecologia: lentes superpostas para compreender os processos de saúde e doença ao longo do desenvolvimento humano. In *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil.* Org. Koller. S. - São Paulo : Casa do Psicólogo, 2004. – p. 401-429.

Reinecke M.; Dattilio, F. & Freeman, A. (2006). *Cognitive therapy with children and adolescents. A casebook for clinical practice.* New York, The Guilford Press.

Reynolds, C. & Kamphaus (2004). *Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes*. Tea Publicaciones de Psicologia Aplicada, Madrid.

Richman, L. & Lindgren, S. (2006). *TSC – Teste de Span de Cores*. São Paulo, Vetor Editora.

Schmidt SL, Manhães AC. (2004) *Teste computadorizado da atenção versão visual (TCA Vis)*. Rio de Janeiro: Neuropsicologia Cognitiva.

Sisto, F. (2005) *Desenho da Figura humana: Escala Sisto*. São Paulo, Vetor Editora.

Sisto, F. (2004) *ETPC – Escala de Traços de Personalidade para Crianças*. São Paulo, Vetor Editora.

Sisto, F. & Martinelli, S. (2004) *Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil – EAC-IJ*. São Paulo, Vetor Editora.

Sluzki, C. (1998). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2008). *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III)*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

3

Habilidades sociais na infância: avaliação e intervenção com a criança e seus pais[1]

Zilda A. P. Del Prette
Margarette Matesco Rocha
Almir Del Prette

A avaliação e a intervenção das habilidades sociais na infância têm despertado crescente interesse, possivelmente devido às evidências quanto à função protetora desse repertório sobre o desenvolvimento e quanto à sua correlação com a competência acadêmica e com a redução dos problemas de comportamento. Esses aspectos são fundamentais tanto para os pais quanto para o clínico – principalmente aqueles que adotam a perspectiva cognitivo-comportamental – e outros profissionais que trabalham com crianças que apresentam diferentes tipos de transtornos.

Neste capítulo são apresentadas algumas diretrizes para compreensão, avaliação e intervenção no repertório de habilidades sociais da criança, destacando-se o papel dos pais nesse processo. Esse foco é ilustrado com a descrição de uma intervenção psicológica que visou promover habilidades sociais educativas de pais de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) produzindo impacto positivo nas interações familiares e gerando mudança de comportamentos dos filhos.

A IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES SOCIAIS NA INFÂNCIA

A exposição da criança a diversas situações sociais, principalmente fora do contexto familiar, requer um amplo repertório de habilidades sociais elaborado para lidar de maneira efetiva e eficiente com a multiplicidade de demandas encontradas nessas situações. Esse repertório contribui para relações harmoniosas da criança com colegas e adultos e apresenta correlação positiva com indicadores de bom funcionamento adaptativo, como rendimento escolar, responsa-

[1] Este capítulo resume parte das elaborações conceituais do primeiro e terceiro autores e ilustra uma pesquisa de intervenção desenvolvida pela segunda autora em seu doutoramento, orientado pela primeira. Todos os autores pertencem ao Grupo de Pesquisa em Relações Interpessoais e Habilidades Sociais (http://www.rihs.ufscar.br).

bilidade, cooperação e independência (Del Prette e Del Prette, 2005a). Conforme esses autores,

- As habilidades sociais constituem fator de proteção para uma trajetória de desenvolvimento satisfatória atuando na prevenção de problemas na infância (desempenho escolar e problemas de comportamento) e seus desdobramentos na idade adulta (depressão, problemas conjugais, realização profissional, etc.).
- Inversamente, um repertório pobre de habilidades sociais pode constituir fator de risco para o rendimento escolar e a socialização, tendo consequências desfavoráveis para o desenvolvimento saudável da criança.

No âmbito da escolarização, as habilidades sociais, reconhecidas como facilitadores acadêmicos por seu impacto sobre o rendimento do aluno (Del Prette e Del Prette, 2005a, 2005b; Del Prette, Del Prette, Oliveira, Vance e Gresham, s.d.; DiPerna e Elliott, 1999; Feitosa, Matos, Del Prette, e Del Prette, 2009). Crianças com habilidades mais elaboradas tendem, via de regra, a apresentar melhor rendimento escolar. Isso pode ser explicado tanto pelo efeito que produzem em termos de relações interpessoais satisfatórias estabelecidas com os integrantes do contexto escolar (professores e pares) como pela instrumentalização da criança em solicitar informações, fazer perguntas, participar da aula, discutir, expor suas dúvidas, etc. Nesse sentido, deveriam ser contempladas em serviços oferecidos às crianças com dificuldades de aprendizagem (DiPerna, 2006) e estendidas a todas no contexto escolar (Del Prette e Del Prette, 2005b).

Com relação aos problemas de comportamento, há amplas evidências de que crianças socialmente habilidosas apresentam menores índices de comportamentos indesejáveis e melhor desenvolvimento socioemocional. Nesse sentido, as habilidades sociais são concebidas como funcionalmente equivalentes, competindo e substituindo os problemas de comportamento por produzirem consequências imediatas similares para a criança, sem as consequências negativas dos problemas de comportamento a seu desenvolvimento emocional e ao ambiente social (Bandeira, Rocha, Souza, Del Prette e Del Prette, 2006; Gresham, 2009). À medida que as crianças são incentivas em habilidades sociais, elas podem deixar de apresentar problemas de comportamento.

> Por exemplo, o comportamento de empurrar o colega que desrespeitou a fila compete com o de lhe dizer polidamente que deve ocupar outro lugar.

Portanto, para uma competição eficaz, as habilidades sociais precisam ser iguais ou mais eficientes que os comportamentos concorrentes. Um repertório elaborado de habilidades sociais pode ter um importante papel na prevenção dos problemas de comportamento e de suas consequências futuras, como a rejeição pelos pares, relacionamentos interpessoais pobres e comportamentos antissociais (Bandeira et al., 2006; Meier, DiPerna e Oster, 2006).

CONCEITOS BÁSICOS DO CAMPO DAS HABILIDADES SOCIAIS

O uso adequado dos recursos do campo das habilidades sociais depende de uma clara compreensão das bases conceituais dessa área. Para isso, é fundamental uma definição precisa dos termos desempenho social, habilidades sociais e competência social, que não devem ser considerados equivalentes (Del Prette e Del Prette, 1999; 2001; 2005b; 2009, s.d.).

- **Desempenho social** é qualquer tipo de comportamento emitido na relação com outras pessoas, incluindo tanto os que favorecem quanto os que interferem na qualidade dos relacionamentos.

- **Habilidades sociais** são as classes de comportamentos sociais que, quando emitidas, contribuem para um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas, aumentando a probabilidade de consequências reforçadoras.
- **Competência social** é um termo avaliativo do desempenho de habilidades sociais e dos resultados obtidos para o indivíduo e para seus interlocutores na interação com outras pessoas.

Sendo uma avaliação de desempenho em uma tarefa de interação social, a caracterização de competência social depende de um conjunto de critérios, listados no **Quadro 3.1**.

Os critérios supracitados permitem caracterizar dois aspectos fundamentais da funcionalidade da competência social: a função instrumental (efeitos positivos da interação imediata para o indivíduo sob análise) e a função ética (efeitos positivos sobre a relação, a médio e longo prazo, ou seja, considerando-se os interlocutores envolvidos na interação (Del Prette e Del Prette, 2001; 2005b, s.d.; Del Prette e Del Prette, s.d.). Essa função ética impede de avaliar como socialmente competentes os comportamentos bem-sucedidos que caracterizam, por exemplo, a sedução, a exploração, a coerção disfarçada, as sociopatias, etc.

Em outras palavras, a disponibilidade de habilidades sociais no repertório do indivíduo é vista como condição necessária, mas não suficiente, para um desempenho socialmente competente, por supor coerência entre comportamentos, pensamentos e sentimento, o autocontrole sobre a ansiedade e outros processos emocionais associados (Del Prette e Del Prette, 2001; 2005b).

Algumas premissas devem ser consideradas ao se avaliar e ao se propor programas de habilidades sociais (Del Prette e Del Prette, 1999, 2001, 2005b, 2009, s.d.):

- As habilidades sociais são aprendidas ao longo da vida e, portanto, quando as condições iniciais são desfavoráveis, pode-se estabelecer novas condições de aprendizagem (por exemplo, programas especiais associados ou não a um atendimento clínico).
- As habilidades sociais são situacionais-culturais e dependem de valores, normas e regras característicos de uma cultura ou subcultura. Assim, comportamentos que contribuem para a competência social em um contexto podem ser diferentes daqueles que contribuem em

QUADRO 3.1
Critérios de avaliação da competência social

1. Atingir os objetivos da interação: por exemplo, um pedido atendido, evitação ou solução de um problema, resposta a uma dúvida.
2. Melhorar ou ampliar o autoconceito e a autoestima dos envolvidos: sensações e sentimentos positivos quanto aos comportamentos e consequências da interação, melhoria de *status* social.
3. Manter ou melhorar a qualidade da relação: sentimentos e pensamentos positivos em relação ao outro.
4. Equilibrar as trocas entre os interlocutores: ganhos equivalente a médio e longo prazo (relação ganha-ganha).
5. Manter ou ampliar os direitos interpessoais: dignidade e respeito garantidos ou ampliados.

Fonte: Del Prette e Del Prette, 1999; 2001; 2005b; 2009, s.d.

outro. Por exemplo, as habilidades de falar em público no contexto de trabalho são bem diferentes dessa mesma habilidade no contexto de lazer.

- As normas culturais têm relação com características sociodemográficas, etapas de desenvolvimento e papéis sociais. Por exemplo, os comportamentos sociais que contribuem para a competência social na infância podem ser bastante diferentes daqueles que contribuem na adolescência ou idade adulta; as habilidades esperadas/valorizadas para o sexo feminino são relativamente diferenciadas das do sexo masculino; as habilidades requeridas em determinadas funções ocupacionais são diferentes das requeridas em outras.

Considerando essas premissas, quais habilidades sociais na infância deveriam ser foco de atenção especial por parte de pesquisadores e terapeutas?

Em uma tentativa de organizar as habilidades mais relevantes para crianças, destacadas na literatura da área, Del Prette e Del Prette (2005b) propuseram um sistema de sete classes consideradas prioritárias em programas de intervenção educacional ou terapêutica (Del Prette e Del Prette, 2005a):

- Civilidade
- Empatia
- Assertividade
- Autocontrole e expressividade emocional
- Capacidade de fazer amizades
- Habilidades sociais acadêmicas
- Solução de problemas interpessoais

As habilidades sociais são, portanto, conjuntos particulares de comportamentos diretamente observáveis que ocorrem nas interações sociais e que apresentam, em determinado contexto cultural-situacional, alta probabilidade de gerar resultados positivos para a criança e para sua relação com as demais pessoas (Del Prette e Del Prette, 2009).

A APRENDIZAGEM DE HABILIDADES SOCIAIS NA INFÂNCIA

Os principais agentes de socialização na infância são pais, professores e colegas. O processo de aprendizagem de habilidades sociais ocorre principalmente por meio de três processos (Del Prette e Del Prette, 1999; 2001): a instrução, a modelagem (por meio de liberação de consequências e reforçamento diferencial) e a modelação. Pais e professores são os principais agentes desses processos quando estabelecem relações educativas com as crianças. A consecução bem-sucedida dessa tarefa requer um conjunto de ações que Del Prette e Del Prette (2001, p.95) definem como habilidades sociais educativas.

> Habilidades sociais educativas são aquelas intencionalmente voltadas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do outro, em situação formal ou informal.

No contexto deste capítulo, as habilidades sociais educativas (HSE) são de particular interesse. Del Prette e Del Prette (2008) argumentam que elas somente podem ser chamadas de educativas se produzem ou apresentam alta probabilidade de produzirem mudanças positivas no repertório comportamental do educando. Portanto, essa noção implica a necessidade de avaliar os efeitos ou a função dos comportamentos dos pais sobre o comportamento dos filhos.

Um bom repertório de habilidades sociais na infância, assim como em momentos posteriores, depende das condições de aprendizagem e das oportunidades de desempenho e aperfeiçoamento, encontradas ao longo da vida. Quando as condições ambientais (familiar e escolar) são restritivas ou inadequadas à aprendizagem e/ou ao desempenho socialmente competente, podem ocorrer déficits de habilidades sociais que comprometem a competência social.

Entre algumas das condições desfavoráveis (em parte associadas a práticas pa-

QUADRO 3.2
Alguns fatores de risco para a aprendizagem e desempenho de habilidades sociais

- Dificuldade de discriminação e processamento; problemas de comportamento
- Falta de conhecimento sobre as normas e regras sociais
- Falhas de reforçamento
- Restrição de oportunidades e modelos
- Ausência de *feedback*
- Excesso de ansiedade interpessoal
- Problemas de comportamento concorrentes

Fonte: Del Prette e Del Prette 1999; 2001a; 2005a; Gresham, 2009.

rentais pouco efetivas ou negativas) para a aprendizagem e para o aperfeiçoamento das habilidades sociais, podem ser destacadas no **Quadro 3.2**.

A identificação desses fatores (ver Quadro 3.2) remete às contingências do ambiente da criança que favorecem e/ou dificultam a aquisição e o desempenho de comportamentos sociais necessários para a competência social. Essas contingências devem ser incluídas como fatores a serem alterados no processo de intervenção, pois estão associadas a diferentes tipos de déficits de habilidades sociais. Dependendo da gravidade, estes somente podem ser superados por meio de programas específicos ou de um atendimento clínico que inclua esse tipo de programa. A identificação do tipo de déficit é importante porque sinaliza os procedimentos requeridos na intervenção, conforme definidos por Del Prette e Del Prette, (2005a, b) (**Quadro 3.3**).

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIA SOCIAIS

Um programa de habilidades sociais pode ser definido como a estruturação de procedimentos visando ampliar ou melhorar o

QUADRO 3.3
Tipos de déficits e procedimentos

TIPO DE DÉFICIT	PROCEDIMENTOS/TÉCNICAS
Déficit de aquisição – não ocorrência da habilidade diante das demandas do ambiente	Ensino de novos comportamentos por meio de procedimentos de modelagem, instrução, ensaio comportamental, instrução e rearranjo ambiental para facilitar a sua ocorrência e instalação no repertório da criança.
Déficit de desempenho – ocorrência da habilidade com frequência inferior à esperada diante das demandas do ambiente.	Rearranjo de contingências ambientais, em termos dos antecedentes (estabelecimento de ocasião e dicas para a ocorrência do comportamento) e consequentes (estratégias de reforçamento, *feedback*, contrato comportamental, etc.) de modo a ampliar a probabilidade de sua ocorrência.
Déficit de fluência – ocorrência dos comportamentos importantes, mas com dificuldade e baixa proficiência.	Ampliar as oportunidades de acesso a modelos eficientes, prover instrução sobre padrões esperados de desempenho social e garantir contingências positivas para as melhoras da criança em direção a tais padrões.

repertório de habilidades sociais e reduzir comportamentos concorrentes, melhorando a competência social em todos os critérios de funcionalidade já referidos (Del Prette e Del Prette, 2001; 2005; s.d.; Elliott, Sheridan e Gresham, 1989; Merrel e Gimpel, 1998).

Desse modo, o planejamento de intervenções potencialmente efetivas implica uma avaliação inicial detalhada dos déficits e dos recursos que impactam sobre a competência social e das condições ou dos fatores a eles associados, incluindo a identificação dos comportamentos concorrentes (Del Prette e Del Prette, 2001; s.d.; Del Prette e Del Prette, 2005, s.d.).

Dado o caráter situacional e cultural das habilidades sociais e as múltiplas dimensões presentes em um desempenho socialmente competente, recomenda-se na avaliação do repertório social adotar um delineamento multimodal (Cartledge, 1996; Del Prette e Del Prette, 2005a). Essa perspectiva produz diferentes indicadores de competência social e permite contemplar o caráter situacional das habilidades sociais, amenizando as limitações inerentes a cada um dos diferentes tipos de instrumentos e procedimentos de avaliação de habilidade sociais, como assinalado por Del Prette, Monjas e Caballo (2006) e por Del Prette e Del Prette (2005a). Portanto, a avaliação de recursos, déficits e comportamentos concorrentes pode incluir os indicadores listados na **Quadro 3.4**.

Em resumo, o delineamento multimodal, decorrente da multidimensionalidade do conceito de competência social, requer uma análise integrada dos indicadores de competência social obtidos. Considerando esses aspectos, Elliott e colaboradores (1989) apresentaram uma síntese dos tipos de produtos resultantes da avaliação realizada por diferentes informantes por meio de diferentes instrumentos.

Embora não haja consenso sobre a sequência da aplicação dos instrumentos de avaliação, Del Prette e colaboradores (2006) recomendam começar com as escalas de avaliação de comportamento, que permitem identificar as áreas deficitárias e os recursos do repertório social das crianças. Em seguida, seria realizada a entrevista, ampliando a compreensão dessas áreas, inclusive sobre os componentes afetivos e cognitivos da atuação social e permitindo levantar hipóteses sobre as relações funcionais desses comportamentos com outras variáveis. Finalmente, seria realizada a observação direta como forma de refinar essas hipóteses e relações. Ainda nessa etapa, poderiam ser aplicadas medidas sociométricas, buscando informações sobre o impacto dos comportamentos das crianças em seus pares.

QUADRO 3.4

Indicadores importantes para uma avaliação multimodal das habilidades sociais

- Frequência de habilidades específicas e condição em relação ao padrão esperado para o contexto e para as condições sociodemográficas da criança;
- características topográficas dos comportamentos sociais (volume de voz, gestos, expressão facial, postura, etc.) que podem impactar sobre sua funcionalidade;
- comportamentos problemáticos e possível função concorrente com o desempenho de habilidades sociais;
- dificuldade para desempenhar habilidades específicas (ansiedade, custo de resposta; problemas orgânicos, transtornos psicológicos associados, etc.);
- compreensão de normas e regras sociais quanto aos desempenhos esperados;
- importância de desempenhos específicos por parte dos significantes (em geral, adultos);
- características adicionais e outros comportamentos adaptativos: desempenho acadêmico, responsabilidade, independência e cooperação, *status* sociométrico.

Fonte: Del Prette e Del Prette, 2005a; 2006.

QUADRO 3.5
Produtos de avaliações por diferentes informantes e instrumentos.

INFORMANTE	AVALIAÇÃO EFETUADA
Professores (Inventários e testes)	Estimativa da frequência do comportamento Estimativa da importância das habilidades sociais pelo professor Estimativa dos déficits de desempenho e aquisição Diretrizes para entrevistar o professor e realizar observações diretas
Professores (Entrevistas)	Delimitação dos comportamentos-alvo Análise funcional dos comportamentos em situações específicas Seleção do comportamento-alvo baseado na avaliação de importância e na classificação feita pelo professor
Pais (Inventários e testes)	Estimativa da generalização dos déficits em diferentes ambientes Percepção sobre a importância dos comportamentos sociais Delimitação dos comportamentos-alvo Análise funcional dos comportamentos em situações específicas Seleção do comportamento-alvo baseado na avaliação de importância e na classificação feita pelos pais
Medidas sociométricas (Indicação)	Mensuração da preferência e impacto social Classificação do *status* sociométrico (rejeitados, populares, controvertidos)
Autoavaliação de HS	Percepção da criança sobre seu comportamento social Eventos privados associados a déficits
Observação direta em sala de aula	Análise funcional do comportamento Mensuração direta do comportamento em ambientes "aplicados" Observação da reação dos pares ao comportamento alvo da criança

No Brasil, ainda são escassos os instrumentos padronizados para a avaliação das habilidades sociais de adultos e crianças. Del Prette e Del Prette (2009) apresentam uma lista de 12 testes ou inventários com estudos psicométricos favoráveis, alguns ainda em fase de estudos preliminares, descrevendo cada um deles em detalhes. Entre eles, há os que avaliam somente determinadas classes de habilidades sociais, outros articulam a avaliação de habilidades sociais com a de problemas psicológicos.

Destacam-se os instrumentos que permitem avaliar habilidades sociais cotidianas das mães, como o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette, de Del Prette e Del Prette, 2001), e alguns que focalizam habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica das crianças, como o Inventário Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (IMHSC-Del-Prette, Del Prette e Del Prette, 2005a), o Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais, que constitui uma adaptação nacional do Social Skills Rating System, produzido nos Estados Unidos (Gresham e Elliott, 1990) e validado por Bandeira, Del Prette, Del Prette e Magalhães, 2009.

Especificamente para a avaliação das habilidades sociais educativas, pode-se utilizar entrevistas ou questionários, além da observação direta, como sugere Barros (2008); Freitas (2005), Rocha (2009), Manólio (2009). Não obstante as dificuldades inerentes a esse método direto (Del Prette, Monjas e Caballo, 2006), defende-se que é

indispensável em estudos sobre a relação entre agentes educativos e educandos, em particular na relação entre pais e filhos. Em primeiro lugar, porque permite avaliar com melhor precisão os componentes verbais, paralinguísticos e não verbais da interação entre pais e filhos (Del Prette e Del Prette, 2001). Em segundo, porque permite identificar a funcionalidade do comportamento dos pais sobre o comportamento dos filhos, que é um dos critérios essenciais da própria definição de habilidades sociais educativas (Del Prette e Del Prette, 2008).

As entrevistas podem complementar as informações sobre a relação entre pais e filhos, principalmente para aqueles comportamentos parentais com baixa probabilidade de ocorrer em situação de observação estruturada (por necessitarem de arranjos de ambientes específicos como sala de aula, alteração de móveis, etc.), além de maior custo e disponibilidade de tempo despendido para observações realizadas em situações naturais. Nos instrumentos de autorrelato em geral, incluindo as entrevistas, deve-se avaliar, além da frequência, a funcionalidade dos comportamentos parentais, obtendo informações sobre a forma e o conteúdo das habilidades sociais educativas das mães e/ou seus efeitos a curto, médio ou longo prazo sobre os comportamentos dos filhos, tornando essa avaliação coerente com a definição de habilidades sociais educativas.

Promoção de habilidades sociais diretamente com a criança

Para a aprendizagem e/ou aprimoramento de habilidades sociais das crianças, podem ser propostos programas desenvolvidos diretamente com as crianças, associados a intervenções educativas ou terapêuticas, ou indiretamente, conduzindo programas junto a pais ou professores.

Nos programas de habilidades sociais realizados no Brasil com crianças (Molina e Del Prette, 2002; Baraldi e Silvares, 2003; Borges e Marturano, 2003; Castro, Melo e Silvares, 2003; Löhr, 2003; Löhr, Pereira, Andrade e Kirchner, 2007), embora os objetivos gerais sejam distintos, há bastante similaridade entre eles quanto à coleta de dados junto a um ou mais significantes (amigos, professores e pais) e à utilização de diferentes métodos de avaliação incluindo os diretos e indiretos, com a observação direta sendo o método de avaliação mais comumente utilizado. É importante ressaltar que nenhum estudo apresentou dados de generalização do programa, entendidos como indicadores importantes da efetividade da intervenção (Del Prette e Del Prette, 2005b).

Quanto à intervenção propriamente dita, todos os programas priorizaram a participação direta da criança, sendo oferecido concomitantemente atendimento direto aos pais (Löhr, Pereira, Andrade e Kirchner, 2007; Baraldi e Silvares, 2003) ou aos pais e aos professores (Löhr, 2003; Castro, Melo e Silvares, 2003).

PROGRAMAS DE HABILIDADES SOCIAIS EDUCATIVAS DOS PAIS

Vários programas de habilidades sociais disponíveis na literatura nacional têm privilegiado a intervenção direta junto às crianças e a indireta junto aos pais para ensinar habilidades sociais às crianças. Outro grupo de estudos tem realizado programas de habilidades sociais educativas exclusivamente para os pais, avaliando seu efeito sobre o comportamento das crianças e produzindo evidências de que essa alternativa é tão eficiente quanto a de combinar intervenção com pais e intervenção com a criança.

Nos programas para pais, de modo geral, são enfatizados:

- identificação e alteração das interações que mantêm com os filhos, mais do que o ensino de estratégias (já consolidadas na literatura mundial) para manejo de comportamentos problemáticos;
- identificação, análise e modelagem de componentes não verbais na interação com os filhos;

- treino de habilidades sociais das mães e de seus filhos;
- avaliação da efetividade específica do treino de pais sobre os próprios comportamentos e dos filhos.

Para Gresham (1997) ensinar habilidades sociais aos pais visando alterar os comportamentos dos filhos significa estabelecer condições propícias para a redução e a prevenção de comportamentos antissociais das crianças e para a melhora do desempenho acadêmico. Na verdade, quando os pais têm conhecimento dos princípios de aprendizagem subjacentes às suas práticas educativas e adquirem outros comportamentos que lhes possibilitam atuar na educação de seus filhos, eles podem proceder de forma adequada e efetiva para o aprendizado de comportamentos socialmente habilidosos dos filhos (Freitas, 2005).

UM PROGRAMA COM MÃES DE CRIANÇAS COM TDAH

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade Tipo predominantemente hipertativo-impulsivo (TDAH) se caracteriza essencialmente por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade, mais frequente e severo do que habitualmente observado em indivíduos com um nível de desenvolvimento comparável (*Manual diagnóstico e etatístico de transtornos mentais* [DSM- IV-TR], 2002). A presença desse transtorno afeta negativamente tanto as habilidades acadêmicas quanto as habilidades de fazer e manter amigos, de iniciar e manter conversação, cooperar, entre outras.

Com relação a recursos e déficits sociais apresentados pelos pais, observa-se que mães de crianças com TDAH tendem a se isolar e a isolar os filhos de contatos sociais. Em geral, justificam-se pelo alto nível de atenção e supervisão de que essas crianças necessitam e pelos comportamentos que são fontes de embaraço e vergonha (Adesida e Foreman, 1999; Neophytou e Webber, 2005). Essas restrições envolvem frequentar lugares públicos como *shoppings*, restaurantes, cinemas, transportes públicos e fazer visitas a amigos e parentes.

Como os pais passam deliberadamente a não frequentar muitos contextos sociais do dia a dia, julgando-se inadequados em suas atitudes parentais e aumentando o seu isolamento social (McLaughlin e Harrison, 2006; Adesida e Foreman, 1999), suas práticas se tornam ainda mais prejudicadas em decorrência das restrições de oportunidades e modelos encontrados em situações diversificadas, com potencial para auxiliar o desenvolvimento e/ou o aprimoramento, tanto de habilidades parentais quanto de possíveis aprendizagens para as crianças.

Uma visão geral das pesquisas sobre os programas de habilidades sociais para crianças com TDAH mostra que os atendimentos são prioritariamente oferecidos às crianças, às vezes com a inclusão concomitante do atendimento aos pais. Essa inclusão se baseia na suposição de que a generalização das habilidades para situações naturais depende do envolvimento de outras pessoas significativas para a criança, como pais e/ou professores. Especificamente para pais de crianças com TDAH, há uma ampla utilização do *Behavioral Parent Training* (BPT), programa em que os pais são instruídos sobre o uso de técnicas de modificação de comportamento, principalmente aquelas destinadas à manipulação de variáveis antecedentes e consequentes do comportamento do filho, com o objetivo de aumentar a incidência de comportamentos pró-sociais e diminuir os comportamentos indesejáveis (Chronis, Jones e Raggi, 2006).

A intervenção com pais se caracteriza essencialmente pelo treinamento e pela assessoria em estratégias de manejo do comportamento da criança, sendo os procedimentos e os resultados avaliados mais em termos de alteração dos sintomas primários do TDAH do que propriamente das dificuldades interpessoais (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs e Pelham, 2004). A partir da constatação da falta de pesquisas na área de habilidades sociais educativas para mães

de crianças com TDAH e da necessidade e da relevância de programas desse tipo para promover e aprimorar as habilidades sociais e acadêmicas dos filhos, foi aplicado e avaliado um Programa de Habilidades Sociais Cotidianas e outro de Habilidades Sociais Educativas para mães de uma amostra, que será relatado em maior detalhe.

A pesquisa de intervenção foi realizada sob um delineamento experimental de grupo (grupo experimental, que participou inicialmente do programa e grupo-controle (de espera), que participou após a finalização do primeiro programa). Foram efetuadas avaliações dos comportamentos das mães e dos filhos dos dois grupos, em momentos de pré-intervenção, de intervenção, de pós-intervenção e de seguimento.

Participantes

A amostra foi composta por 16 mães de crianças com diagnóstico de TDAH, designadas aleatoriamente em dois grupos: grupo experimental (GE) e grupo-controle (GC). As crianças tinham entre 7 e 12 anos, cursavam o ensino fundamental e usavam medicação específica para o TDAH. As mães tinham entre 30 e 39 anos (87,5%), ensino fundamental (62,5%), nível socioeconômico[2] bastante variado: B1 (uma mãe), B2 (duas mães), C1 (quatro mães) e D (uma mãe) conforme o Critério Brasil. A intervenção foi realizada em uma clínica-escola de uma universidade pública estadual de cidade de médio porte.

Avaliação inicial

Com as mães – foi realizada em três sessões:

1. entrevista para obter os indicadores de habilidades sociais educativas;
2. aplicação do SSRS-BR (formulário para as mães avaliarem os filhos) e o IHS-Del-Prette;
3. filmagem de mães e filhos participando de uma atividade livre (brincadeira/jogo) e três outras atividades orientadas (10 minutos cada, totalizando 40 minutos de filmagem).

Além da participação nas filmagens, as crianças também responderam, em sessão individual, o inventário SSRS-BR (formulário de autoavaliação). Os professores avaliaram as crianças respondendo ao mesmo instrumento em sessão individual.

Em resumo, essas avaliações permitiram identificar:

- principais déficits das mães em habilidades sociais cotidianas: autoexposição a desconhecidos e a situações novas, autocontrole da agressividade e conversação e desenvoltura social;
- principais déficits das mães em habilidades sociais educativas: estabelecer contexto potencialmente educativo, monitorar positivamente e estabelecer limites e disciplina;
- principais déficits de habilidades sociais das crianças: cooperação, civilidade e autocontrole;
- principais problemas de comportamento das crianças: hiperatividade e problemas externalizantes e internalizantes.

Os depoimentos dos vários informantes permitiram caracterizar o repertório de habilidades sociais das crianças em termos de recursos e déficits no contexto familiar e escolar a partir da percepção da própria criança nos diferentes contextos onde atua. A utilização de diferentes tipos de instrumentos produziu informações complementares sobre o desempenho das mães na interação com os filhos e com outros significativos de seu ambiente, conforme sugerido por Del Prette e Del Prette (2005a). As informações iniciais permitiram selecionar os objetivos da intervenção, levando-se em conta os recursos e déficits das mães que

[2] Instrumento padronizado pelo IBOPE/ABEP (2003), disponível em http://www.abep.org

serviram como base para a ampliação do repertório de habilidades sociais e para a generalização de desempenhos específicos (Del Prette e Del Prette, 1999).

Planejamento da intervenção

Para a intervenção, os comportamentos avaliados por meio do IHS-Del-Prette (habilidades sociais cotidianas) foram agrupados em classes conforme descrição de Del Prette e Del Prette (2001), identificando-se os deficitários (*de comunicação*, *de civilidade* e *assertivas*) que foram alvo do treinamento nessa sequência. A sequência do programa para treinamento das habilidades sociais cotidianas foi organizada de modo a se iniciar pelas classes consideradas mais simples, seguidas pelas mais complexas (Del Prette e Del Prette, 2001).

No planejamento das habilidades sociais educativas, foram selecionadas aquelas de maior valor funcional para esse grupo específico, organizadas na sequência de menor para maior complexidade conforme recomendações de Del Prette e Del Prette (2001a). Escolheu-se iniciar o treinamento pela classe denominada *monitoria positiva*, pelo fato de as mães apresentarem em todas as fases da avaliação proporcionalmente menor frequência/proficiência ou mesmo déficit de desempenho e de fluência nos comportamentos componentes dessa classe. Também foi considerado que um repertório mais elaborado em *monitoria positiva* era imprescindível para colocar o comportamento das mães sob controle dos comportamentos adequados das crianças, favorecendo a discriminação e manutenção deles e diminuindo verbalizações que claramente apontavam que as mães estavam "desistindo" (*sic*) de seus filhos.

Os comportamentos definidos para as mães ensinarem aos filhos foram selecionados com base na avaliação do repertório dos filhos e identificados nas classes de cooperação, civilidade e autocontrole, conforme Del Prette e Del Prette (2005a).

Os objetivos do programa incluíram, ainda, o aperfeiçoamento de desempenhos não verbais das mães (contato visual, postura, proximidade, gesticulação) e paralinguísticos (volume, entonação, velocidade e pausas na fala) pertencentes às diferentes classes de habilidades sociais focalizadas.

Foi planejada também a avaliação, pós-intervenção e seguimento (em moldes similares à avaliação inicial) visando verificar a eficácia do programa na ampliação do repertório de habilidades sociais cotidianas e educativas das mães.

O programa de intervenção

O programa de intervenção teve 31 sessões em grupo e 12 sessões individuais. A intervenção coletiva foi distribuída em três fases:

1. Sensibilização.
2. Treino de habilidades sociais cotidianas.
3. Treino de habilidades sociais educativas.

Sensibilização. Foram realizadas exposições e discussões visando esclarecer e ampliar as informações dos pais sobre os determinantes do comportamento infantil e do TDAH, sobre o tema central do programa (habilidades sociais educativas) e sobre sua importância para a interação com os filhos e para o desenvolvimento socioemocional deles.

Treinamento de habilidades sociais cotidianas. Teve por objetivo promover as habilidades sociais avaliadas por meio do IHS-Del-Prette, consideradas essenciais para a interação social das mães com os filhos tanto no âmbito familiar quanto extrafamiliar. A partir dos dados do IHS-Del-Prette, foram selecionados para treinamento os comportamentos de elogiar, agradecer elogios, fazer e responder perguntas, apresentar-se; cumprimentar desconhecidos, fazer, recusar e aceitar pedidos, interagir com autoridades e lidar com críticas e chacotas.

Treinamento de habilidades sociais educativas. Teve por objetivo desenvolver habilidades das mães para que pudessem favorecer ou promover a aprendizagem e/

ou desenvolvimento de comportamentos sociais de seus filhos. A similaridade constatada entre as avaliações de mães, professores e crianças na fase pré-intervenção com relação aos comportamentos das crianças foi determinante para a escolha dos comportamentos das crianças que seriam alvo da intervenção (cooperação, civilidade e autocontrole). No caso das habilidades sociais educativas a serem ensinadas às mães, foram treinadas as subclasses apresentar *feedback* positivo, elogio e incentivo, demonstrar empatia, manifestar atenção ao relato, obter informações, expressar discordância/reprovação e expressar concordância, promover autoavaliação, organizar o ambiente físico, alterar distância/proximidade, organizar materiais, mediar interações, descrever/justificar comportamentos desejáveis e indesejáveis, negociar regras, chamar atenção para normas preestabelecidas, pedir mudança de comportamento, apresentar instruções e dicas, parafrasear, resumir comportamentos e apresentar modelo.[3]

Estrutura de todas as sessões de grupo. Inicialmente havia uma breve exposição oral sobre o assunto a ser discutido. Logo em seguida, eram realizadas vivência(s) para o treinamento das habilidades junto aos pais. A vivência, como contexto estruturado de interações entre os participantes, estabelecia condições para o uso de técnicas específicas da Terapia Comportamental (Del Prette e Del Prette, 1999) como: ensaio comportamental, modelação, modelagem, exercícios de análise funcional (relações entre as demandas do ambiente, os desempenhos sociais e suas consequências) e instrução verbal para o desempenho. Como exemplo de uma das vivências, pode-se citar *Complemento indispensável*, de Del Prette e Del Prette (2001), utilizado para o aperfeiçoamento do desempenho não verbal. Nessa vivência, cada participante é solicitado a contar uma história ou parte de uma história, impedido de usar as mãos que ficavam atadas por um cordão e depois com as mãos livres, sem amarras. A partir dessa vivência foi possível demonstrar ao grupo a importância dos comportamentos não verbais associados a habilidades específicas como assertividade, empatia e manifestar atenção ao relato do filho.

Tarefas de casa. Além das atividades realizadas no decorrer da sessão, ao final de cada uma delas eram distribuídas tarefas de casa. Essas tarefas contemplavam a habilidade social que a mãe deveria apresentar em relação ao comportamento do filho que estava sendo alvo da intervenção. Por exemplo, a mãe deveria anotar os elogios emitidos pelos filhos a qualquer pessoa (comportamento componente da classe de *civilidade*) e também elogiá-lo (componente da classe *monitorar positivamente*, uma das habilidades sociais educativas) sempre que o observasse emitindo esse comportamento. Com isso, buscava com a mesma tarefa aprimorar tanto a habilidade ensinada à mãe como desenvolver ou aprimorar os comportamentos-alvo da criança.

Ainda em relação à tarefa de casa, foram estabelecidos procedimentos para facilitar a generalização:

a) falar sobre a habilidade aprendida na sessão para alguém;
b) praticar de 2 a 3 vezes por semana as habilidades sociais educativas aprendidas na semana, procurando diferentes contextos e interlocutores (em casa com outros filhos ou com o marido, no trabalho, na vizinhança).

Na sessão seguinte, discutia-se:

a) com quem falou sobre a habilidade;
b) aspectos que facilitaram ou dificultaram a realização da tarefa e análise funcional;
c) resultados obtidos por mães e filhos com a tarefa em termos de aprendizagem e generalização das habilidades.

[3] A descrição completa de cada um desses comportamentos faz parte de Sistema de Categorias de Habilidades Sociais Educativas (Del Prette e Del Prette, 2009).

Sessões de atendimento individual. No decorrer do programa ou por solicitação das participantes, foram realizadas algumas sessões de atendimento individual. De maneira geral, tiveram por objetivo esclarecer e aprimorar as habilidades recomendadas na tarefa de casa e/ou proceder à modelagem de habilidades específicas.

Principais resultados do programa

Os resultados do programa foram avaliados com base na comparação entre as avaliações pré, pós e seguimento e entre as avaliações dos grupos experimental e controle em cada uma dessas fases (análise estatística multivariada, desenho fatorial 2 grupos x 3 momentos x n variáveis avaliadas). Os resultados foram significativamente favoráveis para o grupo experimental, indicando mudanças entre as condições antes-depois que se mantiveram na fase de seguimento. Em resumo, os principais ganhos são apresentados a seguir.

Habilidades sociais cotidianas. Foram observados ganhos significativos do grupo experimental em relação ao grupo-controle, com diferenças observadas entre ambos e entre os diferentes momentos da avaliação, incluindo a fase de seguimento. Considerando os dados relativos a cada um dos fatores, verificou-se ocorrência de mudanças na direção desejada para os fatores em questão na intervenção: *autoexposição a desconhecidos ou situações novas e autocontrole da agressividade* e ganhos adicionais em *expressão de sentimentos positivos e de enfrentamento e autoafirmação com risco,* sugerindo mudanças para além daquelas inicialmente planejadas.

Habilidades sociais educativas. Os resultados advindos das observações mostraram a efetividade do programa demonstrada a partir da constatação de aumento significativo na frequência dos comportamentos relativos a descrever comportamentos desejáveis dos filhos, elogiar e promover autoavaliação e redução nos comportamentos de expressar discordância e reprovação. Os resultados obtidos a partir de autorrelato também evidenciaram diferença entre os grupos, principalmente nos comportamentos maternos de *referir-se aos comportamentos adequados dos filhos*, p*erguntar à professora sobre os comportamentos adequados dos filhos na escola* e naqueles comportamentos que favoreciam ou incentivavam interações sociais dos filhos, como organizar e incentivar reuniões de colegas na própria casa e estabelecer regras.

Habilidades sociais das crianças. Os efeitos positivos do programa também foram verificados na aquisição de habilidades sociais de *cooperação, civilidade e autocontrole* pelos filhos (que não foram alvos de intervenção direta do programa, mas somente da intervenção por meio das habilidades dos pais). Adicionalmente, os resultados mostraram a superação de problemas de comportamentos *externalizantes*, bem como na generalização temporal para diferentes ambientes e com diferentes interlocutores.

Competência acadêmica. A análise da competência acadêmica demonstrou que apenas as crianças cujas mães participaram do programa diferiram de sua condição inicial, apresentando melhora significativa nessa competência. Embora os escores gerais das crianças do grupo experimental tenham sido maiores do que os das crianças do grupo-controle, essa diferença entre eles não se mostrou significativa.

Em resumo, os resultados mostraram que o programa foi efetivo em promover mudanças significativas no comportamento das mães, principalmente naquelas habilidades que foram alvo da intervenção. A generalização dessas habilidades para o contexto familiar favoreceu mudanças significativas nos comportamentos sociais, nos problemas de comportamento e na competência acadêmica das crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contextualização inicial da importância de um repertório social elaborado de habilidades sociais como fator protetor do desenvolvimento socioemocional e ajustamento es-

colar mostra a necessidade de investimento nessa área por parte dos serviços de saúde tanto na avaliação precoce como em intervenções planejadas e efetivas. A literatura recomenda uma avaliação multimodal dessas habilidades, implicando a necessidade de se utilizar instrumentos e procedimentos variados junto a diferentes informantes (Del Prette e Del Prette, 2006). Essa prática tem o potencial de superar as limitações inerentes a cada tipo de instrumento e gerar dados de avaliação compreensivos e mais confiáveis empiricamente (Merrel e Gimpel, 1998).

Como repertório aprendido, as habilidades sociais exigem condições específicas para sua aprendizagem. Quando as condições oferecidas no ambiente natural não são suficientes para essa aprendizagem, pode haver necessidade de ajuda profissional, educacional ou terapêutica, seja com programas destinados diretamente às crianças, seja indiretamente, com pais e/ou professores. Esse modelo é denominado de triádico (Del Prette e Del Prette, 2008) porque envolve uma relação entre profissional e pais que visa alterar a relação pais-filhos, ou seja, três segmentos envolvidos, com uma atuação indireta em relação a crianças e direta em relação a educadores (pais, professores ou outros agentes sociais).

Como as duas formas de intervenção (direta e indireta) demonstram resultados favoráveis ao desenvolvimento e/ou aprimoramento das habilidades sociais infantis, não se preconiza uma ou outra. Neste capítulo, o objetivo foi exemplificar uma alternativa de intervenção que pode ser realizada e bem-sucedida mesmo sem intervir diretamente com a criança. O fato de esse tipo de programa ser recente na literatura nacional mereceu uma análise mais detalhada dos procedimentos de avaliação, de intervenção e dos resultados obtidos para demonstrar sua viabilidade.

Em intervenção sob o modelo triádico (Del Prette e Del Prette, 2008), a avaliação inicial é mais complexa. Nesse caso, deve-se avaliar tanto os comportamentos dos educadores como o das crianças que serão alvo de treinamento pelas mães. Além disso, a avaliação da generalização também deve ocorrer nos dois segmentos: a preocupação inicial deve ser com a generalização das habilidades parentais, que é o pré-requisito para as mudanças do comportamento da criança; posteriormente, a avaliação final da generalização deve focalizar as mudanças no comportamento da criança (Kramer, 1990). Idealmente, se pode ainda recomendar a avaliação de generalização das aquisições tanto dos pais quanto da criança.

Embora os programas sob delineamento triádico para o desenvolvimento das habilidades sociais infantis estejam em seu estágio inicial, os resultados desses primeiros estudos são bastante encorajadores, restando a necessidade de maior investimento em instrumentos e procedimentos de avaliação que possibilitem refinar cada vez mais a análise e promoção do repertório de habilidades sociais educativas.

Já os programas realizados diretamente com as crianças, também em pequeno número na literatura nacional, mostram em sua maioria a mesma tendência na utilização de avaliação multimodal, com atendimento concomitante aos pais como estratégia complementar de ampliar os resultados. No entanto, nesses estudos se observa ainda a ausência de avaliação sobre generalização situacional dos resultados.

Pode-se concluir que, nos dois tipos de atendimento, há ainda lacunas que precisam ser preenchidas com novas pesquisas, podendo-se tomá-las como um convite e um desafio a estudiosos e profissionais da área. De qualquer modo, os procedimentos utilizados nos estudos validados por meio de delineamento experimental, como neste caso, constituem modelo preliminar de intervenção que pode orientar práticas efetivas e ser refinado por novas pesquisas de intervenção, especialmente com vistas à identidade de seus componentes críticos.

REFERÊNCIAS

Adesida, O., & Foreman, D. (1999). A support group for parents of children with hyperkinetic

disorder: an empowerment model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 4*, 567–578.

American Psychiatric Association (2002) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM- IV-TR). Porto Alegre: Artmed.

Bandeira, M, Rocha, S. S., Souza, T. M. P., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: Características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia, 11*, 199-208.

Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., & Magalhães, T. (2009). Validação das escalas de habilidades sociais, comportamentos problemáticos e competência acadêmica (SSRS-BR) para o ensino fundamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*, 271-282.

Baraldi, D. M., & Silvares, E. F. M. (2003). Treino de habilidades sociais em grupo com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: Análise empírica de uma proposta de atendimento. In Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais: desenvolvimento e aprendizagem – Questões conceituais, avaliação e intervenção* (p. 235-259). Campinas, SP: Alínea.

Barros, S. K. S. N. (2008). *Treinamento de habilidades sociais para pais de crianças com queixas escolares.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

Borges, D. S. C., & Marturano, E. M. (2003). Desenvolvendo habilidades de solução de problemas interpessoais no ensino fundamental. *Paidéia, 12,* 185-193.

Cartledge, H. F. G. (1996). Social skill assessment of inner city Asian, African and European American students. *The School Psychology Review, 25* (2), 228-239.

Castro, R. E. F., Melo, M. H. S., & Silvares, E. F. M. (2003). O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 16*, 309-318.

Chronis, A. M., Chacko, A. Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review,* 7 (1), 1-27.

Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, *26*, 486–502.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia, educação e trabalho*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, A., & Del Prette, Z A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2002). Avaliação de habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: Indicadores psicométricos associados à frequência versus dificuldade. *Psicologia em Estudo, 7*(1), 39-49.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005a). *Sistema Multimídia de Habilidades Sociais para Crianças (SMHSC-Del-Prette): Manual para aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005b). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática.* Petrópolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Avaliação multimodal de habilidades sociais em crianças: Procedimentos, instrumentos e indicadores. In: Bandeira, M., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (p. 47-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2008). Pais e professores contribuindo para o processo de inclusão: Que habilidades sociais educativas devem apresentar? In M. A. Almeida, E.G. Mendes & M.C.P.I. Hayashi (Orgs.), *Temas em educação especial: conhecimentos para fundamentar a prática* (p. 239-256). Araraquara: Junqueira & Marin Editores.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009). Adolescência e fatores de risco: A importância das habilidades sociais educativas. In V.G. Haase & F.J. Penna (Orgs.), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência* (p. 503-522). Belo Horizonte: Coopmed.

Del Prette, Z. A. P, & Del Prette, A. (2009). Avaliação de habilidades sociais: Bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In: Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs,), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (p. 187-229). Petrópolis: Vozes.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (s.d.). Programa vivencial de habilidades sociais: Características sob

a perspectiva da Análise do Comportamento. In M. R. Garcia, & P. R. Abreu (Ed.). *Comportamento e cognição*. Santo André: ESETec, submetido.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (s.d.). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento* (Paradigma), submetido.

Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Oliveira, L.A., Vance M., & Gresham, F. M., (s.d.). Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International Journal*, submetido.

Del Prette, Z. A. P., Monjas, M. I. C., & Caballo, V.E. (2006). La evaluación del repertorio de las habilidades sociales en niños. In V. E. Caballo. (Org.). *Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos de la edad adulta e informes psicológicos* (p. 373-399). Madrid: Pirámide.

DiPerna, J. C., & Elliott, S. N. (1999). The development and validation of the academic competence evaluation scales. *Journal of Psychoeducational Assessment, 17,* 207-225.

DiPerna, J.C. (2006). Academic enablers and student achievement: implications for assessment and intervention services in the schools. *Psychology in the Schools, 43*, 7-17.

Elliott, S. N., Sheridan, S. M., & Gresham, F. M. (1989). Assessing and treating social skills deficits: a case study for the scientist-practitioner. *Journal of School Psychology, 27,* 197–222.

Feitosa, F. B., Matos, M. G., Del Prette, Z. A. P, & Del Prette, A. (2009). Desempenho acadêmico e interpessoal em adolescentes portugueses. *Psicologia em Estudo* (Maringá), *14*, 259-266

Freitas, M. G. (2005). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de habilidades sociais com mães de crianças deficientes visuais*. Tese de Doutoramento. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

Gresham, F. M. (1997) Social Skills training with children: social learning and applied behavioral analytic approaches. In T. S. Watson & F. M. Gresham (Eds.), *Handbook of child behavior therapy* (p.475-497). New York: Plenun Press.

Gresham, F. M. (2009). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In Z. A. P. Del Prette, & Del Prette (Orgs), *Psicologia das Habilidades Sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (p. 17-66). Petrópolis: Vozes.

Gresham, F. M., & Elliot, S. (1990). *Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Kramer, J. J. (1990). Training parents as behavior change agents: Successes, failures and suggestions for school psychologist. In T. B., Gutkin, & C. R. Reynolds (Orgs.), *Handbook of school psychology*. New York: Wiley.

Löhr, S. S. (2003). Estimulando o desenvolvimento de habilidades sociais em idade escolar. In Del Prette, & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (p. 293-310). Campinas, SP: Alínea.

Löhr, S. S.; Pereira, A. C. S.; Andrade, A. L. M., & Kirchner, L. F. (2007). Avaliação de programas preventivos: relato de experiência. *Psicologia em Estudo*, *12* (3) 641-649.

Manolio, C. L. (2009). *Habilidades sociais educativas na interação professor-aluno.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

McLaughlin, D. P., & Harrison, C. A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health, 11* (2), 82–88.

Meier, C. R., DiPerna, J. C., & Oster, M. M. (2006). Importance of social skills in the. elementary grades. *Education and Treatment of Children*, *29*, 409-420.

Merrel, K. W., & Gimpel, G. A. (1998). *Social Skills of children and adolescent: conceptualization, assessment, treatment.* New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Molina, R. C., & Del Prette, Z. A. P. (2002). *Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: Uma análise funcional*. [Anais] V Congresso de Pesquisa e Educação da Região Sudeste: Tendências e Desafios (CDD 370), ISBN 85-903167-1-8, Águas de Lindóia, SP.

Neophytou, K., & Webber, R. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder: the family and social context. *Australian Social Work*, *58*, 313-325.

Rocha, M. M. (2009). *Programa de habilidades sociais educativas com pais: Efeitos sobre o desempenho social e acadêmico de filhos com TDAH.* Tese de Doutoramento não publicada. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

4

Aportes teóricos e técnicos para intervenção em comportamentos impulsivos em crianças

Circe Salcides Petersen
Ricardo Wainer

INTRODUÇÃO

Os comportamentos impulsivos, tanto em crianças quanto em adolescentes, são apresentados neste capítulo sob o ponto de vista compreensivo e discutidos com enfoque em diferentes variáveis que concorrem para a sua definição. Igualmente, são discutidas as principais técnicas cognitivas e comportamentais sugeridas para o tratamento dessa população, selecionadas e adaptadas predominantemente a partir de estudos baseados em evidências (Kendall e Finch, 1976; 1978; Kendall, 2006; Knaus, 2008).

A impulsividade tem etiologia multifatorial e é recorrente nas patologias com forte substrato orgânico, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e o transtorno bipolar (TB). Outro aspecto associado ao comportamento impulsivo é a raiva e suas manifestações, embora ela pareça distinta nesses pacientes pelo modo como eles a expressam.

Os comportamentos impulsivos podem ser pensados como parte de um espectro, que vai do funcionamento de crianças normais até os quadros francamente psicopatológicos.

Será enfatizada a expressão inadequada da raiva em condutas impulsivas nas variáveis cognitivas, comportamentais, afetivas e ambientais que as permeiam.

EPIDEMIOLOGIA

A questão da impulsividade e da dificuldade de controle da raiva é uma queixa comum na clínica infantil. Há alta incidência, uma vez que condutas impulsivas caracterizam tanto crianças normais quanto aquelas com transtornos internalizantes, principalmente nos quadros de ansiedade.

A prevalência da impulsividade nos transtornos de ansiedade é avaliada em 2,7 e 27% das crianças e dos adolescentes, respectivamente; no transtorno desafiador de oposição (TDO) e no transtorno de conduta (TC) é de aproximadamente 5% em jovens entre 6 e 18 anos; no transtorno bipolar (TB) ocorre em 1 a 2%; no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)

afeta aproximadamente 5 a 12% das crianças (Martin e Wolkmar, 2007).

Muitos desses quadros podem ser comórbidos, mas, mesmo levando em conta a superposição dos diagnósticos, a prevalência na população infantil é significativa, o que justifica a necessidade de se refletir sobre estratégias específicas para as condutas impulsivas.

ETIOLOGIA E MODELOS EXPLICATIVOS

Alguns modelos de orientação cognitiva permitiram a compreensão e o manejo do funcionamento impulsivo tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes. De forma bastante produtiva, os modelos têm suas explicações compatíveis e mesmo complementares. Serão abordados os modelos de Albert Ellis da Terapia Racional Emotiva; o modelo de Aaron Beck da Terapia Cognitiva e a proposta advinda da Terapia do Esquema de Jeffrey Young.

O modelo ABC de Ellis (1956/2003) permite, além do entendimento da conduta impulsiva, que se considere os afetos negativos relacionados, para assim se determinar propostas de intervenções eficazes.

Uma questão central postulada por Ellis foi a importância de avaliar o sistema de crenças do indivíduo, o qual inclui o conteúdo do sistema cognitivo (pensamentos, recordações, imagens, suposições, interferências, atitudes, atribuições, normas, valores e esquemas). Já as consequências são as reações decorrentes da situação ativadora do tipo emotivo, cognitivo (pensamentos) ou comportamental.

Quanto às consequências, a Terapia Racional Emotiva (2003) distingue-as em funcionais ou disfuncionais. São ainda classificadas como primárias e secundárias (Camerini, 2004).

As cognições geradoras de raiva podem ser resumidas em uma integração dos modelos de Beck, Ellis e Young. Para Ellis (2003), a presença de demandas absolutistas (aquilo que o sujeito demandante pensa que o outro ou ele mesmo *deveria* fazer ou sentir) é uma condição central e sempre identificada na conduta impulsiva. A ideia de não poder suportar os estímulos externos ou internos também está presente na ira. Ou seja, a raiva seria ativada na criança em todas aquelas situações em que ela se percebe injustiçada, desqualificada ou abusada.

As cognições geradoras de raiva podem ser resumidas através de uma integração dos modelos de Beck, Ellis e Young.

O modelo proposto pela Terapia do Esquema é o mais contemporâneo e de significativa importância para o entendimento dos comportamentos impulsivos e de raiva. Ele foi desenvolvido no início dos anos de 1990 por Jeffrey Young e ainda vem evoluindo em termos de refinamentos metodológicos e teóricos. Segundo essa teoria e a psicoterapia por ela embasada, a personalidade é estruturada a partir de esquemas mentais, os quais são desenvolvidos desde nosso nascimento. No processo de maturação da personalidade, o ser humano passa por alguns estágios cronológicos sucessivos em que uma série de desafios e necessidades é apresentada. Young (2003) denominou os estágios de domínios esquemáticos, sendo eles um total de cinco, referentes às principais necessidades a serem preenchidas pela criança em seu desenvolvimento normal:

- senso de aceitação e pertencimento;
- percepção de competência e autonomia;
- determinação de limites realistas em relação aos outros e ao ambiente;
- orientação em relação às próprias necessidades/emoções e às dos outros;
- expressão autêntica das emoções e dos sentimentos.

Quando essas etapas são concluídas de forma exitosa, ou seja, as necessidades da criança são supridas adequadamente, os esquemas iniciais que se formam são fun-

cionais. Entretanto, quando há déficits e/ou outro tipo de problema em um deles, formam-se os Esquemas Iniciais Disfuncionais (EIDs). Os EIDs são estruturas que armazenam crenças e regras sobre aspectos específicos da personalidade e que embasarão boa parte de outros esquemas mentais, consistindo em uma espécie de "alicerce" da personalidade. Os esquemas iniciais, até por serem gerados remotamente na infância, são vistos como familiares e absolutos para o indivíduo que apresentará uma série de processos cognitivos e emocionais para não enfrentar situações que coloquem os EIDs em questionamento.

Em cada domínio esquemático são desenvolvidos alguns EIDs específicos. Por exemplo, no domínio de aceitação e pertencimento, pode ocorrer o esquema de abandono ou de abuso. Já no domínio de competência e autonomia, podem ser criados os EIDs de vulnerabilidade ou de dependência.

No caso de indivíduos com problemas de impulsividade e de raiva, são comuns falhas no período de desenvolvimento do 3º domínio. Assim, eles tendem a ter dificuldades em limites realistas. Os EIDs vinculados são o de grandiosidade/merecimento e o de autocontrole/autodisciplina insuficientes. Normalmente, esses esquemas estão em organização, já que se fala sobre a infância e têm-se estilos parentais e práticas educativas correspondentes que reforçam condutas vinculadas aos esquemas de grandiosidade e autocontrole insuficiente. Young (1996) resume algumas condutas que caracterizam os estilos parentais frequentes em crianças com crenças de grandiosidade e merecimento:

- exagero nos mimos;
- criança motivada a se sentir melhor que a maioria das pessoas;
- pais exigentes que esperam que as coisas ocorram à sua maneira;
- falta de orientação sobre ter responsabilidade em relação aos outros.

O esquema de merecimento/grandiosidade é descrito como a crença de que a pessoa deveria fazer, dizer ou ter tudo o que almejasse, independentemente de isso magoar aos outros ou lhes parecer razoável. Ela não está interessada nas necessidades alheias, nem está consciente do custo a longo prazo de ser afastada pelos demais. Nesses casos, os pais excessivamente indulgentes com os filhos, que não estabelecem limites sobre o que é socialmente apropriado podem favorecer o desenvolvimento desse esquema. Por outro lado, algumas crianças desenvolvem esse EID para compensar sentimentos de privação emocional, defectividade ou indesejabilidade social.

> No caso de indivíduos com problemas de impulsividade e de raiva, são comuns falhas no período de desenvolvimento do 3º domínio esquemático. Assim, eles tendem a ter dificuldades em limites realistas.

O esquema de autocontrole/autodisciplina insuficientes se refere à incapacidade de tolerar frustrações, assim como a incapacidade de controlar impulsos ou sentimentos. Os extremos desses comportamentos podem ser vistos nos transtornos de oposição e de conduta ou ainda nos comportamentos aditivos. Os estilos parentais característicos são descritos por pouca disciplina ou falta de limites claros quanto ao que a criança pode ou não fazer, ausência de regras ou responsabilidades, negligência nos comportamentos de perda de controle do filho, um dos pais ou ambos indisciplinados (Young, 1996; 2003; 2008). Os resultados do estudo longitudinal que investigou o papel do esquema de grandiosidade nos comportamentos antissociais apontam que o conjunto de crenças foi preditor de comportamento violento em população de adolescentes hispânicos. Os meninos da amostra investigada mostraram mais com-

> Pais excessivamente indulgentes com os filhos e que não estabelecem limites sobre o que é socialmente apropriado podem favorecer o desenvolvimento desse EID de grandiosidade/merecimento.

portamentos delinquentes do que as meninas (Calvete, 2008).

O desenvolvimento da empatia é normalmente falho nas crianças que apresentam baixo autocontrole emocional, condutas impulsivas ou dificuldades em observar regras. Como fator causal dos déficits empáticos, destacam-se os comportamentos indulgentes dos pais, que se eximem de seu papel de educadores, não impondo limites claros às crianças em relação ao próximo. É essencial a criança receber *feedback* do ambiente quanto à adequação de suas condutas. A ausência de retorno dos pais priva-a de conhecer as consequências de seus atos em relação aos outros. Os dois extremos, tanto permissividade exagerada quanto autoritarismo, estão relacionados aos comportamentos impulsivos.

Ao se adotar uma perspectiva do desenvolvimento, define-se o que esperar quanto à construção da empatia de acordo com cada etapa do desenvolvimento. Na infância intermediária, a criança já adquiriu o entendimento cognitivo básico de reciprocidade e da existência de perspectivas diferentes. Entende que os outros a interpretam tanto quanto ela interpreta os outros. Entre 7 e 8 anos, já fala que os amigos confiam uns nos outros. O desenvolvimento da emocionalidade e da cognição contribuem para a formação da autoestima. Nessa idade (7 a 8 anos), as crianças internalizam integralmente a vergonha e o orgulho, emoções complexas que dependem da consciência das implicações de suas ações e dos tipos de socialização que receberam. Assim, no caso de crianças em tratamento, é crucial levar em conta que o desenvolvimento é hierárquico, não sendo uma lousa que pode ser apagada e preenchida novamente. Mesmo quando a criança muda, de modo evidente, as sombras da adaptação anterior permanecem (Bee, 2003). Na infância intermediária, inicia-se a consolidação dos padrões de rejeição e aceitação dos pares, o que terá reflexos na adolescência e na vida adulta. Alguns comportamentos têm sido relacionados à rejeição por parte dos pares: agressividade, hiperatividade, intrusividade, autoritarismo e comportamento ansioso.

O desenvolvimento da empatia é normalmente falho nas crianças que apresentam baixo autocontrole emocional, condutas impulsivas e/ou dificuldades em observar regras.

Os comportamentos impulsivos às vezes estão relacionados a distorções ou déficits cognitivos (falhas nas funções executivas). As distorções cognitivas mais frequentes na vigência de raiva, segundo Beck, são leitura de mente, personalização e pensamento dicotômico. As suposições descritas por Ellis (2003) nas situações de ira são desqualificação ou dano (expectativa de que os outros de alguma maneira tirarão vantagem da pessoa), inferência arbitrária (a criança se vê como "defeituosa" e supõe que os outros vão se afastar porque perceberão isso), intencionalidade (vê-se a dificuldade que algumas crianças têm de discriminar quando uma conduta de outra criança foi ou não intencional), personalização (a criança interpreta como uma provocação para si condutas alheias que não necessariamente têm relação direta com ela), não controlabilidade (algumas crianças acreditam que têm que "desabafar" o que sentem a qualquer momento e em qualquer lugar e por isso não precisam aprender a se controlar).

Alguns modelos mentais (Watkins, 2003) tendem a aparecer na base da maior parte dos comportamentos impulsivos:

- crer infantilmente que tem o direito de obter tudo que deseja e exigir isso;
- insistir de modo imperativo que sejam satisfeitos seus desejos e vontades, independentemente do custo;
- crer, egocentricamente, que tudo na vida deve ser fácil;
- entender que qualquer demora, dificuldade ou inibição é insuportável.

Além dos erros de processamento da informação que predispõem e mantêm a impulsividade, é preciso levar também em conta variáveis temperamentais, emocionais

e ambientais. Blader e Jensen (2007) propõem uma síntese para a compreensão das diferentes situações associadas à impulsividade em crianças (ver **Figura 4.1**).

A Figura 4.1 resume os aspectos multifatoriais envolvidos na expressão da impulsividade na forma de comportamentos agressivos associados a diferentes nuances do desenvolvimento humano (internas e externas) e vinculados primariamente a transtornos internalizantes (depressão e ansiedade) e externalizantes (TODO, TC e TDAH).

A impulsividade, com expressão na forma de comportamento agressivo, terá, na maioria das vezes, impacto social e repercussões nos relacionamentos interpessoais que a criança necessita reconhecer para poder modificar essa conduta. Ao longo do desenvolvimento, os comportamentos agressivos tendem a diminuir. Nos primeiros anos de vida, a agressividade é comum, mas somente menos de um terço (28%) das crianças persiste com esses comportamentos na idade pré-escolar (após os 3 anos). No ensino fundamental, ainda persistem em 12% dos meninos e 6% das meninas. A prevalência de *bulling* envolve 13% dos meninos e 10% das meninas (Tremblay, Nagin e Seguin, 2004). Salienta-se na Figura 4.1 a investigação e a promoção sistemática de fatores de proteção no desenvolvimento para melhores prognósticos.

Ao longo do desenvolvimento, os comportamentos agressivos tendem a diminuir.

Deve-se fazer também o exame cuidadoso de comportamentos agressivos, entendidos como uma via de sobrevivência social, posto que a agressão instrumental é comum em crianças em situação de risco e vulnerabilidade social. É importante atentar para os níveis de vulnerabilidade e resiliência como duas faces da mesma moeda, assim como dos fatores de risco e proteção social. A mesma família que ora representa fator de proteção pode, em outro momento da vida, representar risco. Exemplo claro disso é visto quando um dos adultos da família passa a fazer uso de substâncias psicoativas.

Entre os problemas ligados aos impulsos descritos na Figura 4.1 estão os déficits das funções executivas, que são definidas como os processos cognitivos relacionados a objetivos futuros que incluem inibição de resposta, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, planejamento, etc. Nos casos de TDAH, o foco será dirigido à memória de trabalho e à inibição de respostas (Sargeant, 2005). Os déficits nas funções executivas foram descritos previamente por Barkley (2008) na apresentação de modelo neuropsicológico para o TDAH. O autor pede atenção ainda ao comprometimento da motivação nessas crianças, particularmente em tarefas que envolvem esforço mental duradouro. Da mesma forma, os déficits das funções exercidas pelo lobo frontal estão bem estabelecidos nos transtornos bipolares na infância (TBI). No TBI, às vezes há prejuízos na velocidade do processamento da informação, nas funções executivas, na atenção, na memória e na regulação de afetos. As medidas de QI variam na ordem de 30% em pacientes com transtorno do humor. Existem poucos estudos com delineamentos de medidas repetidas entre os mesmo sujeitos. Entre os que foram conduzidos com os mesmos pacientes em diferentes estados de humor, foram encontradas evidências de que os mesmos pacientes apresentam melhores escores quando estão eutímicos ou hipomaníacos, mas seus escores caem quando estão deprimidos. Os achados são relevantes, já que indicam que a *performance* cognitiva do paciente melhora a partir da estabilização de seu humor (Goldberg, Gold e Greenberg, 1993; Henry, Weingartner e Murphy, 1973; Donnelly, Murphy, Goodwin e Waldman, 1982; Bearden, Hoffman e Cannos, 2001).

TRATAMENTO

Quanto ao tratamento da impulsividade, há diferentes indicações de uso de psicoterapia e/ou psicofarmacologia. Isso dependerá não só da presença dos comportamentos impulsivos ou de raiva, mas também da psicopa-

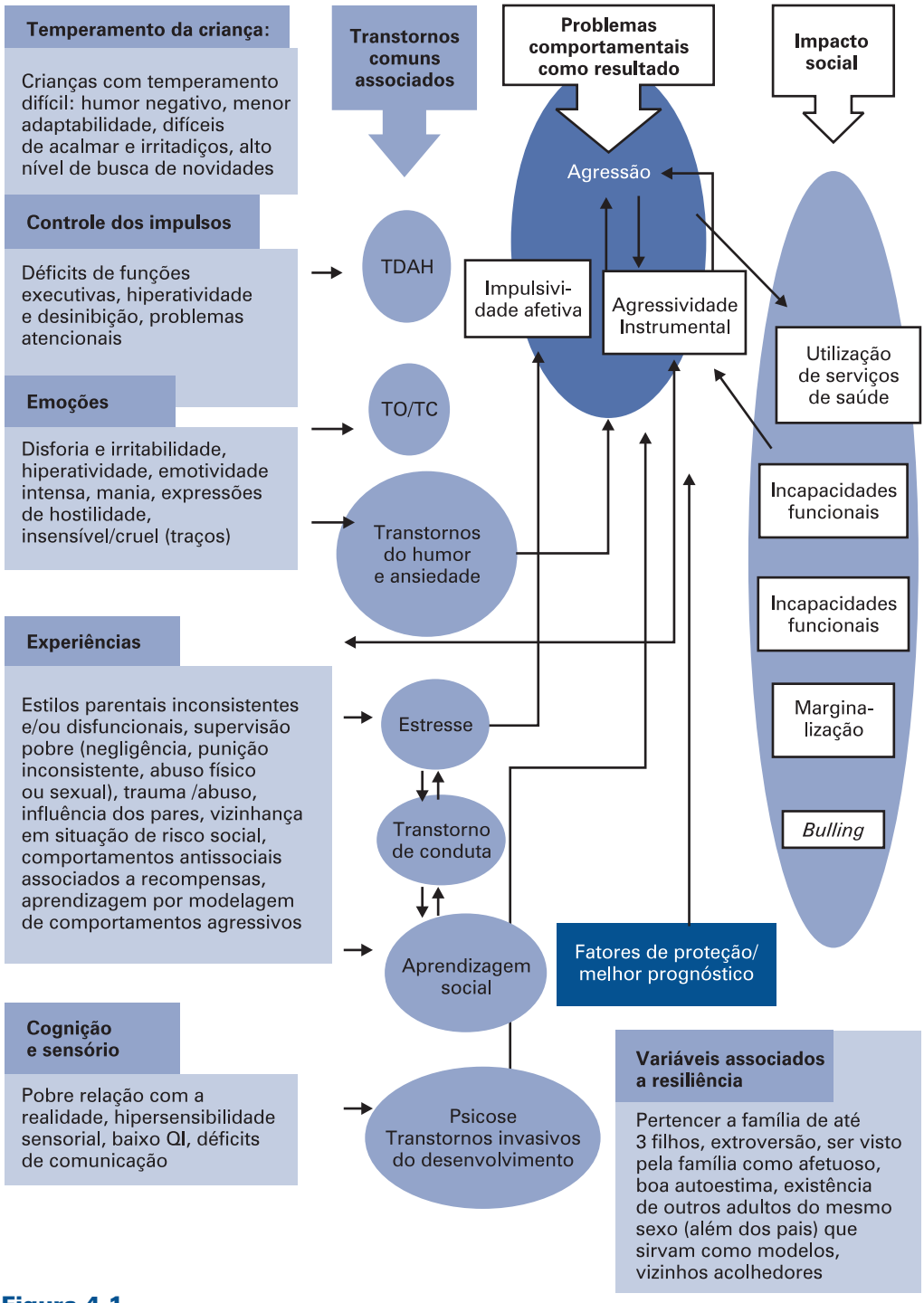


Figura 4.1
Influências sobre o desenvolvimento de comportamentos agressivos.
(Figura adaptada de Blader e Jensen, 2007; Stubbe 2008; Gomide, 2007; Rutter, 1992; Petersen, 2010)

tologia de base existente. Considerando-se que em outros capítulos deste livro o leitor encontra terapêuticas específicas para transtornos mentais específicos, nos quais os sintomas de impulsividade e raiva também estão presentes, optou-se por não explicitar questões referentes à abordagem medicamentosa da impulsividade. Este capítulo enfatiza as técnicas cognitivas e comportamentais específicas para abordagem de crianças com comportamentos impulsivos. O treinamento parental será tratado à parte nesta edição.

A fim de contemplar e de aprimorar as funções executivas afetadas nesta população, os terapeutas cognitivo-comportamentais utilizam essencialmente as estratégias de automonitoramento e de resolução de problemas. O trabalho de melhoria da habilidade metacognitiva (pensar sobre o próprio pensar) e de resolução de problemas está bem descrito em diferentes protocolos de intervenção para crianças com TDAH e impulsivos de um modo geral (Knapp, Rohde, Lyszhowski e Johannpeter, 2002; Kendall, 2006). Para ilustrar, apresenta-se a seguir uma vinheta clínica do paciente Pedro, 8 anos, com TDAH.

Pedro é o primeiro filho de dois. Foi trazido à consulta por não estar conseguindo aprender a ler, por aderir pouco às ordens dos pais e por ter excesso de manhas. Tem histórico de TDAH na família, sendo que o pai demonstra indicativos sólidos de também ter o transtorno. Após avaliação neuropsicológica e neuropediátrica, recebeu diagnóstico de TDAH. Pedro está em tratamento com metilfenidato e terapia cognitiva associada. Recebeu psicoeducação quanto ao TDAH, está em programa de modificação de comportamento com economia de fichas. Os comportamentos principais definidos a serem modificados foram tomar banho sem oposição, reduzir as resistências nas atividades que exijam mais esforço, cumprir o horário combinado e aderir ao uso do fármaco (metilfenidato) sem manhas.

A técnica comportamental de economia de fichas pode servir para motivar os pacientes no âmbito do tratamento, já que muitos deles, com transtornos externalizantes, têm baixa motivação para o tratamento (Anexo 1). Além dessas técnicas, Pedro está recebendo ajuda para resolução de problemas. O protocolo a seguir é uma adaptação do programa Stop and think de Kendall (1992b).

PARE E PENSE



Paciente: Pedro, 8 anos.
Vamos exercitar cinco passos para solução de problemas.
Escolha um dos exemplos a seguir:

1. Você está pulando no sofá e sua mãe pede para parar.
2. A professora está fazendo perguntas, e você está louco para responder a todas, mas ela não lhe chama nunca.
3. Você está vendo TV, e seu irmão muda o canal.
4. Sua mãe pede que você almoce à mesa com toda a família bem na hora que vai começar o Ben 10.

Que número você escolheu para começar? 4

1º Passo – Pare e pense por um minuto.
Qual o problema? Escreva com suas próprias palavras:

A mãe quer que eu coma na mesa e eu quero ver TV.

2º Passo – Defina pelo menos três possíveis soluções

a) Falo "Que droga!".

(continua)

b) Não comento.
c) Peço para esperar um pouco.

3º Passo – Como você vai se sentir com sua 1ª opção? Mal.

Como o(s) outros vão se sentir com a sua 1ª opção? A mãe vai ficar braba.

Como a outra pessoa poderia agir? Castigo.

Pergunte a si mesmo:

Como você se sentiria com sua 2ª opção? Mal e depois com fome.

Como a outra pessoa se sentiria? Mal.

O que a outra pessoa faria? Castigo.

Pergunte a si mesmo:

Como você se sentiria com sua 3ª opção? Bem.

Como a outra pessoa se sentiria? Feliz, porque iriam me considerar educado.

O que a outra pessoa faria? Desculparia.

4º Passo – Após pensar sobre todas as possibilidades, uma delas será a melhor solução para você? Escreva a seguir:

A última.

5º Passo – O que você pensaria sobre o que fez? MUITO BOM!

O que você poderia dizer a si mesmo? Ótimo, parabéns!

Repita com seu paciente criando situações adaptadas à sua realidade e siga os passos estruturados a seguir.

Vamos exercitar com um novo problema. Volte à primeira página e escolha uma nova situação:

Que número você escolheu?

Vamos usar passos para resolver o problema.

1º Passo – Pare e pense por um minuto. Qual o problema? Escreva com suas próprias palavras:

2º Passo – Defina pelo menos três possíveis soluções:

A)

B)

C)

3º Passo – Como você vai se sentir com a sua 1ª opção?
Como o(s) outro(s) vão se sentir com a sua 1ª opção?
Como a outra pessoa poderia agir?

Pergunte a si mesmo:

Como você se sentiria com sua 2ª opção?

Como a outra pessoa se sentiria?

O que a outra pessoa faria?

Pergunte a si mesmo:

Como você se sentiria com sua 3ª opção?

Como a outra pessoa se sentiria?

O que a outra pessoa faria?

4º Passo – Após pensar sobre todas as possibilidades, uma delas será a melhor solução para você. Escreva:

5º Passo – O que você pensaria sobre o que fez?
O que você poderia dizer a si mesmo?
Sugestão de tarefa para casa:

PARE E PENSE

Tarefa para casa

Escolha uma situação que envolva você e mais uma pessoa. Defina o problema, pense em três alternativas de solução e considere como você e a outra pessoa irão se sentir em cada uma das possibilidades de solução. Como a outra pessoa vai agir? Qual sua opção?

Tarefas baseadas no programa Stop and think de Kendall (1992b).



Assim como Pedro, muitos pacientes impulsivos apresentam prejuízos na capacidade de solucionar problemas e irão necessitar exercitar essa habilidade entre outras. Esse tipo de tarefa é conduzida em situações de afetos neutros permitindo a criança exercitar a habilidade sem a invasão de afetos negativos que normalmente resultam em condutas impulsivas.

Os comportamentos agressivos são complexos e multifatoriais fazendo com que a intervenção necessariamente seja multimodal a fim de contemplar os diferentes fatores etiológicos e mantenedores do comportamento disfuncional. Fatores de risco e proteção devem ser determinados buscando promover resiliência. Essa perspectiva de avaliação vai permear a intervenção e iluminar a conceitualização de casos.

CONCEITUALIZAÇÃO DE CASOS NA IMPULSIVIDADE

As conceituações de casos devem ser feitas em diferentes níveis: longitudinal, transversal e descritivo. Do ponto de vista longitudinal, observa-se os fatores predisponentes (temperamento) e os fatores de proteção. Investiga-se a história do desenvolvimento da criança, as crenças centrais, os pressupostos subjacentes e as estratégias de *coping*. No ponto de vista transversal, verificam-se os fatores desencadeantes e mantenedores do comportamento. Já a perspectiva descritiva contempla cinco facetas: mente, corpo, ambiente, humor e comportamento.

É relevante incluir na avaliação os pontos fortes do paciente. Padesky (2008) propõe, além desse roteiro, que o terapeuta construa com o paciente a conceitualização de caso; dessa forma, a compreensão é compartilhada *in loco*, permitindo possíveis correções e oferecendo ideias de mudanças. Para engajar o cliente na tarefa, é importante buscar informações, utilizar suas palavras, motivá-lo a fazer conexões, encorajá-lo a desenhar e a escrever sobre os tópicos investigados. A partir dessa construção, será possível elaborar o plano de tratamento também de forma compartilhada.

Young (1996) destaca em seu questionário de estilos parentais alguns comportamentos dos pais correlacionados à organização de esquemas que resultam em autocontrole insuficiente. Algumas perguntas são bastante úteis se feitas aos pais e ao jovem, contrastando-se as respostas.

QUADRO 4.1
Esquema de autocontrole insuficiente

- Oferece pouca disciplina ou limites claros em relação ao que a criança pode ou não fazer?
- Estabelece poucas regras ou responsabilidades para a criança?
- Permite que a criança fique brava ou perca o controle?
- É uma pessoa indisciplinada?

Essas perguntas colaboram para esclarecer a possível participação dos pais na organização do esquema de autocontrole insuficiente.

Em relação ao EID de merecimento/grandiosidade, outras questões podem ser aplicadas.

QUADRO 4.2
Esquema de merecimento/grandiosidade

- Exagera nos mimos?
- Faz com que a criança se sinta especial, melhor que a maioria das pessoas?
- É exigente, a criança espera que as coisas ocorram à sua maneira?
- Não ensina a criança a ter responsabilidade para com os outros?

Ainda no que diz respeito à conceituação cognitiva do caso, Vermon (1998) indica a análise racional da situação de impulsividade. Para tanto, algumas técnicas podem ser muito eficientes. Essa forma de intervenção supõe um certo patamar da metacognição (mais de 7 anos) e visa modificar o modo como a criança constrói o sentido nas situações.

QUADRO 4.3
Problemas e soluções

Degraus para soluções (Vermon, 1998)

Definir o **P**roblema claramente
Ter visão **R**ealista do problema: grande ou pequeno?
Pensar **O**pções para cada ponto
Pensar **B**em sobre as consequências de cada opção
Buscar **L**evar em conta a opinião de outros
Pensar em **E**liminar opções
Definir **M**etas em seu plano de solução
Tentar **A**plicar a solução

TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO EM TCC

O programa de intervenção em TCC em grupo ou individual Stop and think (Kendall e Finch 1976; 1978; Kendall 1992a; 1992b) foi testado empiricamente e mostrou indicadores de efetividade. Nele foram agrupadas as principais intervenções propostas nesse modelo manualizado para explicar a proposta terapêutica em casos de jovens impulsivos.

Na perspectiva utilizada, oferece-se ao clínico, antes de tudo, subsídios para a melhor compreensão do caso e sugestões típicas em tratamentos manualizados testados quanto à efetividade, para que se possa dar suporte à organização personalizada aos pacientes, o que contemporaneamente se tem convencionado denominar tratamentos modulares.

A clínica infantil é predominantemente lúdica e necessita de mediadores concretos, como brinquedos, materiais gráficos entre outros. O tratamento da impulsividade tem dois vértices a serem contemplados: o treinamento de pais e a reestruturação cognitiva do paciente.

O uso do treinamento parental, como sugere Kazdin (2005), é sempre aplicado aos casos em que a impulsividade e a raiva estão configuradas, como nos transtornos de oposição e em outros comportamentos antissociais. Nesse contexto, a intervenção comportamental de controle de contingência terá lugar privilegiado. Já a reestruturação cognitiva é implementada em relação à criança, para que seus esquemas mentais disfuncionais e, consequentemente, suas crenças disfuncionais tenham suas valências de ativação alteradas.

No programa Stop and think de Kendall (1992a), alguns pontos são enfatizados:

- a relação custo-benefício dos comportamentos por controle de contingência;
- o incentivo da utilização de reforços sociais e de autorrecompensas para situações de sucessos e para comportamentos apropriados.

Isso tudo é feito pelo sistema de economia de fichas (dinheirinho de brinquedo ou fichas de pocker podem ser úteis) em que é usado um sistema de troca em comum acordo entre paciente e terapeuta.

O programa oficial é estruturado em 20 sessões, mas os tratamentos manualizados têm por finalidade a pesquisa de efetividade dos procedimentos terapêuticos, e o tratamento é sempre finalizado independentemente dos resultados individualizados. O objetivo primeiro é comparar os resultados do grupo de pacientes tratados em relação ao grupo-controle.

No caso da clínica privada, diferentemente dos protocolos de pesquisa, o clínico deverá nortear o tratamento pautado nos resultados individualizados, avaliando os avanços do paciente em relação a ele mesmo ao longo do tempo, definindo o número de consultas a partir da necessidade deste para cumprir os objetivos estabelecidos. As técnicas propostas, a fim de desenvolver autocontrole, são estratégias de resolução de problemas que incluem autoinstrução e geração de alternativas, custo pela resposta, autoavaliação, reconhecimento de emoções e noção de consequências (ABC). O terapeuta terá o papel de treinador, ajudando a criança a gerar alternativas, pensar nas consequências de seus atos e fazer planos. Não é o caso de o terapeuta ter as respostas, ele deve ter boas perguntas. Juntos, terapeuta e criança vão construir alternativas para parar e pensar antes de agir.

A clínica infantil é predominantemente lúdica e necessita de mediadores concretos, tais como brinquedos, materiais gráficos, entre outros.

Kendall (1992a) propõe que o terapeuta tenha em mente alguns pontos básicos que vão permear as sessões. Além do trabalho nestas, a terapia terá sua consolidação nas tarefas de casa. É importante que a criança tenha clareza da importância das tarefas para que o tratamento possa evoluir favoravelmente em tempo desejável. Ela pode definir com o terapeuta sua "escada" de dificuldades a ser tratada na primeira consulta. Friedberg e McClure (2004) propõem um mediador concreto que mostra a hierarquia dos problemas de acordo com a ordem estabelecida pela criança quanto ao que ela pensa ser mais fácil de modificar.Deve-se pedir que a criança escreva ao lado de cada degrau aquilo que julga que precisa de ajuda, de acordo com o grau de facilidade que ela julga que cada mudança demanda. É importante incluir também nesse levantamento os problemas apontados pelos pais e pela escola, analisando o nível de crítica que a criança mostra quanto aos problemas indicados por outros. A escada será retomada em vários momentos do tratamento e servirá como uma bússola que norteará terapeuta e paciente para manter o curso do tratamento.

Não é o caso de o terapeuta ter as respostas, ele deve ter boas perguntas. Juntos, terapeuta e criança vão construir alternativas para parar e pensar antes de agir.

Tem-se utilizado uma variante dessa técnica que é introduzir "medalhas" de bronze, prata e ouro. Trata-se de adesivos circulares nas cores bronze, prata e ouro que são fixados ao lado de cada item quando o paciente julga que está tendo evoluções graduais. A brincadeira permite trabalhar com a ideia de matizes (dicotômico ou tudo ou nada). Alguns pacientes impulsivos desqualificam as medalhas de bronze ou prata inicialmente até que começam a aprender sobre a disfuncionalidade de seu modo de pensar e a possibilidade de substituí-lo por outra forma. Quando se trabalha a reestruturação cognitiva, oferece-se aos pacientes óculos enormes de plástico que normalmente provocam muitos risos quando veem o terapeuta utilizando-os. Logo pedem para experimentar os óculos que têm duas vezes o tamanho do rosto. Aproveita-se a intensidade afetiva desse momento para encontrar pensamentos funcionais que possam substituir aqueles detectados como disfuncionais.

Os momentos com intensidade afetiva são registrados em nossa memória de modo mais efetivo. Os afetos positivos também geram intensidades afetivas, e a TCC com crianças deve procurar manter o humor e a colaboração. A infância é caracterizada pela



Figura 4.2
Escada de problemas a serem solucionados. Adaptada da estratégia do próximo degrau de Fridberg e McClure (2004).

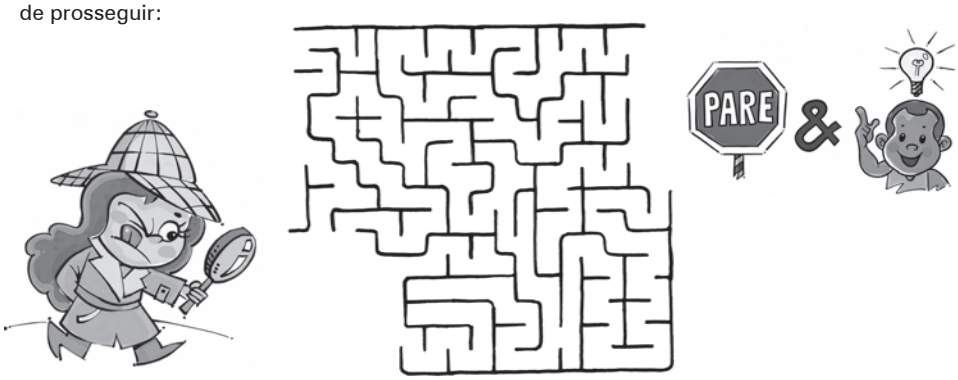
brincadeira, e a criança entende como natural a diversão. Uma vez construída a aliança de trabalho, são introduzidas as tarefas para casa, que Kendall (1992b) preferiu chamar de STIC (*Show that I can*). Substituiu-se por MOEP (Mostrar o que eu posso).

As habilidades desenvolvidas com diferentes técnicas do MOEP são recompensadas em um sistema de trocas estabelecido entre terapeuta e paciente, por um sistema de pontuação e recompensas predefinidas, assim como o custo (perda de pontos) por condutas indesejáveis. (Ver anexos 1 e 2.)

A criança deve ser convidada a ser um investigador/cientista. O empirismo colaborativo de Beck é representado concretamente na ação de um detetive (paciente) e seu assistente (terapeuta) na busca de pistas que levem à solução dos problemas.

EXERCÍCIO 1

Ajude o detetive a encontrar o caminho que leva ao sinal PARE E PENSE. Tome cuidado... Faça o caminho mentalmente antes de marcar no papel. Use suas habilidades de parar e pensar antes de prosseguir:



A seguir, use uma das estratégias de intervenção para começar a abordar a discriminação de afetos e leitura adequada de expressões faciais (**Figura 4.3**).



PENSE SOBRE
SEUS SENTIMENTOS



TAREFA PARE & PENSE

Escreva uma frase para cada Face. O que teria acontecido? O que eles poderiam estar dizendo?

Tarefa para casa: Pegue 3 fotografias de pessoas em revistas ou jornais. Identifique e descreva seus sentimentos. Escreva uma ou duas frases para cada fotografia.



Figura 4.3
Pare e pense. Baseado no programa *Stop and think*, de Kendall (1992b).

Friedberg, Friedberg e Friedberg (2001), ao apresentar o programa PANDY (*Preventing Anxiety and Depression in Youth*), trazem algumas propostas úteis, particularmente nas situações de impulsividade ligadas aos estados ansiosos. A ansiedade apresenta o mesmo conjunto de respostas corporais, emocionais e comportamentais do estresse agudo. O medo resulta em luta e fuga. A inquietação corporal pode ser observada em crianças com ansiedade generalizada, assim como comportamentos impulsivos, gerados pelas suas "urgências" movidas pela ansiedade. O exercício a seguir, adaptado de Friedberg, Friedberg e Friedberg (2001), permite trabalhar com o modelo ABC.

DIÁRIO DE SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

EVENTO (O que aconteceu [A]) _____

_____

_____

_____

_____



Pensamentos (B)



SENTIMENTO (C):

_____



Pare
Pense
Ação (C)

As técnicas de intervenção sugeridas neste capítulo podem facilitar a aproximação com o paciente e com as dificuldades geradoras da raiva recorrente e da impulsividade. Young (1992) sintetiza os pontos de urgência a serem abordados quando se detecta os esquemas subjacentes a condutas e afetos negativos. Agrega-se à necessidade de estabelecer junto aos pais um espaço reflexivo sobre estilos e práticas parentais reforçadoras dos esquemas. A tarefa do terapeuta será encontrar o caminho com os pacientes para enfrentar os esquemas, através de algumas diretrizes:

Esquema de grandiosidade/merecimento cognitivo

1. Modificar a visão que o paciente tem de si mesmo de ser alguém especial com direitos especiais.
2. Encorajar a empatia em relação aos outros – princípio da reciprocidade.
3. Realçar as consequências negativas da grandiosidade.

Experiencial

1. Avaliar o lado vulnerável do paciente: esquemas subjacentes.
2. Analisar com os pais os estilos parentais relacionados à formação e à manutenção do esquema.

Comportamental

1. Interromper o padrão de comportamento autocentrado: equilibrar suas próprias necessidades com as necessidades alheias – seguir as regras.

Relacionamento terapêutico

1. Confrontar a tendência para o engrandecimento – estabelecer limites.
2. Apoiar as vulnerabilidades.
3. Não apoiar/reforçar *status*/posição/categoria, etc.

(continua)

Esquema autocontrole e autodisciplina insuficiente

Cognitivo

1. Ensinar o paciente sobre o valor da gratificação a curto prazo *versus* gratificação a longo prazo.

Experiencial

1. Explorar mentalmente afetos e esquemas nucleares subjacentes.
2. Analisar com os pais os estilos parentais relacionados à formação e à manutenção do esquema.

Comportamental

1. Ensinar autodisciplina através de tarefas estruturadas.
2. Ensinar técnicas de controle das próprias emoções.

Relacionamento terapêutico

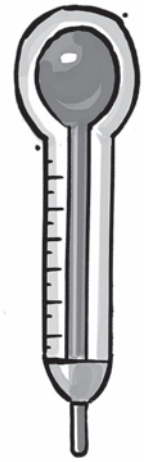
1. Ser firme, estabelecer limites.

Friedberg, Friedberg e Friedberg (2001) oferecem mais uma atividade que pode viabilizar a conexão da criança com seus afetos e potencializar estratégias de enfrentamento (*coping*). A metáfora utilizada pelos autores é "surfando no mar de raiva", baseada na ideia de que sentimentos fortes são como as ondas do mar: formam-se, crescem com força e acabam na praia como pequenas ondulações. Algumas crianças vivem a raiva como uma pressão interna que precisa ser liberada imediatamente. A proposta é oferecer a medição cognitiva entre o evento e a ação.

SURFANDO A ONDA DA RAIVA



A criança precisa aprender a identificar seus afetos e pensar nos antecedentes e nas consequências ligados a seus estados afetivos. Algumas metáforas são úteis. O marcador da gasolina da raiva pode ser utilizado, assim como a metáfora do termômetro proposta por Friedberg e McClure (2004). Bunge, Gomar e Mandil (2008) sugerem que os termômetros de pensamento e sentimentos já referidos por Friedberg e McClure (2004) podem ganhar uma versão que mensure a "bronca". Os autores propõem como consigna dirigida à criança que se pergunte: quando surge a indignação, o quanto indignado você fica? Pense e meça de 1 a 10.

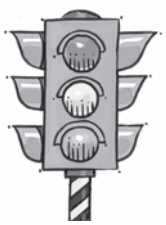


10	Explosivo
9	Descontrolado
8	Furioso
7	Muito indignado
6	Incomodado
5	Um pouco mal-humorado
4	Inquieto
3	Tranquilo
2	Totalmente em paz
1	Totalmente em paz

Depois de aprender a avaliar a intensidade de seus sentimentos, a criança é apresentada ao método de questionamento de demandas de Ellis. Verificam-se com a criança as vantagens e as desvantagens de uma tomada de decisão (C). Trabalhar com as demandas seria como uma vacina que pode inocular na vida mental do paciente um novo jeito de pensar que permitira enfrentar

seus esquemas. Ajuda-se o paciente a criar objeções pragmáticas às suas demandas.

Metáfora do semáforo



PARE

PENSE (em pelo menos duas alternativas)

SIGA (ação)

Metáfora da balança

Coloque na balança as vantagens e as desvantagens da ação que você vai iniciar:



Pontos positivos	Pontos negativos
_____	_____
_____	_____
_____	_____

À medida que a criança aprende a parar, pensar e gerar alternativas para suas ações, passa a ter a possibilidade de avaliar. Utilizando esses mediadores, pode-se questionar a demanda do ponto de vista pragmático. A raiva frente a uma frustração denuncia a demanda narcísica e permite vislumbrar a presença de distorções cognitivas derivadas da demanda. O objetivo do tratamento será substituir os "deverias" dirigidos para o outro ou para si mesmo na forma de autocondenação. Percebem-se os derivados dessa distorção cognitiva com expressões como "não suporto" ou com pensamentos exagerados dos pacientes regidos pela lógica tudo ou nada. Uma parte dos pacientes com funcionamento intelectual mais refinado se beneficia com o questionamento pragmático: de que serve ter um ataque de ira? Você imagina que vai modificar as pessoas ou o ambiente com a conduta agressiva? O paciente pode ser convidado a entender a diferença de ser assertivo e ser agressivo. Do ponto de vista prático, ele entenderá que as consequências (afetivas e comportamentais) trazem outras consequências de curto, médio e longo prazos. Portanto, do ponto de vista prático, o paciente teria uma oportunidade de perceber que seus ataques de ira, em última análise, são improdutivos.

A breve vinheta a seguir exemplifica lagumas intervenções.

Márcia, 10 anos, diagnóstico de transtorno bipolar comórbido com TDAH, realizou sua reflexão sobre um evento da seguinte maneira (Ellis, 2003):

A Pediu uma lata de refrigerante vazia à colega e ela não quis dar durante a aula.
B Como essa menina é chata.
C Foi para fora da sala de aula e ficou mais braba ainda.
D 'De que serve achar que a colega deveria fazer tudo o que você quer na hora em que quer?
B2 Queria que o mundo girasse em torno de mim!
D2 E de que ajuda pensar assim?
B3 Não adianta nada.
D4 Qual seria uma forma mais legal de pensar nesta situação?
B4 Que ela não precisa fazer tudo o que quero?
D5 O que parece? Ter pensamentos maus trazem o quê?
C5 Tristeza e raiva.
D6 Que alternativa teria?
C6 Seguir trabalhando ...ter bons pensamentos para me sentir bem.

Este diálogo ilustra a disputa com os pensamentos disfuncionais suscitando novos pensamentos e novas consequências tanto afetivas quanto comportamentais mais desejadas.

Algumas emoções são autênticas, como raiva, medo e tristeza; algumas são secundárias e podem estar encobrindo outro sentimento. A ira pode estar encobrindo o medo. As emoções podem servir ainda como instrumentais, ou seja, a criança ou o adolescente as usam para conseguir algo. A raiva e a impulsividade têm diferentes etiologias, e neste capítulo a ênfase foi nos aspectos cognitivos sem, no entanto, se esquecer dos aspectos biológicos. Nos pacientes com transtornos bipolares e com TDAH em que as funções executivas falham há maior predisposição para condutas impulsivas e baixo autocontrole.

Algumas emoções são autênticas, como raiva, medo e tristeza; algumas são secundárias e podem estar encobrindo outro sentimento. A ira pode estar encobrindo o medo. As emoções podem servir ainda como instrumentais, ou seja, a criança ou o adolescente as usam para conseguir algo.

A autoinstrução tem sido amplamente utilizada para tratar impulsividade, sobretudo nos quadros de TDAH. A estratégia serve para tratar déficits de mediação cognitiva nas crianças impulsivas. O controle voluntário depende de uma transição entre a regulação externa (pais e professores) até a aquisição da autorregulação por comandos verbais através de diálogo interno (Kristensen, Teodoro, Nonnenmacher, Shaefer, 2007). Segue um caso clínico para ilustrar a conceitualização de um paciente com queixas de impulsividade.

CASO CLÍNICO

Os três níveis de conceitualização descritos anteriormente são exemplificados a partir de um caso clínico.

Jorge, 15 anos, cursa o 8º ano do ensino fundamental. É encaminhado pela escola em virtude de risco de mais uma reprovação e pelo seu comportamento agressivo com alguns professores, bem como sua alta incidência de faltas às aulas. Como fica no pátio da escola, acaba por gerar dificuldades em seu manejo por parte dos coordenadores de disciplina.

O trabalho com o paciente teve que buscar rapidamente a vinculação com ele, o que, de modo geral, não é tão simples assim com esse tipo de problema. Para tanto, trabalhou-se com ele seus objetivos a curto e médio prazo, desfocando-se, aparentemente, das demandas da escola e dos pais.

O paciente conseguiu perceber que a melhor consequência a médio prazo de seus atos seria estudar com muito afinco, não faltar a mais nenhuma aula e assim conseguir passar por média, sem ficar em recuperação na escola. A pior, seria ficar em recuperação, tendo de estudar durante todo o mês de janeiro e parte de fevereiro e, ainda, com risco de reprovação. O paciente identificou duas possíveis saídas para a situação. A primeira, mudaria a conduta e passaria a estudar e, com isso, passaria de ano (o que ele muito deseja) e sairia em férias logo a seguir; a segunda, ficaria em recuperação e perderia de ir para a praia em janeiro, ficando em recuperação na escola.

Percebe-se que o objetivo é levar o paciente a parar o automatismo de sua conduta e refletir (metacognição) sobre as resultantes de seus atos. No caso exposto, seriam os resultados em termos acadêmicos, mas, *a posteriori*, foram vistos em relação a seus relacionamentos com pais, amigos, namorada, etc.

As estratégias de intervenção selecionadas foram:

- Treinamento parental: foi exposta a necessidade de reforçar os comportamentos direcionados às metas e evitar, pelo menos no início, a tendência a punir intensamente as condutas indesejadas (como ocorria normalmente). Quanto às condutas da mãe, foi instruída a limitar sua atenção e ações às solicitações de Jorge (evitando assim a superproteção).
- Economia de fichas.
- Reestruturação cognitiva e treinamento em resolução de problemas do jovem, pelo questionamento socrático de suas crenças e de seus pensamentos automáticos. Nesse processo, Jorge conseguiu se dar conta de

TRÊS NÍVEIS DE CONCEITUALIZAÇÃO

Longitudinal

- História do desenvolvimento: filho mais velho entre 3 irmãos, portador de TDAH e TDO.
- Pais separados desde que ele tinha 5 anos. Mora com a mãe e visita regularmente o pai.
- Pai com diagnóstico de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, sendo muito impulsivo, crítico e perfeccionista.
- Mãe portadora de transtorno de ansiedade generalizada, sendo superprotetora e com humor deprimido.
- Histórico de dificuldades escolares, uma reprovação e troca, até o momento, de duas escolas.
- Conduta de agresividade e de abandono de aula quando não gosta do professor ou quando não consegue realizar as atividades propostas.

Crenças centrais:
Sou "burro" – pouco inteligente.
Preciso ser ajudado pelos outros.
Os outros só criticam.

Demandas:
Eu devo ser atendido o tempo todo.
As pessoas devem entender meu jeito de ser.

Pressupostos subjacentes:
Se eu não fizer tudo certo, sou "burro".
Se eu tentar fazer as coisas e não estiver perfeito, então desisto.
Se me criticam, tenho o direito de revidar.

Desencadeadores:
Dificuldades escolares.

Fatores mantenedores:
Pai critica fortemente seu desempenho.
Mãe ajuda em tudo, sendo condescendente com as desistências do filho.
Crença dos pais de que ele não consegue fazer as atividades do dia a dia de forma independente.

Conceituali-zação descritiva

Questões atuais:

- Necessidade de estudar para as provas de final de ano.
- Postergar atividades prazerosas como ficar na internet, etc., para estudar.
- Buscar maior autonomia, estudando sozinho e só buscar auxílio com a professora particular ou o pai para as matérias que realmente tem dificuldade de entender sozinho (matemática e física).
- Não abandonar as aulas e manter esforço em atividades prolongadas.
- Controlar sua impulsividade/agressividade avaliando as consequências de seus atos *versus* seus objetivos.

Corpo-mente: Portador de TDAH e TDO. Realizada psicoeducação do paciente e dos pais em etapa anterior de tratamento.

Humor: irritado frente às tarefas escolares.

Comportamento: postergação das atividades escolares. Permanece na internet e subestima o risco de reprovação.

Ambiente: resultados escolares incompatíveis com a habilidade intelectual, ambiene permissivo por parte da mãe e crítico por parte do pai.

que tinha poucas estratégias de resolução de problemas e que, dessa forma, o comportamento agressivo era quase que um único recurso. Esse fato é confirmado pela literatura de pacientes com TDO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a importância da melhor compreensão dos comportamentos impulsivos. Diferentes variáveis concorrem para sua determinação, entre elas estão temperamento da criança, déficits de funções executivas, instabilidade ou frieza emocional, experiências familiares traumáticas ou abuso, estilos parentais disfuncionais, vulnerabilidade social e, por fim, aspectos cognitivos e sensoriais como déficit de comunicação, baixo QI e pobre relação com a realidade.

Deve-se determinar os pontos fortes (em termos de afetividade, conduta, interesses e cognição) e os fatores de proteção na vida da criança, para que estes sejam reforçados ao máximo, porque o padrão característico de resposta aos comportamentos das crianças impulsivas é a punição (geralmente positiva de grande intensidade). Ou seja, o agente punidor, ao ter o incômodo comportamento da criança cessado, é reforçado negativamente por essa ação, gera-se assim um círculo vicioso pernicioso.

Após a conceitualização de caso descritiva, longitudinal e conjunta, obtêm-se informações valiosas para estabelecer a estratégia psicoterápica mais adequada. Portanto, são estabelecidos parâmetros para determinar a frequência dos encontros, a forma de participação dos pais e o momento conveniente de se utilizar o conjunto de técnicas descritas em diferentes protocolos que mostram efetividade no tratamento da impulsividade.

REFERÊNCIAS

Bearden, C, Hoffman, K. & Cannon, T. (2001). The neuropsychology and neuroannatomy of bipolar affective disorder: A critical review. *Bipolar Disorder*, 3, 106-150.

Barkley, R. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Manual de diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Bee, H. (2003) *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Artmed.

Blader,J. & Jensen, P. (2007). Agression in children: an integrative approach. In Martin & Volkmar. *Lewis's child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Bunge, E.; Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Libreria Akadia Editorial.

Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol 36(7), Oct 2008, 1083-1095.

Camerini, J. (2004). *Introducion a la terapia cognitiva. Teoria, aplicaciones y nuevos desarollos*. Buenos Aires: CATREC.

Donnelly, E.F., Murphy, D.L., Goodwin FK, Waldman (1982). Intellectual function in primary affective disorder. *Br J Psychiatry*; 140, 633–636.

Ellis, A (1956). An Operational Reformulation of some of the Basic Principles of Psychoanalysis. In H. Feigl & M. Scriven (Orgs.). *The foundations of science and the concepts of psychology and psychoanalysis.* Mineápolis: University of Minnesota Press.

Ellis, A & Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Biblioteca de Psicologia Desclée De Brouwer.

Friedberg, R.D., Friedberg, B.A., Friedberg RJ (2001). *Therapeutic exercises for children*. FL: Professional Resource Press.

Friedberg, R. & McClure, J. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Goldberg, TE; Gold JM, Greenberg, R. (1993). Contrasts between patients with affective disorders and patients with schizophrenia on a neuropsychological test battery. *Am J Psychiatry*; 150 (9), 1355–1362.

Gomide, P. (2006). *IEP – Inventário de Estilos Parentais*. Editora Vozes.

Henry GM, Weingartner H, Murphy DL. (1973). Influence of affective states and psychoactive drugs on verbal learning and memory. *Am J Psychiatry*; 130 (9), 966–971.

Kazdin, A. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisso-*

cial behavior in children and adolescents. Oxford: University Press.

Kendall, P. (2006). *Child and adolescent therapy*. The Guilford Press, Third Edition.

Kendall, P. (1992a). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. Temple University, Workbook Publishing, Inc.

Kendall, P. (1992b). *Stop and think.* Second edition. Temple University, Workbook Publishing, Inc.

Kendall, P. & Finch, A.J. (1978). A cognitive-behavioral treatment for impulsivity: a group comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 46, No. 1, 110-118.

Kendall, P. & Finch, A.J. (1976). A cognitive-behavioral treatment for impulsive control: a case study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 44, No. 5, 852-857.

Knapp, P.; Rohde, L.; Lyszkowski, L. & Johannpeter, J. (2002). Terapia cognitivo-comportamental no TDAH – Manual do paciente. Porto Alegre: Artmed.

Knaus, W. (2008) Rational Emotive Education. Acessado em http://rebtnetwork.org/library/Rational_Emotive_Education.pdf em setembro de 2010.

Kristensen, C. H., Teodoro, M. L. M.; Nonnenmacher, D.; Shaefer, L. S. (2007). Desenvolvimento cognitivo na criança: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. In Caminha R. & Caminha, M. *A prática cognitiva na infância*. São Paulo: Roca.

Martin,A. & Volkmar, F. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Young, J.; Klosko, J. & Weishaar, M. (2008). *Terapia do esquema. Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.* Porto Alegre: Artmed.

Young, J. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.

Young, J. (1996) *Questionário de estilos parentais desenvolvido por Jeffrey Young*. Traduzido por M.C. Salvador, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 1996, Portugal, 2003.

Young, J. (1992). *Guia de estratégias para trabalhar com os esquemas* (Adaptado para o Brasil por Mônica G. Armando). Comunicação pessoal de Young, São Paulo, 2007.

Padesky, C. (2008). *Cognitive behavioral therapy unplugged. Essential skilss for everyday clinical practice*. Comunicação pessoal, São Paulo, Brasil.

Petersen, C. (2010). Aportes teóricos y clínicos para el aborgaje de la impulsividad en niños. In Gomar, M.; Mandil, J. & Bunge, E. *Manual de terapia cognitivo-comportamental con niños y adolescentes*. Editorial Polemos, Buenos Aires.

Rutter, M.(1992). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In Rolf, J; Masten, A.; Cicchetti, D.; Nuechterlein, K. & Weintraub, S. (org). *Risk and protective factors in the development of psychopathology.* Cambridge University Press.

Sargeant,J. (2005). Modeling attention-deficit/hyperactivity disorder: a critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biol. Psychiatry*; 57:1248-1255.

Stubbe, D. (2008). *Psiquiatria da infância e adolescência* . Porto Alegre: Artmed.

Tremblay, R.; Nagin, D. & Seguin, J. (2004) Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatr* 114: 43-50.

Vermon, A. (1998). *The passport program. A journey through emotional, social, cognitive, and self-development. Grades 1-5*. Research Press.

Watkins, J. (2003). La dinámica racional-emotiva de los desordenes impulsivos. In A. Ellis & R. Grieger (org). *Manual de terapia racional-emotiva.* Bilbao: Biblioteca de Psicologia Desclée De Brouwer.

ANEXO 1

BANCO DE TROCAS

Assinale o número de pontos conquistado em cada sessão.





SESSÃO 1	SESSÃO 2	SESSÃO 3	SESSÃO 4	SESSÃO 5
SESSÃO 6	SESSÃO 7	SESSÃO 8	SESSÃO 9	SESSÃO 10
SESSÃO 11	SESSÃO 12	SESSÃO 13	SESSÃO 14	SESSÃO 15
SESSÃO 16	SESSÃO 17	SESSÃO 18	SESSÃO 19	SESSÃO 20

ANEXO 2

TABELA DE RECOMPENSAS

			
RECOMPENSA	**Número de pontos**	**Pontos acumulados**	**Pontos perdidos**
Ex. Jogar com seu terapeuta Futebol nos últimos 10 minutos da consulta			
Ex. Brincar de bonecas nos últimos 10 minutos da consulta			
Ter uma consulta de brincadeiras livres			
Medalha de bronze			
Medalha de prata			
Medalha de ouro			
Crie com seu paciente o que para ele servir como recompensa			

PARTE II

DESENVOLVIMENTO ATÍPICO

5

Transtornos invasivos do desenvolvimento: autismo

Carlo Schmidt
Cleonice Alves Bosa

O autismo não pode ser concebido como um quadro único, mas definido como um transtorno complexo do desenvolvimento, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas que se manifesta em graus variados de gravidade (Gadia, 2006).

Essa definição de autismo está sendo utilizada como sinônimo de transtorno global do desenvolvimento (TGD) e transtorno do espectro do autismo (TEA) e não somente como transtorno autista (TA), conforme estritamente definido no DSM e na CID. Essa distinção é fundamental porque as subcategorias da classificação mais ampla de TGDs, presentes no DSM-IV-TR (2002), se destinam exclusivamente aos propósitos de pesquisa e desenvolvimento de serviços. É consenso atualmente a falta de critérios comportamentais específicos que permitam reconhecer subgrupos mais homogêneos no espectro do autismo que contemplem tanto os propósitos práticos e clínicos quanto para fins de pesquisa (Tuchman e Rapin, 2009).

EPIDEMIOLOGIA

O autismo é uma condição que se manifesta de forma universal em qualquer região geográfica, independente de etnia, classe social ou cultural. Entre as décadas de 1960 e 1990 foi considerado bastante raro, com taxas que variavam entre 4 e 5 crianças afetadas em cada 10 mil, porém estudos epidemiológicos mais recentes têm apontado taxas de até 16 crianças a cada 10 mil para casos de transtorno autista definidos de forma restrita, e entre 20 e 50 a cada 10 mil para crianças com diagnóstico do espectro autista (Lotter, 1966; Chakrabarti e Fombonne, 2005). Desse modo, o autismo passa de uma síndrome inicialmente considerada rara para ocupar o terceiro lugar entre os transtornos do desenvolvimento, superando as prevalências de malformações congênitas e Síndrome de Down.

O sensível aumento na prevalência não significa necessariamente que o número de pessoas com autismo tenha crescido nas últimas décadas, mas que é reflexo de diferentes metodologias de estudos e de um maior reconhecimento dos profissionais a respeito desse transtorno em crianças com acometimento leve.

CLASSIFICAÇÃO (DSM-IV)

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR), da Associação Ame-

Nessa classificação, estão incluídas cinco categorias diagnósticas: transtorno autista, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo da infância, transtorno de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação, sendo o autismo o transtorno prototípico dessa categoria.

ricana de Psiquiatria (APA, 2002), fornece os critérios diagnósticos para o autismo, que apresentam um alto grau de especificidade e sensibilidade em grupos de diversas faixas etárias e entre indivíduos com habilidades cognitivas e de linguagem variadas. De acordo com o DSM-IV-TR, os transtornos globais do desenvolvimento se caracterizam pelo comprometimento grave e invasivo em três áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação e incidência de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas.

Nos Estados Unidos, a idade média do diagnóstico de autismo na década de 1980 era de 4 anos e meio, atualmente tem sido em torno dos 40 meses (Chakrabarti e Fombonne, 2005). Espera-se que triagens precoces com foco na exploração de sinais sociais, no desenvolvimento da comunicação e nos padrões desviantes de comportamento permitam a identificação dessa síndrome em crianças cada vez menores.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Os critérios diagnósticos para o autismo são baseados na tríade de comprometimentos das áreas da interação social, comunicação e comportamentos restritos e estereotipados. A avaliação diagnóstica de crianças com suspeita de autismo deve compreender uma observação dos comportamentos desviantes em comparação com aqueles presentes no curso normal do desenvolvimento infantil, em especial nas dimensões de orientação e comunicação social, e não ser apenas uma checagem da presença ou ausência de sintomas. Portanto, torna-se fundamental que crianças com suspeita de autismo sejam avaliadas por profissionais que tenham conhecimento a respeito do desenvolvimento infantil típico.

Quanto à avaliação das habilidades de interação social, a palavra central parece ser a noção de "espontaneidade" na busca de interação. Enquanto no desenvolvimento típico a voz e o rosto humanos representam para a criança estímulos extremamente poderosos para o engajamento social, no autismo esse comportamento tende a não ocorrer de forma espontânea; inclusive a ausência desse comportamento (p.ex., criança não atende quando chamada pelo nome) tem sido considerada um importante preditor de autismo em crianças de 2 anos (Lord, 1995). De fato, alguns estudos empíricos têm demonstrado que o processamento de rostos por crianças autistas apresenta deficiências (Langdell, 1978; Klin et al., 1999) e anormalidades (Hobson et al., 1988).

Portanto, os comportamentos de regulação da interação social, como o contato visual direto, variação nas expressões faciais, postura e linguagem corporal se apresentarão alterados em casos de autismo, constituindo-se um dos marcadores centrais da síndrome.

Os comportamentos de orientação para voz e rosto humanos ocorrem em um ambiente socioafetivo de comunicação, e nesse contexto se evidenciam os déficits do autismo, o que contrasta com a extrema sensibilidade e reatividade observada em crianças com desenvolvimento típico. Por exemplo, crianças muito pequenas conseguem discriminar rostos felizes de tristes e expressões vocais alegres de zangadas (Field e Walden, 1981; Walker-Andrews e Grolnick, 1983). Já as crianças com autismo tendem a se orientar preferencialmente para objetos inanimados, priorizando estímulos sensoriais e estéticos aos afetivos. Um estudo mostrou que crianças com autismo tendem a classificar fotos de pessoas considerando o tipo de chapéu usado, e não a expressão facial, a idade ou o gênero (Weeks e Hobson, 1987).

No desenvolvimento das habilidades de interação social, crianças muito pequenas aprendem a esperar a contingência entre suas ações e a de seus pares, apresentando comportamentos que denotam seu interesse em manter uma estrutura de reciprocidade. Por exemplo, reações claramente negativas da criança em relação à pouca demonstração de afeto materno ou à compreensão e à variação dos papéis em jogos de imitação social são vistos como comportamentos em que ela não apenas espera reciprocidade, como também toma iniciativas para mantê-los (Trevarthen, Aitken, Papoudi e Robarts, 1996). Crianças com autismo, em todas as faixas etárias, tendem a apresentar graus variados de dificuldades na sintonia e no engajamento emocional em ações sociais.

Outro aspecto do desenvolvimento que envolve a orientação e a comunicação sociais merece atenção na avaliação de crianças com suspeita de autismo: as habilidades de atenção compartilhada. Antes de completar 1 ano, crianças com desenvolvimento típico passam aos poucos não apenas a se aproximar ou se direcionar às pessoas, mas também a tomar iniciativas no sentido de direcioná-las e engajá-las no compartilhamento de um foco comum de atenção externo, comportamento conhecido como habilidades de atenção compartilhada (Mundy e Sigman, 1989; Mundy e Neal, 2000). Definido como o comportamento de alternância de olhar entre a mãe e um objeto de seu interesse, acompanhado do ato de apontar, a habilidade de atenção compartilhada tem sido considerada precursora da capacidade simbólica e da linguagem, permitindo diferenciar crianças com autismo de crianças com outros tipos de transtornos do desenvolvimento (Bosa, 2002). Entre os déficits nas habilidades de atenção compartilhada no autismo, o apontar protoimperativo – quando a criança quer que algo lhe seja alcançado – encontra-se mais preservado que o apontar protodeclarativo – aquele em que aponta para compartilhar o interesse em um objeto ou evento. De fato, pesquisas na população brasileira têm mostrado que a habilidade de atenção compartilhada no autismo envolve um déficit específico mais nos comportamentos em que a criança toma a iniciativa (Montenegro e Mercadante, 2007).

Já os comprometimentos da comunicação implicam habilidades verbais e não verbais. Enquanto uma parcela das crianças autistas nunca chega a desenvolver a fala, outras têm uma forma imatura de linguagem, caracterizada por jargões, estereotipias, trocas pronominais, alterações da prosódia ou entonação anormal (monocórdio). Os déficits da fala tendem a permanecer até a vida adulta. Porém, a dificuldade maior se revela na reciprocidade, ou seja, na habilidade de iniciar e manter uma conversa social. Estudos sobre a teoria da mente no autismo têm auxiliado na compreensão dessas dificuldades (Baron-Cohen, 1995). Por definição, as habilidades de teoria da mente envolvem a capacidade de atribuir estados mentais, como crenças, intenções e motivações a outros e, depois, predizer seus comportamentos com base nesses estados internos (Carpenter e Tomasello, 2000; Mundy e Stela, 2000; Premack e Woodruff, 1978). Enquanto essa habilidade deve estar presente na criança com desenvolvimento típico por volta dos 3 anos, aquelas com autismo tendem a apresentar um desvio ou um atraso que acarreta, por sua vez, déficits no comportamento social como um todo, inclusive no uso da linguagem (Bosa, 2000).

Pessoas com autismo apresentam comportamentos restritos, repetitivos e estereotipados de atividades e interesses. Nas crianças que desenvolveram a linguagem, observam-se interesse e preocupação limitados em uma ou duas áreas de interesse (p.ex., linhas de ônibus, datas, estações de rádio, etc.), dificultando o uso do conhecimento linguístico para fins sociais. Crianças menores tendem a manifestar rigidez e pouca criatividade nas brincadeiras, enfileirando, alinhando ou girando objetos sempre da mesma forma, em vez de usá-los para sua finalidade simbólica. Brinquedos também podem ser explorados com foco limitado, como o giro insistente das rodas de um carrinho ou a exploração de determinadas propriedades sensoriais

dos objetos (textura, forma). Há, às vezes, resistência a mudanças na rotina pessoal e/ou na disposição de objetos a sua volta, o que ocasiona crises de comportamento quando ocorrem mudanças não antecipadas. Já as estereotipias motoras (p.ex., *flapping*, *rocking*) são comportamentos mais comumente associados ao autismo, embora não sejam exclusivos deste, pois estão presentes também em outras condições que envolvem alterações sensoriais, como esquizofrenia, deficiências auditivas ou visuais. Além disso, os comportamentos repetitivos no autismo são menos frequentes em crianças com menos de 2 anos, adolescentes ou adultos com alto funcionamento do que em pré-escolares ou escolares (Klin et al., 2006).

ETIOLOGIA

A etiologia psicogênica de que o autismo era causado por pais emocionalmente não responsivos aos filhos, predominou durante mais de 20 anos como gênese do autismo infantil.

O autismo é um dos transtornos de maior hereditariedade (em torno de 90%), com taxas de concordância nitidamente mais elevadas em gêmeos monozigóticos do que dizigóticos (60 a 75%), com prevalência quatro vezes maior em meninos do que em meninas (Van Loo e Martens, 2007). Mesmo identificados genes candidatos na suscetibilidade genética para o autismo, o mecanismo para a expressão da síndrome é complexo e ainda desconhecido.

Atualmente essa hipótese tem dado lugar à compreensão do autismo como um distúrbio do desenvolvimento presente desde o início da vida, em que a precocidade, o perfil e a cronicidade dos sintomas sugerem que mecanismos biológicos são centrais na etiologia.

Vários estudos neuropsicológicos têm investigado as estruturas cerebrais cuja função está implicada nos déficits de cognição social no autismo, como o cerebelo, a amígdala, o hipocampo, o lobo frontal e os gânglios da base. No entanto, apesar de se encontrar diversas alterações, nenhuma se mostrou típica e exclusiva do autismo.

Outras hipóteses etiológicas têm sido aventadas, como a possibilidade de ser uma condição genética ligada ao cromossomo x, um transtorno metabólico causado por vacinas (p.ex., vacina tríplice viral) ou conservantes utilizados em programas de imunização (p.ex., timerosal presente no mercúrio). Porém, os dados atuais ainda são limitados para validar quaisquer conclusões sobre essas hipóteses (Rutter, 2005).

A associação do autismo com outras condições clínicas tem apoiado as hipóteses neurobiológicas desse transtorno. A epilepsia é muito associada ao autismo, com tendência a se manifestar na primeira infância ou na adolescência, com taxas de prevalência de até 25%. As alterações eletroencefalográficas (EEG) ocorrem em 13 a 83% dos casos. A deficiência mental está presente em 75% das pessoas com autismo, porém as duas condições devem ser consideradas de forma distinta.

Entre outras condições potencialmente associadas ao autismo estão doenças infecciosas (p.ex., rubéola, toxoplasmose, sífilis, varicela, caxumba, herpes simplex), metabólicas (p.ex., fenilcetonúria) e genéticas (p.ex., X-frágil, esclerose tuberosa).

CURSO E PROGNÓSTICO

As descrições retrospectivas dos pais de autistas sobre possíveis alterações no desenvolvimento precoce dos filhos (p.ex., muito agitados ou, ao contrário, muito passivos) apontam para anormalidades presentes desde o nascimento. Porém, evidências sobre alterações no primeiro semestre de vida têm se mostrado contraditórias. O mesmo parece não ocorrer em relação ao segundo semestre, em especial após os 9 meses, fase em que a criança inicia uma busca ativa por um compartilhamento de

experiências com os outros (Bosa, 2005). Nessa fase do desenvolvimento parece haver uma tendência das crianças autistas, quando comparadas a outras sem problemas de desenvolvimento, em fazer menos contato direto de olhar, sorrisos, orientação para a face, balbucios e resposta ao ser chamado pelo nome (Trevarthen et al., 1996). Ainda no segundo semestre, é comum a criança com autismo ter dificuldade em "se aninhar" no colo de adultos, adotando uma postura rígida e desconfortável, ainda que isso não seja identificado por todos os pais. Por exemplo, o estudo de Sanini e colaboradores (2008) mostrou que as crianças com autismo foram capazes de demonstrar comportamentos de apego em relação a suas mães, tanto quanto o grupo-controle (crianças com síndrome de Down e com desenvolvimento típico). Podem também exibir hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais (táteis, visuais, auditivos) e anormalidades no desenvolvimento motor (andar sem antes engatinhar).

Entre o segundo e terceiro ano, a criança pode se mostrar refratária a estímulos sociais, dirigindo-se diretamente aos objetos de seu interesse sem a consulta ou solicitação de ajuda de adultos. Estimulações sensoriais como o ranger de dentes, arranhar ou esfregar superfícies, fitar fixamente detalhes visuais, às próprias mãos em movimento ou a objetos com movimentos circulares são comuns nessa idade. Particularidades motoras também podem estar presentes, como andar na ponta dos pés, ou estereotipias envolvendo membros superiores (*flapping*, *rocking*) ou movimentos complexos do corpo (girar em torno de si).

Entre o quarto e quinto ano, a aquisição da linguagem pode estar ausente, limitada ou com características típicas (ecolalia, inversão pronominal, anomalias no ritmo ou no tom do discurso). A atividade lúdica é caracterizada por imaginação e fantasia limitadas, dificultando a integração da criança em jogos sociais com pares. Ao final do quinto ano, há uma tendência à diminuição da intensidade das características antes apresentadas, é como se houvesse um retorno do interesse pelo uso da fala e comunicação interpessoal.

Na adolescência, os sintomas podem se tornar menos evidentes. Há uma tendência à diminuição da motilidade e uma melhora da resposta a estímulos sensoriais, assemelhando-se a casos de deficiência mental. As mudanças no organismo, provocadas pela maturação biológica típica dessa fase do desenvolvimento, podem acarretar alterações de humor, agitação, impulsividade e hiperatividade. Um quadro de depressão pode ser observado em autistas jovens, em especial naqueles com bom funcionamento cognitivo, por perceber com maior clareza suas diferenças em comparação aos outros.

Embora muitas características clínicas melhorem durante o desenvolvimento da criança (p.ex., isolamento, aspectos cognitivos, linguagem), outras podem permanecer com algum grau de comprometimento por toda a vida, como a sociabilidade. Estudos de seguimento mostram que apenas uma pequena parte dos indivíduos adultos com autismo consegue trabalhar, viver independentemente ou desenvolver relações interpessoais. A maior parte só encontra trabalho se contar com o apoio da família, vive com dependência direta, necessitando continuamente de assistência dos familiares, instituições e outros sistemas de suporte (Howlin, 1997). Contudo, programas de intervenção precoce podem promover avanços importantes nas áreas de independência e atividades de vida diária, contribuindo para uma melhor qualidade de vida desses indivíduos e de suas famílias.

Em função da grande heterogeneidade do autismo, a manifestação dos sintomas pode variar enormemente em intensidade e qualidade de uma criança para outra. Enquanto as alterações sensoriais e motoras tendem a se mostrar mais proeminentes na idade pré-escolar, o comprometimento nas áreas de relacionamento, comunicação e linguagem parecem ser mais estáveis ao longo da vida (Facion et al., 2002).

O prognóstico está relacionado a alguns preditores importantes do funciona-

mento social e geral da criança, como o nível cognitivo (mais específico em crianças com deficiência mental), o grau de prejuízo da linguagem (presença ou não de linguagem funcional até aproximadamente os 5 anos) e o desenvolvimento de habilidades adaptativas, como as atividades de vida diária e de autocuidado. Além disso, a existência de comorbidades e outras condições médicas gerais também podem exercer impacto no desenvolvimento futuro do sujeito.

TRATAMENTOS: PSICOTERAPIA E/OU MEDICAMENTOSO

O tratamento para o autismo envolve uma ação transdisciplinar. Como o autismo é um transtorno amplo, necessita de intervenções de diferentes áreas do conhecimento que incluam todos os comprometimentos da criança, mas que, sobretudo, focalizem suas potencialidades. É importante lembrar que o autismo geralmente não compromete todas as áreas do desenvolvimento, e muitos comportamentos disfuncionais tendem a ser mantidos por circunstâncias do ambiente, variando ao longo do tempo. Portanto, parece não existir um tratamento único que dê conta das diferentes demandas em casos de autismo, mas tratamentos que podem ser úteis para determinada criança em um determinado período do desenvolvimento e contexto da vida familiar.

A intervenção a ser utilizada no tratamento do autismo deve ser selecionada com base na avaliação do perfil que a criança apresenta naquele momento e nos pontos fortes e fracos das áreas social, comportamental e linguística. Os programas de tratamento para autismo geralmente incluem como alvo o desenvolvimento social e cognitivo, a aprendizagem e a resolução de problemas, as habilidades de comunicação verbal e não verbal, a redução de comportamentos disfuncionais e apoio às famílias. Para isso, as abordagens mais utilizadas têm sido as intervenções psicoeducacionais e farmacológicas.

As intervenções psicoeducacionais têm como foco o desenvolvimento de comportamentos que as crianças típicas adquirem naturalmente, mas mesmo assim necessitam de um ensino especial. Os princípios de ensino estruturado são utilizados principalmente pelo programa Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH), partindo da ideia de que crianças e jovens com autismo têm um perfil cognitivo diferenciado e necessitam de estratégias educativas especializadas. A ênfase na organização e na estrutura do ambiente prevê a criação de rotinas de trabalho, o uso de pistas visuais e instrumentos de apoio organizados sistematicamente para facilitar a compreensão e promover a autonomia da criança. Já as atividades terapêuticas e educacionais fazem parte de um planejamento individualizado e são adaptadas de acordo com o nível de desenvolvimento e com as habilidades prévias do aluno, que é avaliado por instrumentos próprios como o Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R). As estratégias comportamentais e cognitivas do programa de ensino incluem a divisão de atividades complexas em unidades menores, passíveis de serem treinadas passo a passo e posteriormente generalizadas para outros contextos. Algumas dessas atividades podem ser ensinadas aos pais, que atuam como coterapeutas, intensificando o tratamento na ausência do terapeuta.

A intervenção de Análise Aplicada do Comportamento (ABA) tem contribuído positivamente para o ensino de crianças com autismo, em especial na redução ou extinção de comportamentos. A partir das teorias de aprendizagem social, entende-se que os comportamentos dessas crianças dependem de suas consequências, logo, são mantidos por relações de contingência e passíveis de modificação. Muitos dos comportamentos disfuncionais exibidos por crianças com autismo são mantidos por suas consequências. Por exemplo, crianças que fazem uso de gritos ou autoagressões como forma de obter atenção geralmente a conseguem, mesmo que a atenção dispensada ocorra sob a forma

de repreensões. Dessa forma, estabelecem-se relações de contingência que reforçam e mantêm muitos desses comportamentos. As técnicas a fim de modificá-los visam eliminar os reforços contingentes e passam a reforçar apenas os comportamentos-alvo mais adaptativos.

Os princípios de reforço podem integrar o tratamento através de diversas técnicas aplicadas, como a comunicação facilitada. O Picture Exchange Communication System (PECS) tem como objetivo ensinar a criança a se comunicar por trocas de figuras, facilitando a expressão de seus desejos e necessidades em um contexto social de interação (Bondy e Frost, 1994). As figuras, comumente dispostas em cartões, são utilizadas como formas de pedidos, substituindo algo desejado. O reforço subsequente faz com que o comportamento de utilizar os cartões seja instalado, ampliando o repertório comportamental da criança e servindo de instrumento de comunicação quando ela não possui o comportamento verbal necessário para interagir com o ambiente. Para tanto, é necessário que a criança possua as habilidades necessárias para seu uso, como discriminação visual e habilidade de combinar figuras com objetos que as representam.

Além das intervenções psicoeducacionais, de base comportamental, também existem abordagens com foco no desenvolvimento da criança como o Floor Time (Greenspan e Wieder, 2000) e o SCERT (Prizant, Wetherby e Rydell, 2000). Ambos favorecem o desenvolvimento da linguagem pré-verbal e verbal e das habilidades de comunicação funcional em ambientes naturais. Com a intervenção dos pais ou terapeutas, esses tratamentos procuram retomar a sequência do desenvolvimento típico inicial, de modo a maximizar as condutas intencionais e socioafetivas da criança. Os modelos de intervenção com foco no desenvolvimento têm sido utilizados de modo combinado com as terapias psicoeducacionais e comportamentais, associados também à intervenção farmacológica, além das experiências vivenciadas na inclusão. Algumas pesquisas têm demonstrado que as experiências podem facilitar o desenvolvimento social dessas crianças (Höher e Bosa, 2009).

Apesar de o tratamento farmacológico não disponibilizar medicação específica para os principais sintomas do autismo, ele minimiza a intensidade dos sintomas-alvo. Determinados sintomas comportamentais como agressividade, comportamento autolesivo, rituais compulsivos e hiperatividade podem se apresentar de forma exacerbada e dificultar a integração social e o acesso a serviços de apoio para a criança com autismo. Nesses casos, a intervenção farmacológica auxilia na estabilização clínica. As drogas mais utilizadas têm sido os neurolépticos (haloperidol), que reduzem a agressividade, as estereotipias e os comportamentos automutilantes, e os antipsicóticos atípicos (risperidona), para atenuar sintomas-alvo como a irritabilidade e a hiperatividade (Gadia, 2006).

Ainda que a administração de medicamentos ofereça uma melhora na qualidade de vida aos pacientes com autismo, é difícil predizer quais pacientes responderão bem a qual medicamento, ocasionando inevitavelmente a ocorrência de efeitos colaterais indesejados como insônia, impregnação ou crises convulsivas. Muitos desses efeitos são impactantes para a família, que pode vir a modificar a dosagem por conta própria ou mesmo interromper o tratamento. Portanto, é importante que os pais, como principais responsáveis pela administração sistemática da medicação, sejam acompanhados e informados sobre essas possibilidades.

O apoio aos familiares tem se mostrado essencial na busca de melhorias para a criança com autismo. As preocupações dos pais sobre os comprometimentos específicos do filho e o curso do desenvolvimento futuro contribuem para um aumento do estresse familiar, o que afeta o desenvolvimento da criança. Pesquisas mostram que as escolas de educação especial têm se constituído como a principal fonte de apoio e orientação às famílias, amortecendo o impacto do estresse sobre os pais (Schmidt e Bosa, 2004). Os profissionais dessas escolas podem desenvolver

estratégias de ensino e técnicas de manejo específicas para a criança, e assim orientar os pais no controle de crises, enfrentamento de birras e outras dificuldades de forma prática e direta. Há inclusive alguns programas de intervenção que incluem os pais como coterapeutas, orientando-os quanto à condução de atividades a serem desenvolvidas com o filho. Manter-se informado também é fundamental, e isso pode ser oferecido por meio de grupos de pais (Semensato, Schmidt e Bosa, 2008). Nesses grupos, as famílias compartilham não apenas suas experiências emocionais, como também trocam informações de utilidade prática, como, por exemplo, indicação de serviços de atendimento especializado (p.ex., dentistas, clínicos gerais, etc.).

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

L.B. tinha 2 anos e 6 meses. Seus pais namoraram durante sete anos e estavam casados havia 6 anos quando ocorreu a gravidez. A mãe parou de tomar anticoncepcionais e engravidou após dois meses. A gravidez foi tranquila, sem nenhuma intercorrência; o casal vibrava e sentia um grande alívio a cada exame de ecografia, pois eram informados de que tudo estava indo bem. O parto foi vaginal e não houve problemas. O bebê pesou 3 kg e mediu 52 cm, com índice de Apgar 9.

Quanto à amamentação, ele sugou bem o seio ao nascer e mamou até os 6 meses, quando foi colocado na creche. O sono sempre foi tranquilo. Sorriu aos 3 meses e apresentou balbucio. Os pais referem que o filho seguia tudo com o olhar. Não chupou bico, nem tinha um bichinho de pelúcia, travesseiro ou pano que gostasse de carregar consigo. Engatinhou aos 9 meses e caminhou aos 12, sendo que durante esse período dava os braços para ser pego no colo, sorria para as pessoas e apontava para o que queria. Entretanto, os pais não lembram se ele acenava com a mão para dar tchau ou se imitava gestos feitos por eles ou irmãos. A mãe recorda que o filho apontava para pedir alimentos, bebida ou brinquedos, mas raramente mostrava os brinquedos que explorava ou a puxava pela mão para brincar. No final do primeiro ano pronunciou as primeiras palavras, as quais cessaram cerca de 6 meses após. Atualmente, não responde quando chamado pelo nome, e a fala está atrasada, pois apresenta só alguns sons. Tem dificuldade em fixar o olhar e interagir com os pais ou com outras crianças. É carinhoso, adora abraçar e ficar no colo. Não sabe beijar, mas encosta o rosto na face dos pais. O desenvolvimento motor ocorreu sem atrasos, mas ainda usa fraldas. Durante as brincadeiras, pega o que lhe é oferecido, mas raras vezes mostra ou dá objetos aos pais espontaneamente. Quando se machuca, raramente busca os pais, além de chorar pouco. Porém estranha quando se separa dos pais e demonstra alegria com o retorno deles.

Pouco interage com outras crianças, mas as observa brincar. Reconhece os colegas na rua e não é agressivo quando está com eles. Sobre suas brincadeiras, gosta de música e de assistir a desenhos; gosta de olhar figuras em um livro, mas raramente presta atenção a brinquedos em geral.

Faz movimentos repetitivos com as mãos em frente aos olhos e caminha compulsivamente na ponta dos pés. É fascinado por paredes e massinha de modelar, gostando de passar a mão em texturas rugosas.

O casal tem percepções diferentes sobre o menino. O pai acredita que o filho apresenta comportamentos autistas, enquanto a mãe justifica todos os comportamentos bizarros (p.ex., caminha na ponta dos pés porque o piso é frio, movimenta as mãos porque imita alguém, etc.). As avaliações auditiva e neurológica não revelaram anormalidades.

PROGNÓSTICO

Mesmo com o vasto conhecimento científico produzido para a compreensão e para o diagnóstico do autismo, crianças com idade inferior a 2 ou 3 anos ainda são subdiag-

nosticadas. Entre as possíveis razões para esse fato, acredita-se que os clínicos têm informações limitadas sobre a área do desenvolvimento social típico na primeira infância, em especial na área da comunicação não verbal, dificultando o estabelecimento de contrastes com o desenvolvimento no autismo (Crane e Winsler, 2008). Além disso, esforços têm sido feitos na construção e validação de instrumentos de avaliação específicos do autismo para a realidade brasileira, como o PEP-R (validado por Leon, Bosa, Hugo e Hutz, 2004), o Childhood Autism Rating Scale (CARS; validado por Pereira, Wagner e Riesgo, 2008), o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT; validado por Losapio e Pondé, 2008) e o Autism Diagnostic Interview (ADI-R; validado por Becker et al., 2010), que têm servido como apoio tanto ao diagnóstico clínico como às pesquisas.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed.

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness*. Cambridge, MA: MIT.

Becker, M. M., Riesgo, R. S., Wagner, M. B., Bosa, C. A., Schmidt, C., Longo, D. & Papaleo, C. A. P. (2010) Tradução e Validação da entrevista ADI-R Autism Diagnostic Interview – Revised. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* (São Paulo).

Bondy, A. S. & Frost, L. A. (1994). The Picture Exchange Communication System. *Focus on Autistic Behavior, 9,* 1-19.

Bosa, C. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 13,* 167-177.

Bosa, C. A. (2002). Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In: C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.), *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção* (p. 21-39). Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C. (2005). Sinais precoces de comprometimento social no autismo infantil. In W. Camargos (Org.). *Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio.* Brasília: CORDE.

Carpenter, M. & Tomasello, M. (2000). Joint attention, cultural learning, and language acquisition: Implications for children with autism. In A.M. WETHERBY & B.M. PRIZANT (Orgs.), *Autism Spectrum Disorders: A transactional developmental perspective* (p. 31-54). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Chakrabarti, S. & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry, 162*:1133-41.

Crane, J. & Winsler, A. (2008). Early autism detection. *Journal of Disability Policy Studies, 18,* 245-253.

Facion, J. R., Marinho, V., Rabelo, L. Transtorno autista. In: FACION, J. R. (Org.). *Transtornos invasivos do desenvolvimento associados a graves problemas do comportamento: reflexões sobre um modelo integrativo.* Brasília: CORDE, 2002. p. 23-38.

Field, T. & Walden, T. (1981). Production and perception of facial expressions in infancy and early childhood. In H.W. Reese, & L.P. Lipsitt (Orgs.), *Advances in child development and behavior*. New York: Academic Press.

Gadia, C. (2006). Aprendizagem e autismo. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler e R. S. Riesgo (Orgs.). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Greenspan, S. I. & Wieder, S. (2000). A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (p.279-306). Baltimore: Paul H. Brookes.

Hobson, R. P., Ouston, J., & Lee, A. (1988). What's in a face? The case of autism. *British Journal of Psychology, 79*, 441-453.

Howlin, P. (1997). *Autism: Preparing for adulthood*. London: Routledge.

Höher, S. P. & Bosa, C. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: Revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade, 21*(1), 65-74.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Klin, A., Sparrow, S.S., De Bildt, A., Cicchetti, D.V., Cohen, D.J., & Volkmar, F.R. (1999). A normed study of face recognition in autism and related disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29*, 497-507.

Klin, A., Chawarska, K., Rubin, E. & Volkmar, F. (2006). Avaliação clínica de crianças com risco de autismo. *Educação, 58*, 255-297.

Langdell, T. (1978). Recognition of faces: An approach to the study of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 19*, 255-268.

Leon, V. C.; Bosa, C. A.; Hugo, C. & Hutz, C. S. (2004). Propriedades psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. *Avaliação Psicológica, 3*, 39-52.

Lord, C. (1995). Follow-up of two year-olds referred for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 1365-1382.

Losapio, M. F. & Ponde, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30* (3), 221-229.

Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Prevalence. Social Psychiatry, 1*, 124-137.

Montenegro, M. R. & Mercadante, M. T. (2007). *Avaliação e estudo dos comportamentos de orientação social e atenção compartilhada*. In: 19º Congresso da Associação Brasileira de Neurologia, Psiquiatria Infantil e Profissões Afins, Porto Alegre. Programa Oficial Anais. Porto Alegre: Abenepi, 139-139.

Mundy, P. & Sigman, M. (1989). Specifying the nature of the social impairment in autism. In: G. Dawson (Org.), *Autism: New perspectives on nature, diagnosis, and treatment* (p. 3-21). New York: Guilford.

Mundy, P. & Stella, J. (2000). Joint attention, social orienting, and communication in autism. In: A.M. Wetherby & B.M. Prizant (Orgs.), *Autism Spectrum Disorders: A transactional developmental perspective* (p. 55-78). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Mundy, P. & Neal, R. (2000). Neural plasticity, joint attention and autistic develop-mental pathology. In L. Glidden (Org.), *International Review of Research in Mental Retardation* (p. 141-168). New York: Academic Press.

Pereira, A. M.; Riesgo, R.; Wagner, M.B (2008). Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale. *Jornal de Pediatria, 84*, 487-494.

Premack, D. & Wooddruff, G. (1978). Does the chimpanzes have a theory of mind? *Behavioral and Brain Science, 1*, 515-526.

Prizant, B. M., Wetherby, A. M., & Rydell, P. J. (2000). Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (p.193-224). Baltimore: Paul H. Brookes.

Ritvo, E. R. (1976). Autism: Diagnosis, current research and management. New York: Spectrum Publications.

Rutter, M. (1979). Diagnosis and definition. In M. Rutter e E. Schopler (Orgs). *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.

Rutter, M. (1983). Cognitive deficits in pathogenesis of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 24*, 513-531.

Rutter, M. (2005). Aetiology of autism: findings and questions. *Journal of Intellectual Disability Research, 49,* 231-238.

Sanini, C., Ferreira, G. D., Souza, T. S. & BOSA, C. A. (2008). Comportamentos indicativos de apego em crianças com autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 21*, 60-65.

Schmidt, C. & Bosa, C. (2004). A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação,*7, 111-20.

Semensato, M. R., Schmidt, C. & Bosa, C. (2008). Grupo de familiares de pessoas com autismo: relatos de experiências parentais (no prelo). Aletheia (ULBRA).

Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., & Robarts, J. (1996). *Children with autism diagnosis and intervention to meet their needs*. London: Jessica Kingsley.

Tuchman, R. & Rapin, I. (2009). Autismo: abordagem neurobiológica. Porto Alegre: Artmed.

Van Loo, K.M. & Martens, G.J. (2007). Genetic and environmental factors in complex developmental disorders. *Current Genomics, 8,* 429-444.

Walker-Andrews, A. S. & Grolnick, W. (1983). Infants' discrimination of vocal expressions. *Infant Behavior and Development, 6*, 491-8.

Weeks, S. & Hobson, P. (1987). The salience of facial expression for autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28*, 137-151.

6

Avaliação neuropsicológica no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e implicações para a terapia cognitivo-comportamental

Rochele Paz Fonseca
Nicolle Zimmermann
Michelle Bordin Bez
Alice Rodrigues Willhelm
Daniela Schneider Bakos

A interface entre a neuropsicologia e a psicopatologia tem sido alvo de um número cada vez maior de investigações clínicas nacionais e internacionais. Nesse contexto, a neuropsicologia do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – TDAH – tem se destacado na literatura; porém, de modo ainda incipiente. Este capítulo discute os procedimentos de avaliação neuropsicológica e busca a caracterização do perfil cognitivo de crianças com o diagnóstico de TDAH, culminando com implicações clínicas para o planejamento da terapia cognitivo-comportamental.

AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NO TDAH

A neuropsicologia é uma ciência que busca identificar as associações entre os transtornos que envolvem o sistema nervoso e o processamento das funções cognitivas. Mais especificamente, essa área das neurociências investiga o papel que as funções cognitivas desempenham em diferentes quadros neurológicos e psiquiátricos. A avaliação neuropsicológica é realizada por meio de um processo com diferentes procedimentos: observação e entrevistas clínicas, consulta a materiais escolares, laborais, laudos de outros profissionais e recursos de exame dos diferentes componentes cognitivos que vão de instrumentos padronizados a tarefas clínicas ecológicas de simulação das demandas cotidianas de habilidades cognitivas. A testagem mais voltada à mensuração de desempenho ocorre em geral em um *setting* limitado, tendo como objetivo obter dados que contribuam para a compreensão das facilidades e das dificuldades enfrentadas no dia a dia pelo paciente. A partir disso, a avaliação neuropsicológica pode contribuir com dados sobre o funcionamento cognitivo do paciente para o diagnóstico, prognóstico

O objetivo da avaliação neuropsicológica no TDAH não é fornecer um diagnóstico de presença ou de ausência desse quadro. O papel do neuropsicólogo é contribuir com mais dados para que o diagnóstico seja ou não confirmado.

e plano terapêutico de outros profissionais ou para a reabilitação neuropsicológica.

No âmbito do tema principal deste capítulo, o objetivo da avaliação neuropsicológica no TDAH não é fornecer um diagnóstico de presença ou ausência desse quadro, visto sua complexidade e as amplas possibilidades de comorbidades. Na medida em que a avaliação de um paciente com suspeita de TDAH deve ser multidisciplinar, por envolver aspectos emocionais, comportamentais e uma compreensão aprofundada do desenvolvimento, o papel do neuropsicólogo é contribuir com mais dados para que o diagnóstico seja ou não comprovado. Mais especificamente, enfatiza-se que o diagnóstico neuropsicológico é funcional, ou seja, deve fornecer um panorama das habilidades cognitivas preservadas e daquelas prejudicadas ou deficitárias que estejam de fato inseridas no cotidiano do paciente. Assim, em um laudo neuropsicológico, devem constar hipóteses funcionais, como disfunção executiva, dismnésia, dispraxia, discalculia, disfasia ou, respectivamente, déficits de componentes das funções executivas, déficits de memória (especificando os tipos), dificuldades de funções motoras, dificuldades aritméticas, dificuldades linguísticas orais e/ou escritas, entre outras. Por fim, salienta-se que frente à multidimensionalidade das funções cognitivas, o perfil levantado de cada processo psicológico deve especificar quais componentes foram examinados e quais se mostraram com desempenho acima ou abaixo do esperado para o próprio padrão do paciente.

Apesar de a avaliação neuropsicológica ser frequentemente associada a baterias de avaliação neuropsicológica expandidas ou breves, completas (exame de todas as funções) ou focais (exame mais aprofundado de um ou mais componentes) desenvolvidas a partir de uma abordagem de padronização psicométrica, outros métodos são utilizados para que os resultados de ferramentas padronizadas sejam mais bem interpretados. Primeiramente, em um levantamento detalhado da história do paciente, sugere-se uma entrevista consistente que investigue os principais aspectos do desenvolvimento, de saúde geral e do ambiente (familiares, educacionais, culturais, etc.) que possam ter relação com o processamento cognitivo do paciente. É de suma importância que o funcionamento atual do paciente das tarefas do cotidiano seja bem caracterizado, isto é, como as funções executivas são utilizadas em ações diárias, como planejar uma ida ao mercado, uma festa, entre outras. Após a

QUADRO 6.1
Pontos a serem explorados durante a entrevista na avaliação neuropsicológica no TDAH

BUSCAR RELAÇÕES ENTRE O PROCESSAMENTO COGNITIVO DO PACIENTE E ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS RELACIONADOS A:

- saúde geral;
- desempenho escolar (boletins escolares, necessidade de reforço pedagógico, etc.);
- relações familiares;
- relações entre pares;
- interesses e atividades;
- uso de medicamentos ou de substâncias psicoativas.

entrevista, a administração de escalas e de questionários é indicada, sendo esses instrumentos direcionados às queixas da criança e respondidos por no mínimo duas fontes de informação (p.ex., responsáveis e professor). As escalas mais utilizadas em estudos clínicos internacionais são citadas na **Tabela 6.1** e nacionais na **Tabela 6.2**. Sua seleção deve ser guiada pelo fato de terem sido elaboradas com base nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV-TR.

A partir do levantamento de dados sobre a criança, o neuropsicólogo deve procurar estabelecer hipóteses que expliquem as queixas sobre a criança nos mais diversos ambientes. Complementar a isso, seus dados escolares devem ser consultados e analisados, como o boletim e os relatórios de aulas complementares (caso a criança frequente algum laboratório de reforço pedagógico e/ou aula particular). Com essas informações, o neuropsicólogo pode delinear um plano de avaliação, buscando os instrumentos mais sensíveis para identificar déficits nos processos cognitivos relacionados às queixas, caso tais prejuízos realmente existam (verdadeiros positivos). No entanto, deve-se atentar que diversas pesquisas vêm demonstrando a instabilidade dos testes neuropsicológicos em diferentes populações com TDAH.

Em busca da obtenção de um panorama preliminar dos instrumentos e dos principais achados neuropsicológicos citados em estudos empíricos internacionais, na Tabela 6.1 evidências sintetizadas a partir de uma revisão bibliográfica podem ser consultadas. Na primeira coluna, são encontradas as referências dos estudos; na segunda, o(s) objetivo(s); na terceira, uma descrição ampla da amostra; na quarta, os critérios de inclusão; na quinta, os instrumentos de avaliação clínica do tipo escala; e, na sexta, os instrumentos de avaliação neuropsicológica acompanhados dos respectivos principais achados na sétima coluna.

Os dados resumidos na Tabela 6.1 evidenciam que a maioria dos estudos realizados apresenta um delineamento comparativo entre grupo(s) clínico(s) e grupo-controle saudável, sendo que cerca de 40% diferenciou na amostra clínica subgrupos dos tipos de TDAH. Quanto às funções neuropsicológicas mais avaliadas, destacam-se, nesta ordem, *atenção concentrada* e *funções executivas*, seguidas pelo exame da *memória visual*. Entre os principais achados sugestivos de déficits, foram encontradas diferenças significativas entre grupos quanto ao *processamento atencional* e *executivo* em 5 dos 7 estudos e *mnemônico visual* em 4 dos 7. Não se identificou um corpo de resultados e uma interpretação consensual quanto ao desempenho cognitivo associado a cada tipo de TDAH. Os principais déficits executivos se relacionam aos componentes *inibição* e *flexibilidade cognitiva*.

Completando a revisão apresentada, também se fez outra pesquisa na literatura nacional em busca do mesmo panorama. Na Tabela 6.2, podem ser visualizados os mesmos aspectos analisados na literatura internacional.

A função neuropsicológica mais examinada nos estudos nacionais consultados foram componentes atencionais. Entre os principais achados comparativos entre grupos clínicos e controles saudáveis, observam-se diferenças atencionais em 5 das 7 investigações que avaliaram a atenção, e executivas em 3 de 5 que avaliaram componentes das funções executivas. Salienta-se o detalhamento da avaliação feita na pesquisa de Coutinho, Mattos, Araújo e Duchesne (2007), que constatou diferenças entre grupos em três diferentes tipos de atenção.

Em face da ainda restrita quantidade de estudos sobre avaliação neuropsicológica em crianças com TDAH até mesmo em nível internacional, neste capítulo são apresentados os instrumentos neuropsicológicos utilizados de modo isolado com interesses específicos ou como parte de uma bateria de exames cognitivos desse transtorno, em pesquisas ou na prática clínica. Na descrição de cada instrumento, os seguintes dados podem ser consultados: referência original, referência da versão adaptada para o Português Brasileiro (caso haja), habilidades cognitivas que o paradigma avalia, normas gerais de aplicação e indicação de estudos em que foi utilizado.

TABELA 6.1
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
Biederman et al. (2009)	Investigar a evolução das funções cognitivas em crianças com TDAH remissivo e persistente.	Crianças e adolescentes de 6 a 17 anos divididos em grupos: 112 crianças com TDAH, 105 crianças em grupo controle.	Participantes foram excluídos se tivessem sido adotados ou se a família não estivesse disponível para o estudo. Foram excluídas crianças e adolescentes com distúrbios sensório-motores, psicose, autismo, pouco domínio da língua inglesa e/ou um QI menor que 80.	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Epidemiologic Version Structured Clinical Interview for DSM-IV	QI estimado WISC-III WAIS-III Aritmética (memória operacional e velocidade de processamento) *Span* de dígitos (memória operacional e velocidade de processamento) Símbolos (memória operacional e velocidade de processamento) Figura complexa de Rey-Osterrieth (cópia) (funções executivas) Wisconsin Card Sorting Test computadorizado (WCST) (funções executivas) Teste de Stroop (funções executivas)	33 crianças com TDAH não persistiram com o quadro 57 crianças com TDAH persistiram com o TDAH O grupo que persistiu com TDAH era significativamente mais novo. O grupo com TDAH teve escores significativamente menores em todas as tarefas cognitivas em relação ao grupo controle. Não houve diferenças no desempenho cognitivo entre TDAH persistente e remissivo nas tarefas realizadas. Os resultados demonstram a relativa independência das funções cognitivas do curso do TDAH, sustentando a hipótese de que as funções cognitivas nos indivíduos com TDAH representam um componente de traço da doença.
Kibby e Cohen (2008)	Avaliar o funcionamento mnemônico dos grupos avaliados.	Crianças de 6 a 15 anos: 23 crianças com dificuldades de leitura, 30 crianças com TDAH,	Exclusão: Presença de transtornos psiquiátricos ou neurológicos comórbidos, QI abaixo de 80.	Sistema de Avaliação do Comportamento para Crianças, versões para pais e professores (BASC; BASC-2)	Histórias (memória verbal) Pares de palavras (memória verbal) Lista de palavras (memória verbal) Locação de pontos (memória visual)	Crianças com dificuldades de leitura tiveram um desempenho inferior na tarefa de memória verbal de curto prazo, mas sem particularidades na memória visual de curto prazo, no executivo central e na memória de longo prazo.

(continua)

TABELA 6.1 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
		30 crianças com dificuldades de leitura e TDAH, 30 crianças controle.		Escala Conners para pais e professores Children Memory Scale (memória imediata, de curto e longo prazo)	Faces (memória visual) Números (atenção e concentração) Locação de figuras (atenção e concentração) Sequências (atenção e concentração) WISC-III e WISC-IV	O grupo de crianças com TDAH se diferenciou do grupo sem TDAH nas tarefas de locação de pontos, sequências, locação de figuras, faces, números em ordem direta.
Martínez-González et al. (2008)	Investigar se há prejuízo de memória em crianças com TDAH em consequência de um déficit executivo	Crianças de 7 a 12 anos, 14 crianças com TDAH combinado, 14 crianças controle pareadas por QI.	QI igual ou superior a 80; ausência de patologias neurológicas ou psiquiátricas; transtornos de aprendizagem; dominância manual direita; espanhol como primeira língua; regularmente matriculados em escolas.	DSM-IV-TR Escala de Valorização de Conners Revisada	Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) (memória verbal descontextualiza) Teste de memória e aprendizagem (TOMAL) Teste de histórias – (memória verbal contextualizada) Recordação visual seletiva (aprendizagem e recordação tardia) Figura complexa de Rey (organização visuoperceptiva, funcionamento executivo e memória visual) Torre de Hanói (TOH) (aprendizagem procedural, memória procedural e capacidade de planejamento)	Grupo com TDAH se diferenciou do controle, tendo desempenho inferior no RAVLT (Tentativas 2,3,4,5, na recordação tardia) e na memória de histórias (TOMAL). Recordação tardia; Figura de Rey – diferenças na fase da cópia para a variável dependente da exatidão da execução; TOH – se diferenciaram nas tentativas 2,3,4,5, número total de movimentos e recordo tardio; memória de frases. O grupo de TDAH não pareceu ter dificuldades de memória relacionadas ao armazenamento da informação, mas possui dificuldades nas estratégias de organização, busca, seleção e recuperação da informação quando de natureza verbal e

(continua)

TABELA 6.1 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
					Teste de memória de frases (*span* de memória) *Span* de Dígitos (memória procedural) (WISC-R) Memória de trabalho espacial da Escala Wechsler de Memória III (atenção e memória de trabalho visuoespacial)	procedural. Não foram encontrados prejuízos nas tarefas visuoperceptivas ou visuoespaciais.
Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, e Piñeda (2008)	Comparar em um grupo de crianças com TDAH o desempenho de habilidades de conduta e neuropsicológicas	Crianças de 6 a 12 anos divididas em grupos: 45 crianças com TDAH combinado, 30 crianças com TDAH desatento, 30 crianças sem TDAH.	Grupo controle: não mais de três sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade no DSM-IV. Grupo tipo combinado: ao menos seis sintomas de desatenção e 6 de hiperatividade-impulsividade para TDAH. Grupo tipo desatento: ao menos seis sintomas de desatenção e quatro ou menos	DSM-IV Behavioral Assessment System for Children (BASC) (conduta) Conners Parent Rating Scale Swanson, Nolan e Pelham Rating Scale (SNAP) Conners Teacher Rating Scale	WISC-R Controle mental das escalas Weschler de memória (atenção) Cancelamento da letra A (atenção sustentada) Curva de memória visuoverbal (aprendizagem visuoverbal) Figura de Rey-Osterrieth por cópia e evocação imediata (habilidades visuomotoras e sua organização, memória não verbal) Token test versão abreviada (capacidade de compreensão de ordens verbais)	Grupo controle e grupo combinado se diferenciaram na capacidade intelectual (QI) verbal, executivo e total. Grupo desatento não demonstrou diferenças de QI entre nenhum grupo. Grupo controle e grupo combinado não se diferenciaram em nenhuma tarefa neuropsicológica. Grupo combinado e grupo desatento não se diferenciaram em nenhuma tarefa neuropsicológica. Grupo controle e grupo desatento se diferenciaram nos números de erros do teste de cancelamento da letra A e na

(continua)

TABELA 6.1 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
			de hiperatividade--impulsividade para o diagnóstico de TDAH.		Fluência verbal fonológica e semântica FAS (funções executivas do comportamento verbal e funções de linguagem relacionadas aos processos de significação) Teste de Wisconsin versão abreviada (raciocínio abstrato e habilidade de modificar estratégias cognitivas).	fluência verbal fonológica FAZ e semântica. Nos testes que avaliaram a conduta, encontraram-se mais diferenças entre os grupos (escalas BASC e Conners), Os desatentos apresentam mais dificuldades neuropsicológicas e os combinados mais dificuldades de conduta.
Scheres et al. (2004)	Avaliar se meninos com TDAH demonstram déficits de inibição e em outros domínios executivos	Crianças de 6 a 12 anos, 23 meninos com TDAH (15 do tipo combinado e 8 do tipo desatento) e 22 meninos controle.	Ausência de uso de medicações, somente sexo masculino, QI acima de 70.	Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV) Disrupter Behavior Disorder Rating Scale (DBD) DSM-IV Screener	The Stop Paradigm (inibição) Circle Tracing Task (inibição) Follow Task (inibição) Stroop Color-Word Test (controle de interferência) Flanker Task (controle de interferência) Torre de Londres (TOL) (planejamento) Wisconsin Card Sorting Test (mudança de estratégias) Self Ordered Pointing Task – Abstract De-	Os grupos se diferenciaram no tempo de execução da Circle Tracing Task, no escore de interferência para o número de erros na Flanker Task, no escore tempo de interferência no Stroop Color-Word Test, no escore beta na TOL, na fluência verbal fonológica do COWAT, no número de categorias corretas no Categories Test, no *span* de memória visual do Corsi Block Tapping Task.

(continua)

TABELA 6.1 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
					signs (SOP) (memória operacional) Controlled Word Association Task (COWAT) – Verbal Fluency (fluência verbal) Weschler Intelligence Scale (WISC-R) (inteligência) Vocabulário Aritmética Cubos Arranjo de Figuras Categories Test of the Snijers-Oomen Non-verbal Intelligence Test-Revised (SON-R) – Categories Test (categorização) Corsi Block Tapping Task (*span* de memória visual)	
Solanto, Gilbert, Raj, Zhu, Pope-Boyd, Stepak, Vail e Newcorn (2007)	Diferenciar subtipos de TDAH e investigar as possíveis diferenças entre os subtipos quanto a sistemas	Crianças de 7 a 12 anos divididas em grupos: 34 com TDAH combinado, 26 com TDAH pre-	Inclusão no grupo clínico e controle: concordância entre pais e professores na Conners Rating Scale de acordo com cada grupo. Combinação escores-T	Swanson, Nolan e Pelham Rating Scale (SNAP) Conners Parent Rating Scale Swanson, Nolan e Pelham Rating Scale (SNAP)	Teste Stroop de cores e palavras (controle inibitório cognitivo) Posner Task (sistemas atencionais) Teste Wisconsin de classificação de cartas (funções executivas)	Sem controle do QI: TDAH tipo combinado teve um desempenho inferior quando comparado ao desatento e controle em impulsividade motora (CPT, TOL), controle inibitório cognitivo (Stroop), memória de trabalho visuoespacial e

(continua)

TABELA 6.1 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
	de funcionamento neurocognitivo específicos.	dominante desatento e 20 controles.	≥65 nas escalas do DSM-IV de tipo desatento e tipo hiperativo-impulsivo; diagnóstico de TDAH, subtipo combinado ou desatento de acordo com o DISC-IV dos pais. Sem diagnóstico de transtornos para o grupo controle. Exclusão: crianças que estavam sendo medicadas não entraram na amostra. Outros critérios: WISC-III <80; transtornos de leitura; transtorno invasivo do desenvolvimento; transtornos de linguagem; presença de qualquer condição psiquiátrica pelo DSM-IV; condições crônicas neurológicas ou	Conners Teacher Rating Scale DSM-IV Diagnostic Interview Schedule for Children Version (DISC-IV)	Continuous Performance Test (CPT) (impulsividade motora) Buschke Selective Reminding Test (memória armazenamento de curto e longo prazo) Torre de Londres (TOL) (impulsividade motora, memória de trabalho visuoespacial e planejamento) WISC – III Velocidade de processamento Resistência à distratibilidade	planejamento (TOL) e memória (Buschke, evocação tardia). Tipo desatento teve desempenho igual ao controle, exceto no tempo do TOL, com variabilidade do tempo de reação no CPT (no qual foram tão lentos e variados quanto os do tipo combinado). Com controle do QI: Os grupos com TDAH desempenharam com maior variabilidade no tempo de reação quando comparados ao controle no CPT. O grupo de subtipo desatento demonstrou desempenho inferior que o grupo com subtipo combinado no índice de velocidade de processamento do WISC-III.

(continua)

TABELA 6.1 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos internacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
			sensoriais relacionadas; daltonismo avaliado pelo teste de Ishihara.			
Wodka et al. (2008)	Investigar os efeitos de grupo (com TDAH e sem TDAH) em tarefas de funções executivas.	Crianças de 8 a 16 anos, 54 crianças com TDAH e 69 crianças controle.	QI igual ou maior que 80 (WISC-IV) Foram excluídas crianças com transtornos de linguagem, dificuldades visuais ou auditivas, com histórico de doenças neurológicas ou psiquiátricas e uso de medicamentos psicoativos.	Diagnostic Interview for Children and Adolescents, Fourth Edition (DICA-IV) Conners' Parent and Teacher Rating Scale – Revised, Long Form, CPRS-R/CTRS-R DSM-IV	Trail Making Test (flexibilidade e raciocínio visual) Fluência verbal ortográfica, categórica e mudança de categoria Color-Word Interference (controle inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva Tower (planejamento espacial, aprendizagem de regras, controle inibitório, capacidade de manter instruções)	Não foram encontradas diferenças entre grupos nas tarefas utilizadas.

TABELA 6.2
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
Amaral e Guerreiro (2001)	Analisar a precisão individual dos testes utilizados para o TDAH.	Crianças de 7 a 12 anos, 10 crianças com TDAH e 10 crianças sem TDAH.	Inclusão: Sintomas de TDAH, diagnóstico positivo para TDAH, pelo DSM-IV, nível intelectual dentro da média ou superior, exame neurológico tradicional normal, autorização dos pais. Exclusão: nível intelectual inferior à média, exame neurológico alterado, deficiência mental e graves distúrbios comportamentais, suspeita de interferência pedagógica (presença de critérios do DSM-IV exclusivamente na entrevista com professores), suspeita de interferência emocional por desestrutura familiar.	Escala Conners Abreviada para Professores DSM-IV	Wisconsin Card Sorting Test (WCST) Teste de Cancelamento (TC) Color Trail Test (CTT) WISC-III Teste de evocação seriada (reversa para números) Teste de desempenho escolar (TDE)	Somente o item de erros do Wisconsin diferenciou os grupos de maneira leve e significativa. Apesar disso, os escores dos grupos clínicos foram todos inferiores ao grupo controle

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
Asseff, Capovilla e Capovilla (2007)	Avaliar se crianças com TDAH tem o desempenho alterado no teste de Stroop computadorizado.	Crianças de 8 a 12 anos, 31 com TDAH e 31 controle.	Para o grupo 1: estar frequentando a escola regular, ter de 8 a 11,5 anos, não estar sendo medicado com fármacos que interfiram no comportamento emocional e cognitivo. Foram excluídos quaisquer outros transtornos psiquiátricos, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e deficiências intelectuais. Para o grupo 2: sem histórico de TDAH ou desenvolvimento neuropsicomotor anormal ou deficiência intelectual (Matrizes Progressivas de Raven).	DSM-IV-TR Questionário Conners abreviado	Teste de Stroop Computadorizado	O grupo com TDAH teve desempenho no teste com maior efeito de interferência no tempo de reação na emissão de resposta ao estímulo que o grupo controle sem TDAH.

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
Coutinho, Mattos, e Araújo (2007)	Realizar um estudo comparativo dos subtipos de TDAH em tarefas de seletividade, sustentação e atenção alternada, considerando tempo médio de reação e o número de erros.	Crianças de 6 a 7 anos, 102 crianças com TDAH.	Exclusão: histórico de epilepsia, traumatismo cranioencefálico (TCE), uso de álcool e outras substâncias psicoativas e de medicamentos de uso neurológico ou psiquiátrico foram excluídas do estudo.	Childrens Interview for Psychiatric Syndromes – parent version (P-ChIPS)	Teste de Atenção Visual (TAVIS-III) (atenção seletiva, alternada e sustentada)	Os participantes com TDAH do tipo combinado tiveram desempenho significativamente mais lento e apresentaram mais erros por ação quando comparados aos participantes do grupo desatento.
Coutinho, Mattos, Araújo, e Duchesne (2007)	Verificar se crianças e adolescentes com TDAH se diferenciam de controles em um teste de atenção visual.	Crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, 102 crianças com TDAH e 678 controles pareados.	No grupo controle foram incluídos participantes sem histórico familiar de epilepsia, TCE, uso de álcool nem outras substâncias psicoativas, que não utilizavam medicamentos de uso neurológico nem psiquiátrico e sem histórico de reprovação escolar, além	DSM-IV	Teste de Atenção Visual (TAVIS-III) (atenção seletiva, alternada e sustentada)	Quando prejudicados simultaneamente, os índices tempo médio de reação na tarefa de atenção seletiva, número de erros por omissão na tarefa de atenção alternada e número de erros por ação na tarefa de atenção sustentada demonstraram uma importante sensibilidade e especificidade com um valor preditivo de 87,5%. Nos três índices o valor preditivo negativo da associação de escores normais foi de 99%.

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
			de ausência de desatenção e/ou hiperatividade/ impulsividade importantes. No grupo clínico foram incluídos participantes com sinais de desatenção e/ou hiperatividade/ impulsividade durante o ano letivo em qualquer grau, segundo os professores.			
Coutinho, Mattos, & Malloy-Diniz (2009)	Comparar o desempenho de crianças e adolescentes com e sem TDAH utilizando testes de atenção.	Crianças e adolescentes de 8 a 16 anos, 186 crianças com diagnóstico de TDAH e 80 controles.	Exclusão: QI estimado menor que 80. Inclusão: ausência de diagnóstico de transtornos de humor, ansiedade e aprendizagem, e de uso de medicamentos para TDAH.	DSM-IV	Teste de Atenção Visual (TAVIS-III) (atenção seletiva, alternada e sustentada) WISC-III Span de dígitos (ordem direta – alça fonológica da memória de trabalho e inversa – executivo central) Aritmética (memória de trabalho, armazenamento e manipulação) Índice de Resistência à Distratação	Os grupos se diferenciaram nos subtestes de aritmética, *span* de dígitos (ordem direta e inversa) e no TAVIS-III (erros de omissão).

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
Gomes, Mattos, Pastura, Ayrão e Saboya (2005)	Comparar testes de funções executivas entre um grupo com TDAH e um grupo controle.	Crianças e adolescentes de 8 a 17 anos, 26 alunos com TDAH e 26 alunos controle.	QI não diferente da amostra com TDAH. Ausência de diferenças nas outras tarefas executivas entre TDAH e controles. QI dos alunos com TDAH acima da média. Amostra selecionada por ser uma escola de qualidade.	Swanson, Nolan e Pelham Rating Scale (SNAP)	WISC-III Span de Dígitos (memória procedural) Labirintos (habilidades visuoperceptivas e de planejamento) Códigos (destreza motora e atenção alternada e seletiva) Teste Stroop de cores e palavras (controle inibitório) Torre de Hanói (capacidade de resolução de problemas, memória implícita, planejamento e pensamento estratégico)	Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas quando o desempenho dos grupos foi comparado.
Lobo e Lima (2008)	Verificar se há diferenças na leitura silenciosa no nível da decodificação de palavras isoladas em crianças com TDAH.	Crianças de 7 a 14 anos, 20 crianças com TDAH e 40 crianças sem TDAH.	Exclusão: déficits auditivos, deficiência mental ou problemas neurológicos (paralisia cerebral) mesmo que leves ou insuficiência visual não corrigida.	DSM-IV-TR	Teste de Compreensão de Leitura Silenciosa – Adaptado –TeCoLeSi/Ad (compreensão de linguagem escrita)	As categorias que apresentaram mais erros foram as incorretas visuais, incorretas fonológicas e incorretas homófonas. Essas respectivamente apresentaram uma maior concentração de erros para os dois grupos. As crianças sem TDAH tiveram desempenho melhor que as crianças com TDAH. O grupo com TDAH teve preferência em utilizar o processamento fonológico, tendo

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
						dificuldades de níveis variados no processamento lexical. A partir desses dados, foi demonstrado que a atenção prejudica a leitura no nível da decodificação de palavras.
Rizzuti et al. (2008)	Investigar dados neuropsicológicos em crianças com TDAH.	Crianças de 7 a 14 anos, divididas em três grupos: grupo 1 com 49 crianças sem TDAH, grupo 2 com 40 crianças com TDAH combinado, grupo 3 com 35 crianças com TDAH desatento.	Exclusão: Relato de queixas indicativas de transtornos invasivos do desenvolvimento e atraso neuropsicomotor global evidente. Inclusão: sintomas de TDAH desatento, hiperativo-impulsivo e combinado com e sem comorbidades.	DSM-IV Escala de avaliação do comportamento infantil para o professor – Hiperatividade, desatenção e interação social negativa (EACI-P)	WISC-III Abreviado Conners' Continuous Performance Test (CPT) (atenção sustentada e flexibilidade mental) Span de dígitos ordem direta e indireta (alça fonológica da memória de trabalho) Blocos de Corsi ordem direta e indireta (componente visuoespacial da memória de trabalho) Figura de Rey (função construtiva na cópia e memória na recordação)	Grupos 1 e 2 e grupos 1 e 3 tiveram diferenças nas tarefas: EACI-P – Hiperatividade; cópia da figura de Rey; recordação da figura de Rey; tempo de reação, variabilidade, perseveração e erros de omissão e comissão no CPT. Grupos 2 e 3 se diferenciaram nas tarefas EACI-P – Hiperatividade; cópia da figura de Rey; recordação da figura de Rey; erros de omissão no CPT.
Schmitz et al. (2002)	Investigar o desempenho neuropsicológico de	Adolescentes de 12 a 16 anos, 30 adolescentes com TDAH e	Critérios de inclusão: crianças com QI estimado menor que	DSM-IV	Wisconsin Card Sorting Test (WCST) Computadorizado (funções executivas)	O grupo com subtipo desatento teve desempenho inferior ao grupo controle na tarefa de *Span* de Dígitos e no teste de Stroop.

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
	adolescentes com TDAH.	60 adolescentes controle.	70, com transtornos sensório-motores relacionados ou com esquizofrenia foram excluídas. Os participantes incluídos não estavam sendo medicados para TDAH.		Stroop Test – Versão abreviada (atenção seletiva) Span de dígitos (atenção) Span de palavras (atenção)	O grupo com subtipo combinado teve desempenho inferior ao grupo controle na tarefa de *Span* de Dígitos e no total de erros do Wisconsin Card Sorting Test. Adolescentes com subtipo hiperativo-impulsivo não se diferenciaram no desempenho das tarefas quando comparados ao grupo controle. No entanto, o desempenho nos testes Wisconsin e *Span* de Dígitos foi superior quando comparado ao grupo de subtipo combinado. O mesmo grupo quando comparado com o grupo de subtipo desatento teve um desempenho melhor no teste de Stroop.

(continua)

TABELA 6.2 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos nacionais sobre perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH

Referência	Objetivo(s)	Amostra	Critérios de inclusão	Escalas utilizadas	Testes e funções cognitivas	Principais achados
Silveira, Passos, Santos, e Chiappetta (2009)	Comparar o desempenho no teste de fluência verbal entre uma população de crianças de 7 a 12 anos com TDAH e um grupo controle sem déficit cognitivo.	Crianças de 7 a 12 anos, 22 crianças com TDAH e 34 crianças controle.	As crianças com TDAH foram avaliadas com o Teste Matrizes Progressivas de Raven. Nenhum dos participantes tinha outros comprometimentos clínicos, como déficits auditivos, visuais sem correção, deficiência mental e outras patologias psiquiátricas e/ou neurológicas.	MTA-SNAP-IV Escala para pais e professores DSM-IV	Teste de Fluência Verbal Fonológica FAS e Semântica (velocidade de produção lexical e acesso lexical automático, capacidade de armazenamento semântico, a habilidade de recuperar as informações e identificação das funções executivas)	Os grupos não se diferenciaram quanto ao desempenho nas tarefas de fluência verbal, fonológica e semântica. Os dois grupos tiveram desempenho mais satisfatório na prova semântica.

Instrumentos de avaliação da atenção concentrada

Continuous Performance Test (Testes de Desempenho Contínuo)

Este teste, desenvolvido originalmente por Rosvold e colaboradores (1956) e atualmente adaptado e comercializado por Conners (2000) para crianças a partir de 6 anos, consiste em um *software* em que o paciente deve responder toda vez que uma letra diferente de 'x' aparecer na tela. Assim, o teste permite que, a partir do renomado paradigma *go-no go*, erros de omissão (não ir quando se espera que o paciente vá) e comissão (ir quando se espera que o paciente não vá) sejam avaliados. O teste leva cerca de 14 minutos para ser aplicado, o que faz dele uma tarefa que mensura atenção sustentada. A versão atual de Conners (2000) possui normas com uma grande amostra saudável e para populações clínicas, como o TDAH. No Brasil, existem duas versões do teste normatizadas no Estado de São Paulo: Continuous Performance Test-II (CPT-II) (Miranda, Sinnes, Pompéia e Bueno, 2008), que possui normas para crianças de 6 até 11 anos, e a Conner's Kiddie CPT (K-CPT) (Miranda, Sinnes, Pompéia e Bueno, 2009), uma versão direcionada a crianças pré-escolares de 4 a 5 anos com um tempo médio de aplicação menor do que o da versão original. Além disso, a versão utiliza figuras em vez de letras.

Com um paradigma semelhante, um estudo de Bezdjian, Baker, Lozano e Rane (2009) utilizou a tarefa *go-no go* como instrumento de avaliação e encontrou uma marcante independência entre os componentes de inibição e desatenção da tarefa na amostra clínica investigada (9 a 10 anos). Uma relação pouco significativa foi encontrada entre os erros do tipo *go* (quando a criança deve reagir e não reage ao estímulo-alvo) e *no go* (quando a criança deve inibir a resposta a um estímulo não alvo). A partir disso, a tarefa parece ter os componentes de inibição e atenção relativamente dissociados e ser uma boa alternativa na identificação qualitativa de pontos fortes e fracos do paciente com TDAH, ao contrário das escalas comportamentais que podem confundir esses dois fatores. Apesar das correlações observadas, a tarefa não diferencia os subtipos de TDAH em meninos, mas é sensível para diferenciar os subtipos em meninas. A comparação entre o desempenho de meninos e meninas revelou que os primeiros cometem mais erros do tipo impulsivo (*no go*), mas não foram observadas diferenças no tipo de erro *go*. A variável tempo das tarefas indicou que as respostas mais rápidas tiveram relação forte com um maior número de erros do tipo impulsivo (*no go*). Já os erros do tipo desatento (*go*) não tiveram relação com tempos de reação mais baixos. Logo, talvez a velocidade em que o paciente dá suas respostas não seja indicativa de um perfil impulsivo, mas sim a velocidade combinada com um considerável número de erros *no go*. Quanto à escala utilizada nesse estudo, a Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (DISC-IV), baseada no DSM, os resultados indicaram que as pontuações realizadas por pais e professores para os sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade se correlacionaram fortemente, trazendo evidências para as discussões atuais quanto à separação desses construtos em escalas baseadas no comportamento e quanto ao possível mecanismo de base comum. Ao mesmo tempo, os autores discutem que se deve observar o olhar possivelmente enviesado dos pais e professores quanto ao transtorno. Um ponto importante a ser considerado é que a tarefa teve um desempenho estável durante a fase de reteste, o que é incomum em ferramentas que avaliam as funções executivas.

Teste de Atenção Visual-III (TAVIS-III)

O Teste de Atenção Visual-III (TAVIS-III) se propõe a avaliar três tipos de atenção: concentrada ou seletiva, alternada e seletiva. Ele é composto por três partes:

1. avaliação da atenção concentrada a partir da exigência de inibição de estímulos concorrentes aos estímulos-alvo;
2. avaliação da atenção alternada a partir da resposta alternada a dois padrões diferentes de estímulos: cor/forma para adolescentes e igual/diferente para crianças;
3. avaliação da atenção seletiva através da exposição do examinando a uma condição fixa por um período de tempo, devendo ele responder ao aparecimento de um estímulo.

O tempo total de aplicação do teste é de aproximadamente 30 minutos. Foi desenvolvido e normatizado para a população brasileira por Duchesne e Mattos (1997) para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos. Recentemente, Coutinho, Mattos, Araújo e Duchesne (2007) e Coutinho, Mattos e Araújo (2007) realizaram estudos comparativos com indivíduos com e sem TDAH e entre grupos com diferentes subtipos de TDAH, respectivamente, e encontraram diferenças de desempenho entre os grupos das amostras.

Teste D2

O objetivo do Teste D2 (Spreen e Strauss, 2006) é avaliar a atenção concentrada e a flutuação atencional. Trata-se de uma tarefa de cancelamento de alvos dentre distratores bastante similares. No Brasil, a versão disponível foi publicada por Alves (1990). Apesar de ser um teste sugerido para a avaliação do TDAH (Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005), não foram encontrados estudos que utilizassem esse instrumento nesse contexto de pesquisa.

Instrumentos de avaliação de componentes das funções executivas

Torre de Hanói

O teste da Torre de Hanói (Shallice, 1982) demanda a manipulação de um objeto que possui três estacas e cinco anéis de tamanhos diferentes. A tarefa consiste em transferir todos os anéis da posição inicial a uma posição-alvo, respeitando as regras de mover um anel por vez com o menor número de movimentos possível; um anel não removido deve permanecer sempre em uma estaca; o anel mais largo não deve ser colocado em cima de um anel mais fino. Examina a resolução de problemas, dentre outros componentes executivos não consensuais na literatura.

No Brasil, Sant'Anna, Quayle, Pinto, Scaf e Lucia (2007) propuseram um padrão de aplicação e de normas para estudantes de 13 a 16 anos. Quanto às amostras clínicas, um estudo de Martín-González e colaboradores (2009) demonstrou diferenças de desempenho na tarefa entre uma população de 7 a 12 anos dividida em grupos de TDAH combinado e controle. Mais especificamente, foram encontradas diferenças no segundo, no quarto e no quinto ensaios iniciais da tarefa e na sua execução após 30 minutos. Em uma amostra brasileira, Gomes, Mattos, Pastura, Ayrão e Saboya (2005) aplicaram-na em crianças e adolescentes com e sem TDAH, sem encontrarem diferenças no desempenho.

Fluência verbal: tarefas de evocação livre e com critérios fonêmicos-ortográficos e semânticos

A fluência verbal é a capacidade de produzir uma fala fluente, sem pausas excessivas e sem falhas na busca de palavras. Essa habilidade envolve diversas funções cognitivas, e entre as mais importantes estão as funções executivas (inibição, monitoramento, flexibilidade, planejamento, iniciativa, velocidade de processamento), a memória léxico-semântica e as habilidades linguísticas. A avaliação dessa habilidade se dá em tarefas que oportunizam a produção irrestrita da palavra escrita ou falada. Os testes de fluência são diversos, alguns utilizando a avaliação do discurso, respostas abertas a perguntas, questões que estimulam a livre conversação e a produção de

palavras (Benton, 1968; Lezak, Howieson e Loring, 2004). A mais conhecida e utilizada é a tarefa de fluência verbal de palavras. Essa tarefa avalia mais particularmente a capacidade de organizar o pensamento e as estratégias utilizadas para a busca de palavras. Ela é também uma das tarefas mais utilizadas no contexto clínico e de pesquisa por sua sensibilidade diagnóstica e fácil aplicação.

No Brasil, existem versões estudadas já disponíveis dessa tarefa para adultos. As versões adaptadas e normatizadas no sul do Brasil por Fonseca e colaboradores (2008) são os três subtestes da Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação (Bateria MAC): evocação lexical livre, com critério ortográfico "letra p" e com critério semântico "roupas". O tempo de aplicação de cada tarefa é para a evocação livre de dois minutos e para as outras duas de dois minutos e trinta segundos. Tais tarefas foram adaptadas para crianças e estão sendo normatizadas para uma amostra infantil dessa região de 6 a 12 anos, assim como para adolescentes. Brucki e Rocha (2004) normatizaram em uma amostra de adolescentes (a partir de 16 anos) e de adultos o teste de fluência verbal fonológica FAS (através da geração de palavras que iniciam com as letras F, A e S) e o teste de fluência verbal semântico com a categoria animais (ambos com um minuto de evocação). Ainda são necessárias normas publicadas de paradigmas de fluência verbal para crianças e adolescentes, além de estudos que investiguem qualitativamente o desempenho de populações clínicas nessa tarefa.

Os resultados dos estudos utilizando essa tarefa divergem de acordo com a modalidade utilizada, com os critérios de pontuação e com a população investigada. Geurts e colaboradores. (2005) investigaram o desempenho de uma amostra de crianças com diferentes subtipos de TDAH uma média de idade de 10 anos em uma tarefa de fluência verbal semântica e ortográfica da Controlled Word Association Task (COWAT). Não foram encontradas diferenças entre os grupos clínicos e controle, nem entre os grupos clínicos entre si. Um estudo de Puentes-Rozo, Barceló-Martínez e Pineda (2008), utilizando a versão do Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCA), encontrou diferenças de desempenho no grupo de indivíduos com TDAH subtipo desatento e controles na fluência verbal fonológica e semântica, mas não entre o subtipo desatento e o combinado ou entre o combinado e o grupo-controle. Silveira, Passos, Santos e Chiapetta (2009) utilizaram a versão brasileira do FAS de Brucki e Rocha (2004) e não encontraram diferenças de desempenho entre o grupo de TDAH e o controle, ambos de faixa etária de 7 a 12 anos.

Teste Stroop de Cores e Palavras

Os testes de Stroop (Stroop, 1935) possuem diferentes formas de apresentação de acordo com a versão. Em geral, as versões variam conforme o número de partes, número de itens em cada parte, número e opções de cores, forma de distribuição dos estímulos na folha, condições pelas quais os indivíduos são requeridos a lerem os itens e de acordo com a pontuação (Lezak, Howieson e Loring, 2004). Esse instrumento requer a nomeação de palavras e cores que mensura aspectos executivos de flexibilidade cognitiva, inibição de resposta automática e controle atencional. Avalia a flexibilidade de inibir uma resposta automatizada (ler a palavra escrita) em prol da nomeação da cor da tinta em que foi impressa a palavra.

A versão brasileira de Tosi (2003) consiste de três páginas de folhas do tipo A4 (21 X 29,7) com estímulos registrados em três diferentes condições. Na primeira página estão escritas as palavras "azul", "rosa" e "verde" em letras pretas (condição Palavra). Na segunda página há uma sequência de "XXXX" apresentados em azul, rosa ou verde, o que caracteriza a condição Cor. Por último, na condição de Interferência, as palavras "azul", "rosa" e "verde" estão impressas sempre em cores diferentes do nome da cor escrita. Por exemplo, a palavra "azul" está impressa em rosa ou verde. Em cada

página há 100 estímulos distribuídos de forma aleatória em 5 colunas e 20 linhas. As condições do teste são apresentadas na seguinte ordem: Palavra, Cor e Interferência. Na primeira condição, o paciente é instruído a ler as palavras dos nomes das cores. Na segunda etapa, pede-se que nomeie as cores em que os X's estavam impressos. Por fim, na terceira condição, o paciente é instruído a nomear as cores nas quais as palavras estavam impressas, tendo de inibir a palavra escrita (efeito Stroop).

Não existe atualmente uma versão publicada com normas desse teste para a população brasileira. No entanto, alguns estudos internacionais vêm encontrando diferenças entre os grupos com TDAH e controles em outras versões desse instrumento, como Biederman e colaboradores (2009), Scheres e colaboradores (2004) e Solanto e colaboradores (2007).

Teste Wisconsin de Classificação de Cartas

O Teste Wisconsin de Classificação de Cartas se propõe a avaliar o raciocínio abstrato, a capacidade de gerar estratégias para resolução de problemas e a flexibilidade cognitiva. Esse teste é composto por 128 cartas que devem ser combinadas com quatro cartas-chave. Essas cartas possuem estímulos que variam em cor, forma e número. O clínico deve dar uma resposta de *feedback* ao avaliando quanto a se a estratégia utilizada está certa ou errada, sem revelar as regras de combinação estabelecidas. O avaliando deve se basear no *feedback* do examinador para a elaboração de estratégias durante a tarefa (Heaton, Chelune, Talley, Kay e Curtiss, 1993).

No Brasil, o teste Wisconsin foi adaptado, padronizado e normatizado para a população de 6 anos e meio a 18 anos por Cunha, Trentini, Argimon e Oliveira (2005). Quanto aos estudos que utilizaram esse teste na avaliação do TDAH no Brasil, Amaral e Guerreiro (2001) e Schmitz e colaboradores (2002) encontraram diferenças no número de erros do teste em populações saudáveis e com TDAH (essa com maior número de erros). Em alguns estudos internacionais (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez e Piñeda, 2008; Scheres et al., 2004; Solanto et al., 2007) não foram encontradas diferenças de desempenho entre grupos com TDAH e controles; no entanto, no estudo de Biederman e colaboradores (2009) diferenças foram evidenciadas.

Teste de Trilhas

O Teste de Trilhas ou *Trail Making Test* (TMT) (Ait, 1944; Reitan e Wolfson, 1993) é um instrumento que avalia funções executivas (rapidez de processamento e flexibilidade cognitiva), busca visual e *performance* motora (Periánez et al., 2007). O TMT consiste de duas partes (TMT-A e TMT-B) que devem ser executadas com acurácia e alta velocidade. Enquanto o TMT-A avalia os dois últimos processamentos descritos, o TMT-B exige componentes executivos, visto que sua resolução implica a mudança e a alternância de resposta (Drane et al., 2002; Hashimoto et al., 2006).

A parte A do TMT é administrada no primeiro momento. O paciente é instruído a ligar em ordem crescente uma sequência de números (de 1 a 25) distribuídos em círculos aleatoriamente, em uma folha de papel, o mais rápido e acurado que puder. Já no TMT-B, são dadas ao paciente as mesmas instruções, sendo que agora ele deve ligar de modo alternado números (1-13) e letras (A-L) que estão dispostos aleatoriamente em ordem crescente.

Os resultados de estudos internacionais não são consensuais ao demonstrar a eficácia desse instrumento para diferenciar populações com e sem TDAH (Martel, Nikolas e Nigg, 2007; Wodka et al., 2008). Apesar de ser um instrumento reconhecido de avaliação das funções executivas e parecer ser um recurso que diferencia crianças com e sem TDAH (Capovilla, Assef e Cozza,

2007, para revisão de instrumentos de avaliação de funções executivas e situações clínicas), ainda é pouco utilizado em estudos brasileiros. Recentemente, Montiel e Capovilla (2009) desenvolveram uma versão desse teste para a população brasileira, mas sem dados normativos publicados. Em breve também serão publicadas normas para o Sul do Brasil da versão adaptada por Fonseca, Grassi-Oliveira, Oliveira, Gindri, Zimmermann, Trentini, Kristensen e Parente (no prelo).

Teste Hayling

O teste Hayling foi adaptado à língua portuguesa a partir da versão original de Burguess e Shallice (1996, 1997) (Fonseca et al., no prelo), com normas para adultos de 19 a 75 anos. As principais funções avaliadas por esse teste são a iniciação, a inibição verbal e a velocidade de processamento (Bielak, Mansueti, Strauss e Dixon, 2006).

O teste consiste de duas partes (A e B), cada uma composta de 15 frases nas quais está omitida a última palavra. Na parte A, é lida ao paciente cada frase, e ele é instruído a produzir verbalmente, o mais rápido que conseguir, uma palavra que complete corretamente o sentido da frase. Na parte B, novas frases são apresentadas, e pede-se que o paciente produza, o mais rápido possível, uma palavra que não complete corretamente o sentido da frase apresentada. A partir da revisão bibliográfica realizada, não foram encontrados estudos brasileiros que utilizassem esse instrumento e ainda não existe uma adaptação dessa tarefa para crianças e adolescentes. A versão brasileira mencionada está em fase de normatização para adolescentes e de adaptação para futura normatização em crianças de 6 a 12 anos. No exame do TDAH, Clark, Prior e Kinsella (2000) encontraram diferenças de desempenho no teste em uma amostra de adolescentes com e sem TDAH, sendo que os com a doença tiveram um desempenho significativamente inferior.

Instrumentos de avaliação de um ou mais sistemas de memória

Teste de Aprendizagem Verbal de Rey

O teste da Teste de Aprendizagem Verbal de Rey (Rey, 1964) é um dos testes mais utilizados na avaliação da aprendizagem verbal e da memória episódica. Costuma ser um teste de fácil aplicação composto por cinco partes nas quais são apresentadas uma lista de 15 palavras (lista A) e uma lista de 15 palavras de interferência (lista B). O examinador lê para o paciente a lista A cinco vezes consecutivamente. Cada vez que é lida essa lista, o paciente deve falar em voz alta as palavras que recorda em qualquer ordem de evocação. Após a quinta repetição da lista A ser finalizada, a lista de interferência (lista B) é lida ao paciente, e ele deve evocar essa lista após a leitura. Finalizada essa etapa, o examinador pede que o indivíduo recorde as palavras da lista A. Depois de um intervalo de 20 minutos, em que tarefas distratoras visuais devem ser efetuadas, o avaliando deve evocar as palavras da lista A sem que o examinador leia a lista. O avaliando então é submetido a um teste de reconhecimento composto das palavras da lista A e B e de mais 20 palavras distratoras. O examinador lê essas palavras, e o avaliando deve responder se pertence ou não à lista A (Lezak, Howieson e Loring, 2005; Malloy-Diniz, Cruz, Torres e Consenza, 2000).

As normas brasileiras do teste estão descritas em Malloy-Diniz e colaboradores (2000) e são para indivíduos de 16 a 93 anos. Na revisão de literatura realizada não foram encontrados estudos brasileiros com indivíduos com TDAH que utilizassem esse teste. No entanto, por ser um instrumento que demanda um componente atencional bastante demarcado, pode ser considerado com um grande potencial para a avaliação cognitiva no TDAH. Estudos internacionais demonstram a sensibilidade do teste para discriminar populações com e sem TDAH (Martínez-González et al., 2008). Essa ferramenta clínica é de suma importância para o entendimento do perfil cognitivo de pa-

cientes com TDAH, à medida que relaciona a atenção concentrada necessária para a etapa de codificação da memória com a aprendizagem verbal, facilitando inferências sobre a ligação entre as queixas comportamentais do paciente e seu desempenho em sala de aula.

Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth

O Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth (Corwin e Bylsma, 1993; Osterrieth, 1944; Rey, 1941) avalia as habilidades de organização visuoespacial, planejamento e desenvolvimento de estratégias e memória. A utilização desse instrumento é realizada em contextos clínicos com neuropatologias e psicopatologias diversas, entre elas o TDAH. A tarefa se baseia na cópia, e na reprodução imediata e tardia de uma figura complexa composta por um retângulo grande e detalhes geométricos. Quanto à aplicação da tarefa, pede-se ao avaliando que copie a figura e, sem ser informado durante a cópia, é solicitado a reproduzir posteriormente o que se lembra da figura. Dependendo do tempo de evocação, as duas memórias podem ser avaliadas. No caso da memória imediata, pede-se que o avaliando evoque logo após a cópia. Se o objetivo for avaliar a memória tardia, pede-se que evoque depois de algum tempo passada a cópia (para uma revisão sobre o uso desse instrumento, consultar Jamus e Mader, 2005).

Quanto às aplicações dessa ferramenta para a avaliação neuropsicológica de indivíduos com TDAH, investigações brasileiras vêm encontrando diferenças entre grupos com e sem a patologia e entre diferentes subtipos de TDAH na cópia e na recordação (Rizzuti et al., 2008). Em pesquisas internacionais existem resultados favoráveis (Biederman et al., 2009; Martínez-Gonzalez et al., 2008) e outros nem tanto (Puentes-Rozo, Barceló-Martínez, & Piñeda, 2008). Atualmente as normas desse teste podem ser consultadas em Oliveira (1999) e Oliveira, Rigoni, Andretta e Moraes (2004).

Baterias neuropsicológicas completas

Bateria NEPSY – Avaliação Neuropsicológica do Desenvolvimento

Recentemente adaptada ao português brasileiro por Argollo e colaboradores (2009), a Bateria NEPSY – Avaliação Neuropsicológica do Desenvolvimento (Korkman, Kirk e Kemp, 1998) é composta por 27 subtestes (atenção, funções executivas, linguagem, processamento visuoespacial, função sensório-motora, aprendizagem e memória) que estão disponíveis para crianças de 3 a 12 anos. Não foram encontrados artigos que explorassem as tarefas do NEPSY no exame de crianças com TDAH. Tal lacuna provavelmente pode ser justificada pelo fato de a bateria ter uma adaptação recente para o Brasil. Para um melhor conhecimento sobre as propriedades desse instrumento, sugere-se a leitura de Korkman, Kirk e Kemp (1998).

Bateria de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN

O NEUPSILIN é uma bateria aplicável em uma única sessão, com duração aproximada de 40 minutos, com o objetivo de examinar oito funções neuropsicológicas em 32 subtestes: orientação tempo-espacial, atenção concentrada auditiva, percepção visual, memória (de trabalho, episódica verbal, semântica, visual e prospectiva), habilidades aritméticas, linguagem (oral e escrita), praxias (ideomotora, construtiva e reflexiva) e componentes executivos (resolução de problemas verbais simples, iniciação e inibição). Trata-se de um instrumento nacional (Fonseca, Salles e Parente, 2009) normatizado para o sul do Brasil com normas de desempenho para adolescentes por série e tipo de escola, além de adultos de 19 a 90 anos. Uma versão infantil encontra-se em normatização. Em casos examinados com o NEUPSILIN na prática clínica, as tarefas de atenção concentrada, memória de trabalho, memória episódica e fluência verbal fonêmi-

TABELA 6.3
Resumo dos instrumentos indicados para a avaliação de funções cognitivas em casos de TDAH

Nome do instrumento	Versão brasileira	Funções avaliadas
Continuous Performance Test – CPT	Miranda, Sinnes, Pompéia e Bueno, 2008; Miranda, Sinnes, Pompéia e Bueno, 2009	Inibição, atenção concentrada
Teste de Atenção Visual-III (TAVIS-III)	Desenvolvido no Brasil	Atenção seletiva, alternada e sustentada
Teste D2	Alves (1990)	Atenção concentrada
Avaliação das funções executivas		
Torre de Hanói	Sant'Anna, Quayle, Pinto, Scaf e Lucia (2007)	Resolução de problemas, planejamento
Fluência verbal	Brucki e Rocha (2004); Fonseca et al. (2008)	Inibição, monitoramento, flexibilidade, planejamento, iniciativa, velocidade de processamento, memória léxico-semântica e habilidades linguísticas
Teste Stroop de Cores e Palavras	Tosi, 2003	Atenção concentrada e inibição
Teste Wisconsin de Classificação de Cartas	Cunha, Trentini, Argimon e Oliveira (2005)	Resolução de problemas e a flexibilidade cognitiva
Teste de Trilhas	Montiel e Capovilla (2009)	Rapidez de processamento e flexibilidade cognitiva
Teste Hayling	Fonseca et al., no prelo	Iniciação, a inibição verbal e a velocidade de processamento
Avaliação da memória		
Teste de Aprendizagem Verbal de Rey	Malloy-Diniz, et al. (2000)	Aprendizagem verbal e memória episódica
Teste Figura Complexa de Rey-Osterrieth	Oliveira (1999); Oliveira, Rigoni, Andretta e Moraes (2004)	Organização visuoespacial, planejamento e desenvolvimento de estratégias e memória
Baterias de avaliação neuropsicológica		
Bateria NEPSY	Argollo et al. (2009)	Atenção, funções executivas, linguagem, processamento visuoespacial, função sensório-motora, aprendizagem e memória
Bateria de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN	Desenvolvido no Brasil	Orientação tempo-espacial, atenção concentrada auditiva, percepção visual, memória, habilidades aritméticas, linguagem, praxias e componentes executivos

ca têm se mostrado sensíveis para diagnosticar déficits neuropsicológicos em adolescentes com TDAH.

Instrumentos de avaliação da inteligência: o uso do WISC-III com uma interpretação neuropsicológica além do fornecimento de QI

Apesar de originalmente desenvolvidos para a mensuração da inteligência verbal e não verbal em busca de um QI, os subtestes das Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças – WISC-III – apresentam, quando bem interpretados à luz da neuropsicologia clínica e cognitiva, diversas contribuições para o diagnóstico neuropsicológico. Além do fornecimento de QI total, verbal e de execução, muitas outras análises quantitativas e qualitativas se mostram essenciais para o raciocínio clínico neuropsicológico, tentando explorar ao máximo os dados oportunizados pela aplicação dessa longa e, muitas vezes, cansativa bateria por sua semelhança com tarefas escolares. Sugerem-se:

a) análise das discrepâncias entre QIs: principalmente entre o verbal e o não verbal, já que na clínica neuropsicológica costuma-se encontrar um *gap* com um QI verbal significativamente superior ao de execução;
b) análise dos índices fatoriais e das discrepâncias entre eles: são comuns achados de inferioridade dos índices de resistência à distratibilidade e de velocidade de processamento comparados aos de compreensão verbal e organização perceptual;
c) observação de discrepâncias entre os desempenhos nos subtestes de uma mesma escala: um *gap* significativo mesmo que acima da média entre o escore ponderado médio dos subtestes verbais e um desses subtestes quando positivo pode indicar força ou facilidade cognitiva nas habilidades envolvidas na tarefa, quando negativo indica uma fraqueza ou dificuldade;
d) análise do desempenho quantitativo e qualitativo em cada subteste considerando-se os componentes cognitivos subjacentes à sua realização. A seguir, encontram-se descritos os processos neuropsicológicos envolvidos em cada subteste que podem colaborar para o estabelecimento do perfil de processamento neuropsicológico dos pacientes com base em Simões (2002) e Nascimento e Figueiredo (2002), mas principalmente na prática clínica das autoras deste capítulo.

Os subtestes do WISC-III quando interpretados à luz da neuropsicologia cognitiva e clínica podem trazer diversas contribuições para o diagnóstico neuropsicológico. As principais interpretações são quanti-qualitativas de discrepâncias entre QIs verbal e de execução, entre índices fatoriais e entre subtestes de uma mesma escala, buscando-se raciocinar clinicamente sobre as funções cognitivas examinadas em cada subteste que possam corresponder a fraquezas ou fortes habilidades do paciente.

Subtestes do índice fatorial compreensão verbal

Subteste de informação. Esse teste se propõe a avaliar a quantidade de informação geral que o indivíduo assimila do seu ambiente de convívio. Ou seja, avalia os conhecimentos adquiridos através da educação na escola e na família que se traduzem na memória semântica de longo prazo e na organização temporal dos fatos (memória episódica). A interpretação proposta se baseia na premissa de que a compreensão e produção da linguagem e a memória semântica dependem da aprendizagem predominantemente formal (escolaridade).

Subteste de semelhanças. Avalia a formação de conceito verbal e pensamento lógico abstrato (categórico). Além disso, investiga

a capacidade de estabelecer relações lógicas e formar conceitos verbais ou categorias, a capacidade de síntese e de integração de conhecimentos. Sugere boas funções executivas quando ocorre pontuação máxima através de uma única resposta correta e prejuízos executivos verbais quando a pontuação se dá por explicações pormenorizadas. Em suma, avalia as habilidades gerais de julgamento semântico (que envolve habilidades linguísticas e executivas) e a memória semântica.

Subteste de vocabulário. Essa ferramenta contempla a avaliação do desenvolvimento da linguagem e conhecimento de palavras. Mais especificamente, explora a competência linguística, os conhecimentos lexicais e a facilidade de elaboração do discurso. O desempenho não satisfatório pode indicar falta de familiarização com o contexto educativo ou ausência de experiência escolar. Os processamentos investigados nesse subteste são léxico-semântico linguístico e de memória semântica.

Subteste de compreensão. Investiga a manifestação da informação prática, avaliando o uso de experiências passadas e o conhecimento dos padrões convencionais de comportamento. Nesse subteste, a capacidade de exprimir suas experiências, o conhecimento de regras de relacionamento social, a facilidade de argumentação (justificativa das respostas) e de flexibilidade mental (quando é solicitada uma segunda resposta ao mesmo item) são demonstrados. Dessa maneira, avalia processamentos complexos como julgamento moral, processamento inferencial, memória semântica e episódica verbal, funções executivas de abstração e tomada de decisão na resolução de problemas do cotidiano.

Índice fatorial compreensão verbal

Informação – memória verbal semântica e episódica.
Semelhanças – processamento léxico-semântico linguístico, elaboração do discurso e memória semântica.
Compreensão – julgamento moral, processamento inferencial, memória semântica e episódica verbal e funções executivas.

Índice fatorial organização perceptual

Subteste de completar figuras. Requer a habilidade de diferenciar o essencial do não essencial e requer conhecimento dos objetos, raciocínio, memória de longo prazo e reconhecimento visual sem atividade motora essencial. Exige, além disso, memória visual e bom senso prático e capacidade de acesso lexical (nome exato da parte que falta). O resultado dessa tarefa pode ser negativamente influenciado pelo efeito de novidade, a inibição ansiosa (primeiro teste). Crianças impulsivas tendem a usar termos vagos. A pobreza de vocabulário pode ocorrer em fraca escolarização e/ou meio social desfavorecido. Em resumo, o subteste investiga habilidades de percepção visual, habilidade linguística de nomeação e/ou motora/práxica de apontar a parte da figura faltante.

Subteste de arranjo de figuras. Exige a habilidade de reconhecer a essência da história, além de antecipar e compreender a sequência de eventos sociais, a capacidade de antecipação das consequências, a habilidade de planejamento e a sequência e os conceitos temporais, a capacidade de análise perceptiva, a integração do conjunto de informações disponíveis. A pontuação baixa indica dano nas funções frontais de autorregulação e na organização de discurso interior (disfásicos com desempenho inferior). É uma das tarefas cognitivas mais complexas e ricas em termos de interpretação neuropsicológica. Demanda percepção visual, habilidade executiva de análise-síntese, processamento discursivo indireto para que a organização visual tenha correlato linguístico de identificação e organização da sequência de cenas em uma história com início, meio e fim. Além disso, demanda as funções de velocidade de processamento e de memória semântica e episódica.

Subteste de cubos. Avalia a organização perceptual e visual, a conceitualização

abstrata (análise do todo em suas partes), a formação de conceito não verbal e a visualização espacial. Além disso, analisa a capacidade de organização e o processamento visuoespacial/não verbal, a medida de resolução de problemas não verbais, as dificuldades de automonitoramento (quando a criança é incapaz de reconhecer erros evidentes), a escolha do tipo de estratégia (global, analítica ou sintética), a inteligência não verbal e o raciocínio visuoespacial, as praxias construtivas, a coordenação e a rapidez psicomotora. Dessa forma, as funções neuropsicológicas avaliadas são percepção visual, organização e orientação visuoespacial (funções executivas) e velocidade de processamento.

Índice fatorial organização perceptual

Completar figuras – percepção visual, habilidade linguística de nomeação e/ou motora/práxica.
Arranjo de figuras – percepção visual, habilidade executiva de análise-síntese, processamento discursivo indireto, velocidade de processamento, memória semântica e episódica.
Cubos – percepção visual, organização e orientação visuoespacial (funções executivas) e velocidade de processamento.
Armar objetos – praxia construtiva, memória visual, representação mental e velocidade de processamento.
Labirintos – praxias e coordenação visuomotora.

Subteste de armar objetos. Este demada coordenação visuomotora, habilidade de organização perceptual, capacidade de percepção das partes e do todo, capacidade de organizar um todo a partir de elementos separados e capacidade de integração perceptiva. Costuma ser sensível à dispraxia construtiva. Em resumo, avalia as funções cognitivas de praxia construtiva, memória visual, representação mental e velocidade de processamento.

Subteste de labirintos. Examina praxias construtivas e coordenação visuomotora. No entanto, não tem normas de desempenho para a população brasileira.

Índice de resistência à distração

Subteste de aritmética. Investiga a capacidade de resolver as quatro operações matemáticas básicas, a habilidade de resolução de problemas complexos, a capacidade de cálculo mental, a compreensão de enunciados verbais e raciocínio. Parece ser sensível ao déficit de atenção e à falta de controle da impulsividade. Qualitativamente, sugere-se observar o modo de resolução principalmente quando a resposta está errada. As funções neuropsicológicas envolvidas nessa tarefa são calculias, resolução de problemas matemáticos de simples a complexos (componente executivo), compreensão de linguagem, memória de trabalho (operacional), atenção concentrada (controle mental para cálculos mentais, sem apoio concreto), velocidade de processamento implícita (apenas com o uso de cronômetro evidente).

Índice de resistência à distração

Aritmética – resolução de problemas matemáticos de simples a complexos (componente executivo), compreensão de linguagem, memória de trabalho, atenção concentrada, velocidade de processamento implícita.
Dígitos – atenção, memória episódica de curto prazo, memória episódica de curto prazo e o componente executivo central da memória de trabalho.

Subteste de dígitos. Requer habilidades de recordação e repetição imediata. Estão envolvidas nessa tarefa as habilidades de processamento verbal auditivo e atenção. Na ordem direta, mais especificamente, avalia-se memória auditiva sequencial, capacidade de escuta e flutuação da atenção. Já na ordem inversa é exigida a memória de trabalho (operacional). Em suma, a ordem direta requer atenção e memória episódica de curto prazo, a ordem indireta exige atenção, memória episódica de curto prazo e o componente executivo central da memória de trabalho (operacional).

Índice de velocidade de processamento

Subteste de código. Avalia a capacidade de aprender tarefas não familiares, a velocidade e a acurácia na coordenação olho-mão, a memória visual de curto prazo, a capacidade de associar números e símbolos e de memorizar essas associações, a capacidade de aprendizagem automatizada e de reprodução dos símbolos, o que requer boa caligrafia (crianças impulsivas costumam apresentar déficits). Avalia também as funções neuropsicológicas de atenção visual alternada, praxias construtivas de cópia, coordenação visuomotora, velocidade de processamento visuomotor, atenção concentrada e automonitoramento (componente executivo).

Índice de velocidade de processamento

Código – atenção visual alternada, praxias construtivas de cópia, coordenação visuomotora, velocidade de processamento visuomotor, atenção concentrada e automonitoramento.
Procurar símbolos – atenção concentrada e alternada, velocidade de processamento, capacidade de discriminação perceptiva, atenção visual e memória de trabalho.

Subteste de procurar símbolos. Tem como objetivo avaliar a atenção e a velocidade de processamento, além da capacidade de discriminação perceptiva, da atenção visual e da memória de trabalho (operacional). Observa-se que crianças impulsivas ou com déficit de atenção apresentam resultados mais baixos no subteste de códigos e no de símbolos dentro da escala de execução. Essa tarefa avalia as mesmas funções do subteste de códigos e, além delas, o componente de sondagem da atenção concentrada.

Mais especificamente, o subteste *span* de dígitos é um dos mais utilizados nacional e internacionalmente na avaliação da atenção concentrada (ordem direta) e na memória de trabalho (ordem inversa). Na tarefa de ordem direta, o paciente deve repetir as sequências de números ditas pelo examinador. Na ordem indireta, o paciente é requerido a repetir as sequências de números em uma ordem reversa, ou seja, de trás para a frente. As sequências aumentam conforme os acertos do avaliando no teste e iniciam com uma sequência de dois até oito dígitos. A sensibilidade dessa tarefa vem sendo demonstrada nos estudos que investigam populações com TDAH (Biederman et al., 2009; Coutinho, Mattos e Malloy-Diniz, 2009; Kibby e Cohen, 2008; Schmitz et al., 2002), apesar de alguns estudos encontrarem resultados contrários (Martínez-Gonzáles et al., 2008; Rizzuti et al., 2008). Essa tarefa pode ser encontrada com normas independentes em um estudo recente de Nascimento e Figueiredo (2007).

Na **Tabela 6.4** há uma breve revisão de estudos e achados neuropsicológicos com o WISC-III.

Observa-se que muitas das análises citadas foram realizadas nos estudos consultados. No entanto, os achados não foram consensuais, sugerindo que há crianças e adolescentes com TDAH sem prejuízos cognitivos significativos e mensuráveis em testes padronizados. Além disso, o WISC-IV ainda não adaptado ao português brasileiro parece estar muito mais sensível ao perfil cognitivo de pacientes com TDAH.

APLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NO DIAGNÓSTICO DE TDAH

A contribuição da avaliação neuropsicológica no processo diagnóstico dos quadros de TDAH se dá principalmente quando é necessária a investigação mais aprofundada para auferir a severidade do quadro, quando há queixas de dificuldades relacionadas à aprendizagem em conjunto com o diagnóstico psiquiátrico e quando é necessário acompanhar os efeitos do tratamento farmacológico e/ou psicoterápico. A aplicabilidade da avaliação neuropsicológica em indivíduos com TDAH é considerada limitada,

TABELA 6.4
Síntese de estudos com amostras clínicas de TDAH e avaliação com o WISC-III

Referências	Objetivo(s)	Amostra	Testes utilizados	Achados principais
Krane e Tannock (2001)	Examinar a utilidade do terceiro fator do WISC-III – Resistência à distração em pacientes com diagnóstico de TDAH e as contribuições das variáveis comportamentais, acadêmicas e de linguagem para esse fator.	Crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, 275 crianças com dificuldades de atenção, comportamento e aprendizagem e 26 crianças controle	WISC-III Reading and Arithmetic subtests of the Wide Range Achievement Test (WRAT-3) Word Attack and Word Identification subtests of the Woodcock Reading Mastery Tests-Revised Clinical Evaluation of Language Fundamentals Third Edition (CELF-3)	O Índice de Resistência à Distração (IRD) foi significativamente mais baixo que os escores dos índices verbais e de desempenho no WISC-III. O IRD foi mais baixo que o restante dos escores dos fatores nos grupos. Pouca utilidade de um IRD discrepante no diagnóstico clínico de TDAH. Sugerem baixa utilidade diagnóstica, sensibilidade e especificidade do escore do Índice de Resistência à Distração a respeito do TDAH. Alta prevalência de taxa de falso-negativo no grupo com TDAH e altas taxas de falsos positivos na comparação dos grupos clínicos e não clínicos. Não houve correlação entre as escalas de pais para TDAH com o IRD. Houve correlação do IRD com as escalas dos professores. Correlação significativa entre o IRD e as medidas de leitura e aritmética, habilidades de linguagem receptiva e expressiva em toda a amostra clínica. Os testes de aritmética e *span* de dígitos talvez façam parte de um índice de memória de trabalho.
Mayes e Calhoun (2006)	Avaliar similaridades e diferenças no WISC-III e WISC-IV em crianças com TDAH	Crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, 586 crianças com TDAH foram avaliadas pelo WISC-III, 118 crianças com TDAH foram avaliadas pelo WISC-IV.	WISC-III e WISC-IV compreendendo os seguintes índices: Índice de Compreensão Verbal (ICV) Índice de Raciocínio Perceptual e Organização Perceptual (IRPOP) Índice de Resistência à Distração (IRD) Índice de Memória de Trabalho (IMT)	Prejuízos no IRD parecem indicar dificuldades no processamento da linguagem falada (memória de trabalho). Os pontos fortes e fracos de crianças com TDAH foram similares para o WISC-IV e WISC-III com escores significativamente mais baixos no IMT e no IVP quando comparados ao IRPOP. Além disso, no IVP, o escore do subteste códigos foi significativamente menor do que o do subteste símbolos. Crianças com TDAH têm pontos fortes relacionados ao raciocínio verbal e visual e nas dificuldades na atenção, na velocidade de processamento e habilidades grafomotoras.

(continua)

TABELA 6.4 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos com amostras clínicas de TDAH e avaliação com o WISC-III

Referências	Objetivo(s)	Amostra	Testes utilizados	Achados principais
			Índice de Velocidade de Processamento (IVP)	Os índices de discrepância foram maiores para o WISC-IV, podendo ser este mais eficaz que o WISC-III em identificar pontos fortes e fracos das crianças com TDAH. Todas as crianças no WISC-IV tiveram menor desempenho nos IRD e IMT, enquanto apenas 88% das crianças WISC-III teve menor de IVP. Dessa maneira, o WISC-IV parece ser mais útil no diagnóstico de TDAH do que o WISC-III.
Almeida e Fonseca (2008)	Investigar em pacientes com TDAH, as relações entre a Escala Wechsler de Inteligência (WISC-III) e medidas de eletrencefalograma quantitativo.	Crianças de 7 a 11 anos, 38 crianças com TDAH e 38 crianças controle.	WISC-III QI total QI verbal QI de execução Índices fatoriais de análise complementar	Houve correlação negativa entre QI verbal e de compreensão verbal e correlações entre o QI de execução e de organização perceptual.

(continua)

TABELA 6.4 (CONTINUAÇÃO)
Síntese de estudos com amostras clínicas de TDAH e avaliação com o WISC-III

Referências	Objetivo(s)	Amostra	Testes utilizados	Achados principais
Solanto et al. (2007)	Diferenciar subtipos de TDAH e investigar as possíveis diferenças entre os subtipos quanto a sistemas de funcionamento neurocognitivos específicos	Crianças 7 a 12 anos, 34 crianças com TDAH combinado, 26 crianças com TDAH predominante desatento e 20 crianças controle.	Teste de Stroop de cores e palavras (controle inibitório cognitivo) Posner Task (sistemas atencionais) Teste Wisconsin de classificação de cartas Continuous Performance Test (CPT) (impulsividade motora) Buschke Selective Reminding Test (memória de armazenamento de curto e longo prazo) Torre de Londres (TOL) (impulsividade motora, memória de trabalho visuoespacial e planejamento) WISC – III Índice de Velocidade de processamento Índice de Resistência à distração	Os participantes não se diferenciaram quanto à presença de critério de discrepância no Índice de Velocidade de Processamento. Os grupos não se diferenciaram na tarefa de *span* de dígitos ordem inversa.

à medida que as queixas que permeiam esse transtorno são predominantemente comportamentais. No entanto, pode ser muito válida na verificação de alterações cognitivas tendo em vista que a ocorrência delas pode significar que o prognóstico é mais sério ou que o TDAH é mais grave.

Frente à questão diagnóstica clínica específica se há sinais cognitivos/neuropsicológicos na descrição do TDAH, a resposta atual é negativa. Embora não sejam essenciais para a confirmação do diagnóstico, os encaminhamentos de psiquiatras, neurologistas e psicoterapeutas aumentam consideravelmente na rotina clínica. Como desafio, ainda resta buscar respostas para os seguintes questionamentos: as alterações cognitivas encontradas em alguns pacientes são causas, comorbidades ou consequências dos aspectos comportamentais tradicionalmente relatados no TDAH? Há um perfil cognitivo específico para cada tipo de TDAH? Pacientes com déficits neuropsicológicos respondem às diferentes intervenções farmacológicas, psicoterápicas e combinadas, de modo semelhante ou diferente ao efeito terapêutico encontrado em pacientes sem déficits neuropsicológicos?

Entre diferentes instrumentos de exame cognitivo e/ou comportamental da criança com suspeita de TDAH, a literatura especializada na área vem encontrando dissociações entre escalas comportamentais e testes neuropsicológicos. Essas discrepâncias resultam de situações em que o diagnóstico de TDAH é corroborado pelos achados de escalas que avaliam comportamentos característicos desse quadro clínico; em contrapartida, não são corroborados pelos escores quantitativos dos testes de avaliação cognitiva. Em relação a esta eventual discordância, alguns pontos devem ser considerados.

Primeiramente, testes neuropsicológicos não foram delineados com o objetivo de detectar um transtorno específico, mas o funcionamento cognitivo que pode ser semelhante em alguns aspectos em diferentes patologias. Em segundo lugar, ainda na mesma questão, está a validade ecológica dos testes utilizados na clínica neuropsicológica, pois nem todos os testes se traduzem em situações da vida real nas quais o paciente tem dificuldades. Por exemplo, um aluno com TDAH com dificuldades de concentração em sala de aula pode não ter um desempenho inferior ao esperado em um ambiente controlado de testagem, onde toda a atenção está focalizada no objetivo de realizar a tarefa com êxito. Outra situação em que o paciente com TDAH pode se beneficiar durante a avaliação formal é quando o neuropsicólogo fornece explicações complementares, o que auxilia no desempenho de pacientes com TDAH e mascara dificuldades de base compensadas pelo apoio na compreensão que costuma estar prejudicada nesses pacientes (Bailey, Lorch, Milich e Charnigo, 2009).

Dessa maneira, a avaliação neuropsicológica adaptada ecologicamente às dificuldades do paciente pode ser uma solução, sem contemplar os critérios de validade psicométrica. Além dos fatores já hipotetizados para os achados não unânimes na literatura, levanta-se mais uma explicação sobre características inerentes de instrumentos neuropsicológicos padronizados: diferentes testes e paradigmas são usados como se medissem os mesmos componentes cognitivos, contribuindo para uma interpretação parcialmente equivocada e incompleta. Outra hipótese pode ser levantada acerca das características da própria psicopatologia foco deste capítulo: a grande heterogeneidade e variabilidade clínica das manifestações comportamentais e cognitivas de crianças com TDAH.

A motivação também tem sido demonstrada como sendo influentes na avaliação. Por exemplo, no estudo de Barber, Milich e Welsh (1996), apesar de o grupo com TDAH não ter se diferenciado do grupo-controle no desempenho de tarefas com reforço parcial, ambos se diferenciaram no sentido de que o grupo clínico demonstrou ter um padrão comportamental mais vitimizado e teve estratégias de memória característica de crianças de menos idade. Um estudo mais recente de Luman, Oosterlaan e Sergeant (2008) demonstrou que crianças

com TDAH têm dificuldades relacionadas à motivação quando não há reforço durante a realização da tarefa. A partir disso, uma atenção especial deve ser dada aos aspectos motivacionais que podem estar influenciando as habilidades avaliadas.

IMPLICAÇÕES DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA PARA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Nas últimas décadas, a neuropsicologia do TDAH vem sendo conceitualizada a partir de modelos de déficits múltiplos, porque, cada vez mais, estudos nessa área têm evidenciado um perfil neuropsicológico heterogêneo entre os indivíduos com esse transtorno (Penington, 2005; Willcutt et al., 2005). Nesse sentido, diversos autores têm constatado padrões de prejuízo cognitivo distintos nos diferentes subtipos de TDAH (Diamond, 2005; Puentes-Rozo, Barceló-Martínez e Pineda, 2008). Embora a disfunção executiva continue sendo considerada um aspecto fundamental na neuropsicologia do TDAH, atualmente entende-se que esta não é necessária e, muitas vezes nem suficiente, para explicar todos os casos da patologia (Nigg et al., 2005; Willcutt, 2005).

A proposta de se ampliar o modelo neuropsicológico do TDAH, dando conta dos complexos prejuízos nele presentes, está ligada ao raciocínio clínico na escolha da abordagem terapêutica a ser empregada. Sendo assim, os dados da pesquisa mencionada têm implicações clínicas que se estendem da possibilidade de uma distinção diagnóstica entre os subtipos do TDAH, até a proposta de técnicas terapêuticas mais eficazes (Schmitz et al., 2002). Conhecer o perfil neuropsicológico de cada paciente diagnosticado com TDAH auxilia no desenvolvimento de uma conceitualização mais individualizada dos déficits apresentados, colaborando para uma escolha mais acertada das estratégias terapêuticas a serem empregadas.

O estudo de Pfiffner e colaboradores (2007) avaliou a eficácia do tratamento psicossocial comportamental integrado em crianças com TDAH (subtipo desatento) e reforçou a importância de se atentar para o subtipo do TDAH em questão, no intuito de melhor contemplar suas particularidades. De acordo com os autores, dar orientações aos pais ou treinar habilidades sociais aplicadas aos pacientes com subtipo combinado em vez de subtipo desatento, talvez ignore as diferenças profundas entre os dois tipos. Diferentemente do subtipo combinado, o subtipo desatento tem danos neuropsicoló-

QUADRO 6.2
Avaliação neuropsicológica no TDAH

APLICAÇÕES	LIMITAÇÕES
■ diferenciação da severidade do quadro; ■ verificação de comorbidade de déficit atencional cognitivo objetivamente comprovado; ■ queixas de dificuldades relacionadas à aprendizagem; ■ acompanhamento dos efeitos do tratamento farmacológico e/ou psicoterápico relacionado ao prognóstico.	■ as queixas do quadro de TDAH são predominantemente comportamentais; ■ os déficits neuropsicológicos não são essenciais para a confirmação do diagnóstico; ■ o *setting* neuropsicológico é limitado e, por isso, muitas vezes não proporciona a avaliação em ambientes onde as dificuldades do paciente ocorrem tal como no cotidiano.

gicos mais severos associados à capacidade de alerta e orientação, apresentam mais sintomas de preguiça cognitiva (sonhar durante o dia), menor velocidade de processamento, menos problemas com inibição comportamental e comportamento agressivo e oposicional, maior retração social e problemas acadêmicos significativos por menos motivação do aprendizado. Logo, os autores lembram que essas diferenças comportamentais e neuropsicológicas devem ser levadas em consideração ao se planejar a intervenção.

Considerando-se alguns estudos que mostram um prejuízo na habilidade social de crianças com TDAH (Nixon, 2001; Pardos et al., 2009), é possível também verificar a importância de se caracterizar o perfil individualizado de cada paciente. Uma vez que a inabilidade social não é comumente apontada pela literatura como um dos sintomas centrais do TDAH, talvez um delineamento padrão de tratamento não a priorizasse enquanto foco terapêutico. Não obstante, ao serem demonstrados danos relevantes vinculados a essa habilidade através de avaliações neuropsicológicas, um plano de tratamento enfocando a habilidade social poderia ser traçado.

Além da escolha das técnicas cognitivo-comportamentais a serem utilizadas para um caso em particular, pode-se pensar em suas diferentes adequações aos perfis neuropsicológicos do paciente. A aplicação da resolução de problemas, por exemplo, que é bastante realizada nos protocolos de tratamento, levaria em consideração o funcionamento cognitivo individual, ou seja, capacidade atencional, habilidade de inibição comportamental, memória de trabalho, etc. Isso porque, uma vez verificado um prejuízo proeminente na inibição comportamental, maiores esforços poderiam ser despendidos nesse aspecto em detrimento de outros. Dessa forma, em vez de focar exaustivamente em alternativas e análise das consequências, um maior direcionamento seria dado à inibição comportamental, componente fundamental para os passos subsequentes do processo de resolução de problemas.

Além da importância da avaliação neuropsicológica para uma adequada conceitualização do perfil neuropsicológico individual, as evoluções no campo da neuroimagem também têm oferecido subsídio evidenciando áreas e, por conseguinte, funções prejudicadas. Estudos recentes têm enfocado não apenas a ausência e/ou diminuição de atividade em determinadas áreas, mas também o aumento de atividade em outras regiões, no intuito de identificar o uso de estratégias compensatórias (Fassbender e Schweitzer, 2006). Isto porque talvez haja um uso aumentado e preferencial de estratégias ligadas a regiões cerebrais mais ativadas em indivíduos com TDAH.

Como aplicar a avaliação neuropsicológica no contexto da Terapia cognitivo-comportamental?
Uma das principais aplicações é adaptar cada técnica terapêutica ao perfil neuropsicológico caracterizado na avaliação cognitiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao caráter ainda inovador e incipiente da interface entre neuropsicologia e psicopatologia, uma nova área que vem sendo denominada em eventos científicos como neuropsicopatologia, é de se esperar que a neuropsicologia do TDAH ainda tenha muito a desenvolver. Para tanto, são fundamentais mais relatos de casos, mais estudos quase-experimentais de grupos comparativos, com análise de *clusters* em busca de subgrupos clínicos a partir do perfil neuropsicológico, assim como comparação intragrupos para a verificação do efeito terapêutico com TCC e de terapias combinadas na *performance* cognitiva formal e informal, mais próxima do cotidiano. Para que isso seja possível, clínicos e pesquisadores em neuropsicologia devem investir ainda mais no desenvolvimento de instrumentos ecológicos de avaliação neuropsicológica que mensurem funções cognitivas como atenção, memória episódica, memória de trabalho e componentes das funções exe-

Dicas e sugestões para avanços na área de avaliação neuropsicológica do TDAH e sua relação com a TCC

Aos pesquisadores: promover mais estudos de relatos de casos, estudos quase-experimentais de grupos comparativos, com análise de *clusters* em busca de subgrupos clínicos a partir do perfil neuropsicológico, assim como de comparação intragrupos para a verificação do efeito de terapias, desenvolvimento de instrumentos ecológicos de avaliação cognitiva.

Aos clínicos e pesquisadores: utilizar instrumentos de investigação que englobem diferentes tipos, sistemas, subprocessos ou componentes de uma mesma função.

cutivas, principalmente inibição, do modo como são utilizadas no cotidiano, cuja alteração pode estar diretamente relacionada aos critérios diagnósticos comportamentais do TDAH. No contexto da avaliação neuropsicológica formal tradicional com instrumentos padronizados, ao passo em que se sabe que as funções cognitivas não são unidimensionais, sendo que diferentes tipos, sistemas, subprocessos ou componentes de uma mesma função devem ser explorados com profundidade. Por exemplo, na avaliação da atenção, deve-se investigar e interpretar com rigor clínico como estão sendo processadas as atenções concentrada ou sustentada, focalizada ou seletiva, alternada, dividida, entre outras. Por fim, outros componentes das funções executivas que estejam vinculados aos comportamentos de desinibição e/ou impulsividade devem ser foco obrigatório do diagnóstico neuropsicológico, englobando, assim, tarefas de inibição verbal e não verbal, flexibilidade cognitiva, *switching*, entre outros.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2004). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV*-TR. Porto Alegre: Artmed.

Almeida, M. P. & Fonseca, L. C. (2008). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: relação entre Escala Wechsler de Inteligência e medidas de coerência no eletrencefalograma quantitativo [CD-ROM]. In *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica da PUC-Campinas*. Campinas: PUC-Campinas.

Alves, I. C. B. (1990). *Teste d2 – atenção concentrada. Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Amaral, A. H., Guerreiro, M. M. (2001). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: proposta de avaliação neuropsicológica para diagnóstico. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 59*(4), 884-888.

Army Individual Test Battery – AITB (1944). *Manual of directions and scoring*. Washington, DC: War Department, Adjutant General´s Office.

Argollo, N., Bueno, O. F. A., Shayer, B., Godinho, K., Abreu, K., Durán, P. et al. (2009). Adaptação transcultural da Bateria NEPSY – avaliação neuropsicológica do desenvolvimento: estudo-piloto. *Avaliação Psicológica, 8*(1), 59-75.

Assef, E. C. S., Capovilla, A. G. S., & Capovilla, F. C. (2007). Teste de Stroop computadorizado para avaliar atenção seletiva em crianças com TDAH. *The Spanish Journal of Psychology*.

Bailey, U. L., Lorch, E. P., Milich, R. & Charnigo, R. (2009). Developmental changes in attention and comprehension among children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Development, 80*(6), 1842-1855.

Barber, M. A., Milich, R., & Welsh, R. (1996). Effects of reinforcement schedule and task difficulty on the performance of attention deficit hyperactivity disordered and control boys. *Journal of Clinical Child Psychology 25*, 66–76.

Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying. *Psychological Bulletin, 121*(1), 65-94.

Benton, A. L. (1968). Differential behavioral effects in frontal lobe disease. *Neuropsychologia, 6*, 53–60.

Bezdjian, S., Baker, L. A., Lozano, D. I. & Rane, A. (2009). Assessing inattention and impulsivity in children during the Go/NoGo task. *British Journal of Development Psychological, 27*(2), 365–383.

Biederman, J., Petty, C. R., Ball, S. W., Fried, R., Doyle, A. E., Cohen, D., Henderson, C., Faraone, S. V. (2009). Are cognitive deficits in attention deficit/hyperactivity disorder related to the course of the disorder? A prospective controlled follow-up study of grown up boys with persistent and remitting course. *Psychiatry Research, 170*, 177–182.

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Faraone, S. V., & Mick, E. (2009). Parsing the associations between prenatal exposure to nicotine and offspring psychopathology in a nonreferred sample. *The Journal of Adolescent Health, 45*(2), 142-148.

Bielak, A. A. M., Mansueti, L., Strauss, E., & Dixon, R. A. (2006). Performance on the Hayling and Brixton tests in older adults: Norms and correlates. *Archives of Clinical Neuropsychology, 21*, 141-149.

Bois, R. (2007). Psychodynamic models about the origins, internal processing and treatment of ADHD. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56*(4), 300-309.

Brucki, S. M. D., Rocha, M. S. G. (2004). Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 37*(12), 1771-7.

Burgess, P. W., & Shallice, T. (1996). Response suppression, initiation and strategy use following frontal lobe lesions. *Neuropsychologia, 34*, 263–273.

Burguess, P. W., & Shallice, T. (1997). *The Hayling and Brixton Tests*. Thurston, Suffolk: Thames Valley Test Company.

Capovilla, A. G. S., Assef, E. C. & Cozza, H. F. P. (2007). Avaliação neuropsicológica das funções executivas e relação com desatenção e hiperatividade. *Avaliação Psicológica, 6*(1), 51-60.

Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S. et al. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Medical Association, 288*(14), 1740-1748.

Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. L. (2000). Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *Journal of abnormal child psychology, 28*(5), 403-14.

Conners, C. K. (2000). *Conners CK: continuous performance test II technical guide and software manual*. New York: MHS.

Coutinho, G., Mattos, P., & Araújo, C. (2007). Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56*(1). 13-16.

Coutinho, G., Mattos, P., Araújo, C. & Duchesne, M. (2007). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 215-222.

Coutinho, G., Mattos, P., & Malloy-Diniz, L. F. (2009). Neuropsychological differences between attention deficit hyperactivity disorder and control children and adolescents referred for academic impairment. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*(2), 141-144.

Cunha, J. A., Trentini, C. M., Argimon, I. L., Oliveira, M. S., Werlang, B. G., & Prieb, R. G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas* – adaptação e padronização brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Developmental Psychopathology, 17*(3), 807-825.

Drane, D. L., Yuspeh, R. L., Huthwaite, J. S. & Klinger, L. K. (2002). Demographic characteristics and normative observation for derived-trail making test indices. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology, 15*(1), 39-43.

Duchesne, M & Mattos, P. (1997). Normatização de um teste computadorizado de atenção visual (TAVIS). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 55*(1), 62-69.

Fassbender, C., & Schweitzer, J. B. (2006). Is there evidence for neural compensation in attention deficit hyperactivity disorder? A review of the functional neuroimaging literature. *Clinical Psychological Review, 26*(4), 445-465.

Fonseca, R. P., Parente, M. A. M. P., Cote, H., Ska, B., Joanette, Y. (2008). *Bateria Montreal de Avaliação da Comunicação – Bateria MAC*. Barueri (SP): Pró-Fono.

Fonseca, R.P., Grassi-Oliveira, R., Oliveira, C.R., Gindri, G., Zimmermann, N., Trentini, C., Kristensen, C. H. & Parente, M. A. M. P. (in press, 2010). Instruments of executive functions assessment: preliminary normative data and sociodemographic studies. *Dementia & Neuropsychologia*.

Fonseca, R. P., Oliveira, C., Gindri, G., Zimmermann, N., & Reppold, C. (no prelo). Teste Hayling: um instrumento de avaliação de componentes das funções executivas. In C. Hutz (Org.). *Avaliação Psicológica de crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fonseca, R. P., Salles, J. F., Parente, M. A. M. P. (2009). *NEUPSILIN: instrumento de avaliação neuropsicológica breve*. São Paulo: Vetor.

Fontana, R. S.,Vasconcelos, M. M., Werner, J., Góes, F. V., & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 65*(1), 134-137.

Freire, A. C. C., & Pondé, M; P. (2005). Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 63*(2), 474-478.

Geurts, H. M., Vert, S., Sergeanta, J. A., & Royers, H. (2005). ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile? *Archives of Clinical Neuropsychology, 20*, 457–477.

Gomes, F., Mattos, P., Paustra, G., Ayro, V., Saboya, E. (2005). Executive functions in a non-clinical sample of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*, 178-181.

Guardiola, A., Fuchs, F. D., Rotta, N. T. (2000). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 58*, 401-407.

Hashimoto, R., Meguro, K., Lee, E. M., Kasai, M., Ishii, H. & Yamaguchi, S. (2006). Effect of age and education on the trail making test and determination of normative data for japanese elderly people: the tajiri project. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60*, 422-428.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., Curtiss, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test (WCST) manual, revised and expanded.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Jamus, D. R. & Mader, M. J. (2005). A figura complexa de Rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology, 11*(4), 193-198.

Kibby, M. & Cohen, M. (2008). Memory functioning in children with reading disabilities and/or attention-deficit/hyperactivity disorder: a clinical investigation of their working memory and long-term memory functioning. *Child Neuropsychology, 14*(6), 525–546.

Krane, E. & Tannock, R. (2001). WISC-III third factor indexes learning problems but not attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 5*(2), 69-78.

Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (1998). *NEPSY: a developmental neuropsychological assessment*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Lehn, H., Derks, E. M., Hudziak, J., Heutink, P., Beijsterveldt, T., & Boomsma, D. (2007). Attention problems and attention-deficit/hyperactivity disorder in discordant and concordant monozygotic twins: evidence of environmental mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(1), 83-91.

Lezak, M. D., Howieson, D.B., & Loring, D.W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Lobo, P. A. S. & Lima, L. A. M. (2008). Comparação do desempenho em leitura de palavras de crianças com e sem transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista CEFAC, 10*(4), 471-483.

Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação psicológica, 4*(1), 65-74.

Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2008). Decision-making in ADHD: sensitive to frequency but blind to the magnitude of penalty? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 49*(7), 712-722.

Malloy-Diniz, L. F., da Cruz, M. F., Torres, V., Cosenza, R. (2000). O teste de aprendizagem auditivo-verbal de Rey: normas para uma população brasileira. *Revista Brasileira de Neurologia, 36*(3), 79-83.

Martel, M. M. A., Nikolas, M., & Nigg, J. T. (2007). Executive function in adolescents with ADHD. *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1437-1444.

Martínez-González, M. A., Fuente-Arrillaga, C., Nunez-Cordoba, J. M., Basterra-Gortari, F. J., Buenza, J. J., Vazquez, Z., Benito, S. et al. (2008). Adherence to mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study, *British Medical Junior, 336*, 348-1351.

Martín-González, R., González-Pérez, P. A., Izquierdo-Hernández, M., Hernández-Expósito, S., Alonso-Rodríguez, M. A., Quintero-Fuentes, I., et al. (2009). Evaluación neuropsicológica de la memoria en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: papel de las funciones ejecutivas. *Revista Neurologia, 47*(5), 225-230.

Mayes, S. D. & Cahoun, S. L. (2006). WISC-IV and WISC-III profiles in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 9*, 486-493.

Mick, E. & Faraone, S. T. 2008). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 17*(2), 261-284.

Miranda, M. C., Sinnes, E. G., Pompéia, S., & Bueno, O. F. A. (2008). A comparative study of performance in the Conners' Continuous Perfor-

mance Test between brazilian and north american children. *Journal of Attention Disorders, 11*, 588-598.

Miranda, M. C., Sinnes, E. G., Pompéia, S., & Bueno, O. F. A. (2009). O K-CPT em uma amostra brasileira: descrição do desempenho e comparação com as normas norte-americanas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 31*, 60-66.

Mostofsky, S. H., Cooper, K. L., Kates, W. R., Denckla, M. B., & Kaufmann, W. E. (2002). Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 52*(8), 785-794.

Nascimento, E., Figueiredo, V. L. M. (2002). WISC-III e WAIS-III: alterações nas versões originais americanas decorrentes das adaptações para uso no Brasil. Psicologia: *Reflexão e Crítica, 15*(3), 603-612.

Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. E., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes?. *Biological Psychiatry, 57*, 1224-1230.

Nixon, E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*, 172-180.

Oliveira, M. S. (1999). *Figuras Complexas de Rey-Teste de Cópia e Reprodução de Memória de Figuras Geométricas Complexas – Adaptação Brasileira.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M. S., Rigoni, M. S., Andretta, I., Moraes, J. F. (2004). Validação do Teste Figuras Complexas de Rey na População Brasileira. *Avaliação psicológica, 3*(1), 33-38.

Pardos, A., Fernández-Jaén, A., & Martín Fernández-Mayoralas, D. (2009). Habilidades sociales em el trastorno por deficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología, 48*(2), 107-111.

Pennington, B. F. (2005). Toward a new neuropsychological model of attention-deficit/ hyperactivity disorder: subtypes and multiple deficits. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1221-1223.

Periáñez, J. A., Ríos-Lago, M., Rodríguez-Sánchez, J. M., Adrover-Roig, D., Sánchez-Cubillo, I., Crespo-Facorro, B., Quemada, J. I. & Barceló, F. (2007). Trail making test in traumactic brain injury, schizophrenia, and normal ageing: sample comparisons and normative data. *Archives of Clinical Neuropsychological, 22*(4), 433-447.

Pfiffner, L. J., Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C., Easterlin, B., Zalecki, C., McBurnett, K. (2007). A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive Type. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46* (8), 1041-1050.

Pondé, M. P., Freire, A. C. C. (2007). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 65*(2), 240-244.

Puentes-Rozo, P. J., Barceló-Martínez, E., & Pineda, D. A. (2008). Características conductuales y neuropsicológicas de niños de ambos os sexos, de 6 a 11 años, con trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología, 47*(4), 175-184.

Reitan, R. M. e Wolfson, D. (1993). The Halstead-Reitan Neuropsychology Battery: Theory and Clinical Interpretation, Tucson, AZ, Neuropsychology Press. – (1995): "Category test and trail making test as measures of frontal lobe functions". *The Clinical Neuropsychologist, 9*, 50-56.

Rey, A. (1964). L'examen clinique en psychologie. Paris: Presses Universitaires de France.

Rizzuti, S., Sinnes, E. G., Scaramuzza, L. F., Freitas, L., Pinheiro, D., Palmas, S. M., et al. (2008). Clinical and Neuropsychological profile in a sample of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Arquivos de Neuropsiquiatria, 66*(4), 821-827.

Rohde, L. A., Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria, 80*(2), 61-70.

Rosvold, H., Mirsky, A., Sarason, I., Bransome, E., &. Beck, L. (1956). A continuous performance test of brain damage. *Journal of Consulting Psychology, 20*, 343-350.

Rotta, N. T. (2006). Transtorno da Atenção: aspectos clínicos. In: Rotta, N. T., Ohlweiler, L. & Riesgo, R. S. *Transtornos da Aprendizagem: Abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed. 301-313.

Scheres, A., Oosterlaana, J., Geurts, H., Morein-Zamirf, S., Meiranb, N., Schutc, H. et al. (2004). Executive functioning in boys with ADHD: primarily an inhibition deficit? *Archives of Clinical Neuropsychology, 19*(4), 569-594.

Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L. Chaves, M., Rohde, L.A. et al. (2002). Neuropsychological performance in DSM-IV ADHD subtypes: an exploratory study with untreated adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry, 47*(9), 863-869.

Silveira, D. C., Passos, L. M. A., Santos, P. C., & Chiapetta, A. L. M. L. (2009). Avaliação da fluência verbal em crianças com transtorno da falta de aten-

ção com hiperatividade: um estudo comparativo. *Revista CEFAC, 11*(2), 208-216.

Simões, M. R. (2002). Avaliação neuropsicológica em crianças e adolescentes. In R. Primi (Org.), *Temas em Avaliação Psicológica* (pp. 26-34). Campinas: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.

Solanto, M. V., Gilbert, S. N., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., et al (2007). Neurocognitive Functioning in AD/HD, Predominantly Inattentive and Combined Subtypes. *Journal Abnormal Child Psychology, 35*(5), 729–744.

Spreen, O. & Strauss, E. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*. Oxford: Oxford University Press.

Stefanatos, G. A., Wasserstein, J. (2006). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder as a Right Hemisphere Syndrome – Selective Literature Review and Detailed Neuropsychological Case Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences, 931,* 172 – 195.

Tosi, S. T. (2003). *Stroop Test: normas provisórias para adolescentes brasileiros*. Monografia de Aperfeiçoamento/Especialização em Neuropsicologia, Divisão de Psicologia do Instituto Central, São Paulo.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry, 57*(11), 1336-1346.

Wodka, E. L., Mostofsky, S. H., Prahme, C., Larson, J. C. G., Loftis, C., Denckla, M. B., Mahone, E. M. (2008). Process examination of executive function in ADHD: sex and subtype effects. *Clinical Neuropsychology, 22*(5), 826–841.

SANT'ANNA, Beatriz de Andrade, QUAYLE, Julieta, PINTO, Kátia Osternack *et al*. Torre de Hanói: proposta de utilização do instrumento para sujeitos de 13 a 16 anos. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, 2007, vol.5, no.2, p.36-56. ISSN 1677-7409.

7

Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: tratamento farmacológico e não farmacológico

Leandro Fernandes Malloy-Diniz
Marco Antônio Silva Alvarenga
Neander Abreu
Daniel Fuentes
Wellington Borges Leite

Durante o desenvolvimento na infância e na adolescência não é raro perceber o quanto crianças e jovens apresentam comportamentos considerados "problemáticos" por seus pares e por seus pais. Desobediência, desrespeito às regras de conduta básica na escola e em outros contextos, impulsividade, agressividade e baixa tolerância à frustração são exemplos desses comportamentos. Muitos se empenham em atividades prazerosas por mais tempo do que nas responsabilidades que lhes são atribuídas. Entretanto, muitas dessas condutas tendem a desaparecer após intervenções pontuais ou mesmo ao longo da maturação, favorecendo o ajuste do indivíduo consigo mesmo e com seu meio (Ladd e Burgess, 1999). Por outro lado, diversos problemas de ajustamento que aparecem pela primeira vez na infância prosseguem na adolescência e, muitas vezes, na idade adulta prejudicando os indivíduos em seu cotidiano, no trabalho e nas relações interpessoais (Barkley, 1998). O transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH) é um desses exemplos e se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade (Barkley, 2002).

Muitos, por desinformação, consideram o TDAH um modismo ou novidade; mas as primeiras descrições clínicas de quadros semelhantes ao que hoje classificamos como TDAH datam do século XVII, e a primeira delas na literatura científica data do início do século XX, com o trabalho de Still (1902) sobre psicopatologias da infância (Louzã Neto, 2009). Ao longo do século XX, conforme pode ser visto na **Figura 7.1**, observar-se a evolução do conceito do que hoje conhecemos como TDAH. As diretrizes clínicas mais recentes presentes no DSM-IV (1994) refletem a forma como este é concebido na atualidade: um transtorno de origem na infância, com comprometimentos persistentes e significativos na atenção e/ou hiperatividade e impulsividade, com prejuízos em múltiplos contextos do cotidiano do indivíduo e de sua família.

A despeito do expressivo volume de informações sobre etiologia, diagnóstico e tra-

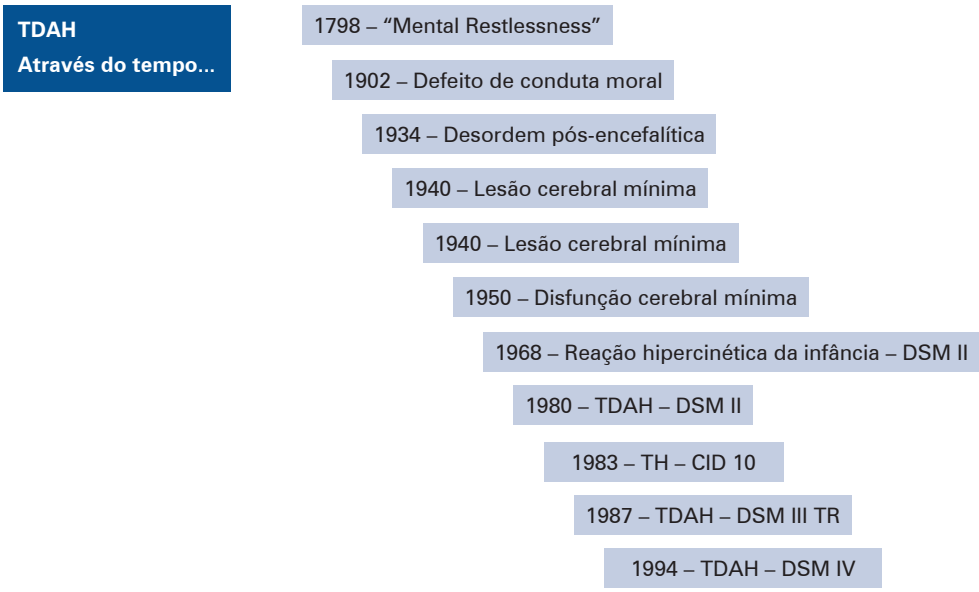


Figura 7.1
Termos relacionados ao TDAH ao longo do tempo.
Fonte: Malloy-Diniz et al., 2008.

tamento do TDAH produzido ao longo dos últimos anos, ainda persiste principalmente na literatura leiga o debate sobre a existência ou não do TDAH. Tal debate, na maioria das vezes fundamentado em paixões e ideologias anticientíficas, se confronta com evidências científicas consistentes de que o TDAH é um dos mais prevalentes e mais bem validados transtornos em neuropsiquiatria (Goldman, 1998).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O TDAH se caracteriza por sintomas marcantes de desatenção, hiperatividade e impulsividade, além de um quadro clínico bastante heterogêneo. Sintomas isolados descritos no critério A do DSM-IV (APA, 1994) não sustentam o diagnóstico, pois devem ocorrer de forma frequente, provocar prejuízos relevantes em pelo menos dois contextos, surgir na infância e não ser totalmente explicados por outra condição clínica. O DSM-IV propõe três subtipos do transtorno: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo e o combinado (no qual sintomas de hiperatividade e desatenção coexistem em intensidade semelhante).

Embora seja tradicionalmente diagnosticado e tratado em crianças e adolescentes, desde a década de 1970, tem sido reconhecido como persistente na idade adulta, resultando em prejuízos na qualidade de vida do indivíduo e de toda a sua família. Existem evidências de que o diagnóstico persiste após a adolescência em até cerca de 70% dos casos.

Barkley (2008) sugere que o TDAH tem sido associado a uma maior dificuldade em concluir os estudos, a um maior índice de repetência, suspensões e expulsões de escolas, além de um rendimento inferior em relação aos pares. Já adultos com TDAH cometem maior número de infrações e se envolvem mais em acidentes de trânsito (Jerome et al., 2006), também

iniciam a vida sexual com menos idade, têm maior número de parceiros ao longo da vida e parceiros circunstanciais, menor índice de proteção durante o sexo, maior risco de gravidez não planejada e também de doenças sexualmente transmissíveis (Barkley, 2008). Na idade adulta, os prejuízos persistem, sendo relatado que adultos com TDAH têm maior taxa de demissões e ocupam cargos de menor importância que seus pares (Biederman e Faraone, 2005). Há evidências de que o TDAH ocasiona absenteísmo, redução da eficiência no trabalho e maior número de acidentes (de Graff et al., 2008).

No processo de diagnóstico e no tratamento do transtorno, um aspecto clínico de grande relevância consiste na avaliação e no manejo das comorbidades, tendo em vista a elevada prevalência de outras psicopatologias em indivíduos com TDAH. De acordo com a Academia Americana de Pediatria (2000), cerca de um terço das crianças com TDAH apresenta pelo menos outro diagnóstico psiquiátrico, entre os quais se destaca o transtorno desafiador de oposição (aproximadamente 35%), transtornos de humor (aproximadamente 18%), transtornos de ansiedade (aproximadamente 25%) e transtornos da aprendizagem (entre 12 e 60%). Entretanto, estudos mais recentes apontam para uma prevalência ainda maior de comorbidades em pacientes acometidos pelo TDAH. Por exemplo, McGough e colaboradores (2005), em um estudo comparativo envolvendo pais de crianças com TDAH, verificaram que cerca de 86% dos pais também acometidos pelo transtorno apresentavam pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico e 56% apresentou pelo menos dois outros diagnósticos psiquiátricos. Esses dados são semelhantes ao que encontramos na metanálise publicada por Steele e colaboradores (2006), que aponta para uma elevada ocorrência de comorbidades em adultos com TDAH, entre as quais se destacam: transtorno desafiador de oposição (35 a 65%), transtorno de conduta (20 a 50%), depressão (15 a 75%), transtorno bipolar (aproximadamente 10%) e transtornos de ansiedade (30 a 40%).

É interessante notar que a presença de comorbidades afeta de forma diferente as manifestações típicas do transtorno. Por exemplo, Garon, Moore e Waschbusch (2006) verificaram em um estudo comparativo entre crianças com TDAH agrupadas de acordo com a presença (ou não) de transtorno de ansiedade comórbido que aquelas sem a comorbidade apresentaram pior desempenho em uma tarefa de tomada de decisão em comparação às que apresentavam a comorbidade e ao grupo-controle. Nesse caso, a ansiedade aparentemente apresentou efeito protetor em relação à impulsividade no processo de tomada de decisões.

Com relação à inteligência, o TDAH pode ser diagnosticado em indivíduos com diferentes níveis intelectuais. Em crianças com TDAH e inteligência superior à média, têm sido verificados prejuízos significativos relacionados à repetência escolar, às dificuldades sociais e ao maior número de comorbidades (Antshel et al., 2007). Por outro lado, o TDAH pode estar presente também em indivíduos com inteligência significativamente inferior à média (La Malfa et al., 2008).

Um aspecto que tem recebido particular atenção na caracterização clínica do TDAH consiste na identificação de prejuízos cognitivos específicos. Embora não sejam universais e tampouco constituam condição necessária ou suficientes para o diagnóstico do TDAH, as dificuldades relacionadas à flexibilidade cognitiva, à fluência verbal, à memória de trabalho e ao controle inibitório são comuns em indivíduos com TDAH (Willcutt et al., 2005). O interesse pelos aspectos neuropsicológicos do TDAH tem favorecido o surgimento de modelos teóricos que consideram elementos cognitivos cruciais para a explicação de sua sintomatologia. Entre esses modelos, destacam-se o da falha no controle inibitório, o cognitivo-energético, o da aversão à demora e de múltiplos déficits. O **Quadro 7.1** apresenta uma breve descrição de cada modelo.

QUADRO 7.1
Modelos Cognitivos do TDAH

MODELO	DESCRIÇÃO	PRINCIPAIS AUTORES
Modelo de falha no controle inibitório	Neste modelo, falhas no controle inibitório são os sintomas cognitivos nucleares do TDAH (predominantemente hiperativo e combinado). As falhas ocorreriam em três níveis: inibir uma resposta prepotente, interrupção de respostas em curso e dificuldades em inibir o efeito de distratores. As dificuldades no controle inibitório acabariam por comprometer as funções de memória de trabalho, internalização do discurso, autorregulação comportamental e análise e síntese do comportamento (reconstituição de planos e metas).	Russell Barkley
Modelo de regulação de estado e modelo cognitivo-energético	Déficit na capacidade de regulação da motivação e do esforço para conseguir alcançar um determinado objetivo. O indivíduo com TDAH teria uma dificuldade em mobilizar a atividade mental para adequar suas capacidades à demanda e assim alcançar objetivos. O modelo cognitivo-energético é uma ampliação do modelo de regulação de estado e propõe que no TDAH ocorre falha no funcionamento e na interação entre três níveis de processamento de informação: nível computacional dos mecanismos de atenção, nível de estado (alerta, esforço e ativação) e nível de gerenciamento executivo.	Joseph Sergeant
Modelo de aversão à demora	Dependência de gratificações imediatas e a aversão a longos períodos de espera para obtenção de resposta. A impulsividade aparece como forma de tentar reduzir intervalos de espera entre emissão de resposta e obtenção de gratificação. A desatenção ocorreria como forma de se desligar de tarefas que demandam espera.	Edmund Sonuga-Barke
Modelo de déficits múltiplos e associações comórbidas	Modelo que propõe a existência de múltiplos déficits em indivíduos com TDAH, os quais podem ser úteis na compreensão da associação com algumas comorbidades. Por exemplo, indivíduos com dislexia, assim como indivíduos com TDAH, apresentam déficits de memória operacional, na velocidade de processamento e na flexibilidade cognitiva. No caso do autismo, as disfunções executivas e na teoria da mente são encontradas também em indivíduos com TDAH.	Bruce Pennington Marta Denkla

Fonte: Baseado em Artigas-Pallares (2009).

ETIOLOGIA

A etiologia do TDAH é multifatorial e envolve a interação entre fatores genéticos e condições ambientais (Banerjee, Midletonn e Faraone, 2007). Entre as quais têm sido apontadas como importantes na etiologia do TDAH a prematuridade (Aylward, 2002), as condições sociais e psicológicas adversas, como crescer em uma família pouco coesa ou com conflitos crônicos (Biederman e Faraone, 2005), e exposição a toxinas como álcool, cigarro, chumbo e bifenis policlorados (PCBs) no período pré-natal (Banerjee, Midletonn e Faraone, 2007).

No entanto, aspectos genéticos multifatoriais são, aparentemente, os principais fatores que predispõem ao surgimento do transtorno. Estima-se que a probabilidade de herança seja de 75% (Faraone e Biederman, 2005). Embora ainda não haja estudos que apontem de forma segura esse indício, uma série de evidências sugere a existência de uma forte base genética para o transtorno. Uma evidência nesse sentido é a frequente incidência do TDAH em membros de uma mesma família. Quando um pai apresenta o transtorno, o risco de seu filho também apresentá-lo é superior a 50%. Do mesmo modo, 25% das crianças com diagnóstico de TDAH têm pais que preenchem os critérios para o transtorno, sendo a transmissão paterna maior que a materna, assim como a transmissão para filhas maior que para filhos (Hawi et al., 2005). Além disso, pode também ser verificada uma maior concordância do diagnóstico em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos fraternos (Sherman et al., 1997).

Estudos comparativos de crianças adotadas com seus pais biológicos e os adotivos demonstram uma maior concordância entre parentes biológicos com relação ao TDAH. Sprich e colaboradores (2000), por exemplo, compararam três grupos: crianças com TDAH e seus pais adotivos, crianças com TDAH e seus pais biológicos e crianças sem TDAH e seus pais não biológicos. Nesse estudo, foi verificada concordância de 6% no diagnóstico de TDAH entre crianças e seus pais adotivos, ao passo que a concordância com o diagnóstico nos pais biológicos foi de 18%. No grupo de crianças sem TDAH, o diagnóstico em relação aos pais foi de apenas 3%.

Embora as evidências das bases genéticas do TDAH sejam inequívocas, ainda não se sabe ao certo quais genes estão envolvidos na etiologia do transtorno. Atualmente, o TDAH é definido como tendo origem poligênica, com participação de vários genes de pequeno efeito, com maior evidência para os receptores D4 e D5 de dopamina, do transportador de dopamina, da enzima dopamina-β-hidroxilase, da proteína associada ao sinaptossoma de 25 kD (SNAP-25), do transportador de serotonina e do receptor 1B de serotonina (Bobb et al., 2006; Biederman e Faraone, 2005). Os subtipos, a alta taxa de comorbidades, os diferentes níveis de prejuízo e as várias características de resiliência entre os indivíduos afetados dificultam o diagnóstico e, sobretudo, os estudos genéticos. O agrupamento de indivíduos com características semelhantes no exame neuropsicológico pode representar uma importante estratégia para o estudo e uma melhor compreensão da participação de genes candidatos na gênese do TDAH.

Conforme Castellanos e Tannok (2002), o estudo de genes candidatos e sua associação às características específicas do TDAH podem ser úteis na identificação de endofenótipos. Entre os possíveis endofenótipos do TDAH estão:

1. dificuldades relacionadas ao controle inibitório;
2. dificuldades na estimativa temporal;
3. dificuldades na memória de trabalho;
4. impaciência (Sonuga-Barke, 2005) e
5. disfunção executiva (Doyle et al., 2005).

Epidemiologia

O TDAH é um dos mais frequentes transtornos neuropsiquiátricos da infância, acometendo 5,29% das crianças em todo o mundo (Polanczyk et al., 2007) e diag-

nosticado na infância mais em meninos que nas meninas. Faraone e colaboradores (2003) relataram em uma revisão de 50 estudos de prevalência, 20 realizados nos Estados Unidos e 30 em outros países, que as taxas de prevalência para crianças e adolescentes com TDAH eram maiores do que para adultos. Estudos de prevalência em adultos são mais raros e baseados em estimativas da proporção de casos da infância que persistem até a idade adulta (Barkley et al., 2002) ou em estimativas diretas de amostras discretas (Faraone e Biederman, 2005). Em geral, os sintomas do TDAH parecem ser mais evidentes na infância, sobretudo entre meninos, em função dos sintomas de hiperatividade/impulsividade que são mais percebidos por pais, professores e familiares que lidam diretamente com indivíduos com TDAH. Vários comportamentos observados na idade jovem/adulto podem ser traduzidos como sinais de ansiedade, inibindo assim a identificação precisa dos sinais do TDAH em adultos.

Na realidade brasileira, parece não haver diferenças significativas para as taxas de prevalência do TDAH. Guardiola (1994), em Porto Alegre (RS), avaliou 484 crianças da 1ª série do ensino fundamental, obtendo duas taxas de prevalência: a) 18,0% adotados os critérios do DSM-III-R; b) 3,5% se utilizados fatores mais globais, incluindo avaliações comportamentais, psicométrica e exame neurológico evolutivo. Rohde e colaboradores (2000), em Porto Alegre (RS), investigando 1013 adolescentes entre 12 e 14 anos, constataram uma prevalência de 5,8%, sendo adotados 18 critérios do DSM-IV para TDAH e avaliação psiquiátrica no caso dos adolescentes que tiveram triagem positiva para TDAH.

Pastura, Mattos e Campos (2007) verificaram em uma amostra de estudantes de uma escola do Rio de Janerio (RJ), uma prevalência de 8,6%. As variações das prevalências nos diferentes estudos parecem decorrer tanto da metodologia utilizada quanto dos instrumentos específicos. Como exemplos, temos os critérios do DSM-IV ou a opção por incluir avaliação neuropsicológica ou neuroevolutiva para o diagnóstico (Guardiola et al., 2000).

Um estudo recente da iniciativa de sondagem em saúde mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o TDAH incluindo países em desenvolvimento (Colômbia, Líbano e México) e países desenvolvidos (Alemanha, Bélgica, Espanha, Estados Unidos, França, Holanda e Itália) estimou uma prevalência transnacional para o TDAH de 3,4% na idade adulta (Fayyad et al., 2007). Nesse estudo, em uma amostra comunitária de 11.422 participantes com idade entre 18 e 44 anos, o índice de prevalência foi maior para países desenvolvidos (p.ex., França, 7,3%) e menores para os países em desenvolvimento (p.ex., Colômbia, 1,9%), com exceção da Espanha (1,2%). O estudo mostrou também que há mais homens e pessoas com baixa escolaridade com maior prevalência do TDAH. Não houve diferenças entre gêneros e nível educacional na comparação transnacional. Apesar das diferenças nos índices entre os dez países incluídos no estudo, a variação não ultrapassou as estimativas realizadas com amostras mais limitadas nos EUA (1 a 6%) para indivíduos adultos.

A lista de sintomas do DSM-IV parece encontrar menor validade para o diagnóstico em indivíduos adultos (De Quiros e Kinsbourne, 2001). Apesar disso, critérios bem-definidos para o TDAH em adultos resulta em uma boa confiabilidade do diagnóstico. Um estudo de validade interna e externa do autorrelato de 1813 adultos entre 18 a 75 anos com TDAH mostrou que os participantes com maior número de sintomas do transtorno apresentaram também um maior prejuízo global, reforçando assim a ideia de que o TDAH é persistente. Essas evidências sugerem que as diferenças nas taxas entre crianças e adultos se relacionam com os critérios usados no processo diagnóstico.

Tratamento farmacológico

Pacientes e familiares que procuram tratamento buscam modificações funcionais e melhoria em sua qualidade de vida. Desse

modo, o uso de tratamentos para os quais não há evidências científicas suficientes não deve ser, em qualquer hipótese, adotado por profissionais de saúde.

A farmacoterapia é o tratamento de primeira escolha para indivíduos portadores do TDAH. Por outro lado, modificar o funcionamento psicológico e outros domínios é essencial para adquirir novas habilidades e para alterar comportamentos não adaptativos.

Uma revisão sobre tratamento de crianças e adolescentes com TDAH, conduzida pela Academia Americana de Pediatria (Brown et al., 2005), comparou diferentes tipos de medicamentos utilizados e intervenções não farmacológicas. Concluiu-se que o tratamento farmacológico isolado resultou em um consistente efeito dose-dependente na melhora dos sintomas do TDAH. Embora a terapia cognitivo-comportamental sozinha não tenha demonstrado resultados estatisticamente significativos, o estudo aponta que o tratamento combinado (medicamentos + terapia cognitivo-comportamental) foi melhor que o tratamento farmacológico isolado.

O alvo do tratamento farmacológico era *muito limitado e específico*: tratar os sintomas do TDAH durante o horário escolar em crianças de 6 a 12 anos. Ou seja, o TDAH era visto como um transtorno limitado a crianças em idade escolar, com regressão dos sintomas na puberdade, requerendo medicação somente nesse contexto (Connor e Steingard, 2004).

Com o reconhecimento da persistência do TDAH na vida adulta e do fato de que os prejuízos transcendem a esfera acadêmica impactando as relações interpessoais, ocupacionais e familiares e a existência de comorbidades e, por isso, pior prognóstico, houve alterações modificando os objetivos do tratamento, com maior ênfase para a importância do controle dos sintomas nos múltiplos domínios de funcionamento cotidiano. O alvo atual do tratamento deve ser a redução dos prejuízos diários que o transtorno causa ao longo da vida, afetando o desenvolvimento do indivíduo.

O uso de estimulantes do sistema nervoso central (SNC) foi feito primeiramente por Bradley em 1937. Os estimulantes são o tratamento de primeira escolha para o TDAH. No Brasil, o único medicamento dessa classe disponível para o tratamento do TDAH é o metilfenidato (MF) em apresentações de liberação imediata ou de ação prolongada. O MF é produzido comercialmente desde 1944, está aprovado pelo FDA para tratamento de TDAH e narcolepsia em crianças com mais de 6 anos e em adultos. Estima-se que atualmente mais de 2 milhões de americanos, principalmente crianças, estão em tratamento com MF. O modo primário de ação dos estimulantes, como o MF, é a melhora da atividade catecolamínica no SNC, provavelmente pelo aumento da disponibilidade de noradrenalina e dopamina na fenda sináptica (Challman e Lipsky, 2000). A taxa de resposta ao estimulante é de 70 a 90% e ao placebo de 4 a 20% (Connor e Steingard, 2004).

Outras opções de tratamento farmacológico de menor eficácia e maior percentual de efeitos colaterais incluem os inibidores seletivos da recaptação de noradrenalina, antidepressivos tricíclicos e agonistas alfa-adrenérgicos.

O tratamento farmacológico de crianças em fase pré-escolar e escolar deve ser considerado na presença de prejuízos significativos e impactantes no cotidiano do paciente. Assim, deve ser conduzido necessariamente por profissional especializado em TDAH e em um contexto de abordagem interdisciplinar. Uma avaliação multiprofissional ao longo do tratamento deve ser preconizada para a avaliação da eficácia de cada uma das intervenções adotadas.

Terapia cognitivo-comportamental e outros tratamentos não farmacológicos

As possibilidades de intervenção cognitiva se desenvolveram significativamente desde seu surgimento no final da década de 1960 até hoje. A tríade cognitiva (visão negativa de

si, do futuro e do mundo) foi sistematizada e aplicada para o tratamento da depressão (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997) e posteriormente testada em diferentes transtornos psiquiátricos. O TDAH apresenta prejuízos na atenção e no controle do comportamento impulsivo, sintomas não gerados diretamente por esquemas básicos ou sistemas de crenças disfuncionais, mas afetam a noção de competência social e controle da própria vida e podem levar a pensamentos automáticos que prejudicam o funcionamento adaptativo. Dessa forma, apenas a terapia cognitiva tradicional não seria suficiente para o manejo do TDAH. À medida que os métodos comportamentais são de grande importância no controle e na inibição da impulsividade e, consequentemente, em um melhor ajuste dos processos da atenção e de direcionamento da atenção (Abikoff e Gittelman, 1985), essa abordagem constitui a terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Diversas técnicas de TCC têm sido utilizadas para o manejo do TDAH, como *treino de solução de problemas*, *repetição e verbalização de instruções*, *atividades interpessoais orientadas*, *treinamento de habilidades sociais* e técnicas de manejo de contingências de reforço.

O treino em soluções de problemas desenvolve estratégias de enfrentamento, visto que muitas vezes os obstáculos são encarados de forma impulsiva ou com técnicas de tentativa e erro. Além disso, aumenta a flexibilidade na escolha de alternativas pela análise de custo e benefício, aumentando as habilidades de autogerenciamento e autorregulação. Os programas adotam geralmente a técnica repetição de instruções que requer que o paciente crie uma regra para si e a repita como forma de evitar ação impulsiva, bem como de desenvolver uma estratégia de execução mais elaborada, como estudar, escrever algo, falar com alguém por um tempo mais longo e realizar um desafio de qualquer natureza. A técnica pode ser sugerida pelo terapeuta ou adaptada pelo próprio paciente para seu uso no dia a dia.

Um componente importante dos programas de terapia cognitivo-comportamental direcionados ao tratamento do TDAH é o treino de habilidades sociais, que ajuda o portador de TDAH a ser mais assertivo, a evitar agressão física ou verbal, a se redimir por algum ato não adequado evitando, dessa forma, a autopunição. Crianças e adolescentes com esse transtorno por serem muito impulsivas geralmente não pensam no impacto que suas ações terão sobre os outros, o que pode fazer com que sejam malvistas e evitadas por seus pares.

Um dos programas utilizados tradicionalmente para o manejo de crianças com TDAH é o proposto por Kendall (1992). Ele envolve o uso de técnicas de solução de problemas associado à autoinstrução e ao treinamento de habilidades sociais (geralmente realizado em 20 sessões). A criança aprende desde o início do programa quatro etapas a serem seguidas pela indicação de uma tarefa.

Inicialmente, o paciente deve identificar o que tem de fazer ou qual é o problema a ser resolvido. A operacionalização do problema e a compreensão de suas características são passos fundamentais para resolvê-lo. A partir disso, a criança passa à etapa seguinte: identificar as possibilidades de solução. Nesse momento, duas principais dificuldades cognitivas das crianças com o transtorno são trabalhadas: a primeira é a impulsividade, à medida que, antes de resolver o problema, ela deverá elencar possibilidades de solução. A segunda é a inflexibilidade cognitiva que consiste na dificuldade em considerar diversas alternativas, e não apenas a mais evidente ou sua predileta. Após elencar diversas possibilidades de ação, a criança é convidada a escolher aquela que parece mais eficiente para resolver o problema, circunstância em que é trabalhado com a criança o custo/benefício em relação à escolha de alternativas a serem adotadas. Por último, ela deve implementar a alternativa escolhida e avaliar sua eficácia.

O programa Pare e Pense também se vale de técnicas de manejo de contingências na forma de um sistema de pontuação. São usadas cédulas de brinquedo, as quais são oferecidas à criança de duas formas: pela

eficiência de respostas na sessão e em casa (tarefas de casa) e pela adequação da auto-avaliação ao final de cada sessão. No último caso, a criança, no encerramento do encontro terapêutico, é convidada a dar uma nota para seu desempenho ao longo da sessão. Caso a nota coincida com a do terapeuta, ela ganha pontos adicionais, o que facilita o treino da auto-observação e autorregulação.

Como os pontos isoladamente podem não ser reforçadores, há a troca por pequenas recompensas definidas com a família. Os pontos podem ser trocados ao final da sessão por recompensas (p.ex., um carrinho ou uma boneca) ou podem ser guardados no "banco pare e pense" para que sejam trocados ao longo do programa. Essa é outra característica interessante do programa, pois estimula a adoção de comportamentos orientados para obtenção de reforços de longo prazo.

Com relação à punição, os comportamentos inadequados ou as falhas em seguir as instruções durante as sessões (ou em outros contextos combinados) levam à perda de pontos, o que é classificado como custo de resposta. O **Quadro 7.2** apresenta a síntese do programa Pare e Pense com o título e a ementa de cada sessão.

À medida que os prejuízos apresentados por crianças e adolescentes com TDAH acontecem principalmente no contexto escolar e familiar, é interessante conciliar a terapia às modalidades de intervenção direcionadas para ambientes variados. Como exemplo, há programas de treinamento de familiares, professores e pares na escola, bem como as tarefas de casa estruturadas, provas diárias, entre outras (Habboushe, et al., 2001; Pelham et al., 2000).

Os programas de treinamento com pais ou familiares são uma ferramenta poderosa de intervenção, uma vez que eles são os que experimentam mais imediatamente as frustrações em lidar com portadores de TDAH. O treinamento apresenta um componente psicoeducativo que visa esclarecer aos pais o que é o transtorno, criar tarefas estruturadas que possam ser aplicadas no dia a dia, permitindo uma adesão maior da criança ao tratamento, bem como melhorias mais rápidas e persistentes. As etapas são geralmente distribuídas em:

1. esclarecer os pais sobre o TDAH, suas múltiplas causas e o impacto na vida dos portadores;
2. as dificuldades inerentes ao transtorno;
3. a aplicação das tarefas, a persistência em sua execução e a tolerância à frustração;
4. estabelecer metas razoáveis; e
5. reforçar os resultados alcançados.

O treinamento de pais proposto por Barkley (1995) tem 10 sessões e visa esclarecer pais e familiares e desenvolver habilidades não coercitivas de manejo dos comportamentos desadaptativos em casa. As tarefas estruturadas obedecem ao modelo clínico aplicadas *in loco*. Ao longo das sessões, os pais são instruídos em termos de características do contexto familiar, da criança e de si mesmos relacionadas aos comportamentos desadaptativos, de atenção diferencial que deve ser dada aos bons comportamentos, de aprimoramento da eficiência da autoridade em casa, de uso de punições não físicas e de generalização das aquisições para outros contextos.

Alguns princípios básicos do programa proposto por Barkley (1995) são: as relações familiares são recíprocas, o elogio deve ser priorizado em relação à punição, as consequências de um comportamento (elogio/punição) devem ser imediatas, específicas e consistentes, os comportamentos problemáticos devem ser antecipados sempre que for possível.

Tanto o programa de Kendall (1992) quanto o treinamento de pais proposto por Barkley (1995) utilizam o sistema de pontos (também conhecido como economia de fichas). Nesse caso, comportamentos desejáveis são recompensados por pontos (p.ex., fichas ou cédulas de brinquedo) que podem ser trocados por prêmios materiais (p.ex., brinquedos) ou interpessoais (p.ex., passeios com a família). Nos dois casos é comum o uso de reforçadores por progressão de tare-

QUADRO 7.2
Síntese das sessões do programa Pare e Pense de Kendall (1992)

SESSÃO	DESCRIÇÃO
1. Vamos começar!	Nesta sessão é feita a apresentação do modelo terapêutico à criança. O terapeuta ensina os quatro passos para solução de problemas adotando alguns exemplos para facilitar a compreensão. Ensina as regras básicas do programa, como o sistema de pontos, a lista de reforçadores e a pontuação equivalente à obtenção de cada um deles, as regras do Banco Pare e Pense, o custo de resposta e a pontuação por autoavaliação. Realiza com a criança atividades conjuntas, nas quais, em algumas, comete erros deliberadamente para demonstrar formas em que a solução de problemas pode ser equivocada (p.ex., responder rápido demais, esquecer um dos passos, escolher alternativas erradas).
2. Seguindo as instruções	Treinamento de habilidades necessárias para solução de problemas com tarefas em que a criança deve seguir instruções.
3. Múltiplas tarefas	Uso de tarefas mais elaboradas que demandam raciocínio verbal e servem para que a criança treine os passos de solução de problemas.
4. Matemática	Uso dos passos de solução de problemas para resolver questões de matemática adequadas à sua série escolar com reflexão e raciocínio lógico.
5. O que é mais? O que é menos?	Continuidade do treino em solução de problemas enfatizando a relação entre falar os passos e colocá-los em prática. O terapeuta começa a trabalhar a internalização das regras de solução de problemas de forma gradativa.
6. Busca de palavras	A partir do uso de quebra-cabeças e problemas mais abstratos, o terapeuta incentiva o uso das estratégias de solução de problemas em oposição àquelas baseadas em tentativa e erro, em respostas rápidas e casuais.
7. Traga a sua própria atividade	Nessa etapa, as estratégias são usadas em questões específicas em que a criança apresenta maiores dificuldades, oferencendo a ela, por exemplo, a possibilidade de utilizar os passos do programa para a solução de problemas em atividades da escola.
8. Jogo de damas (ou outros jogos de tabuleiro)	Em atividades estruturadas que envolvem contato interpessoal, a criança é encorajada a aplicar os passos de solução de problemas. As "provas estruturadas" facilitam o trabalho clínico e sua generalização nos outros ambientes frequentados por crianças e adolescentes com TDAH. As provas são tarefas com objetivos bem-definidos, instruções a seguir e reforço por execução completa da prova. Como exemplo, tem-se jogos como pega varetas, ludo e dama.
9. Gato e Rato	Em novas tarefas interpessoais, a criança treina a aplicação dos passos de solução de problemas. A criança também é encorajada a identificar problemas de seu cotidiano (em casa, na escola, etc.) e formas de solução (p.ex., como começar e terminar os deveres de casa, estudar uma matéria e iniciar e terminar um diálogo completo).
10 a 12. Reconhecendo e lidando com as emoções	Como o próprio Kendall define, nessa parte do treinamento é oferecido um minicurso de educação afetiva. Durante essas sessões, o terapeuta trabalha com a criança a identificação/definição de sentimentos e emo-

(continua)

QUADRO 7.2
Síntese das sessões do programa Pare e Pense de Kendall (1992)

SESSÃO	DESCRIÇÃO
	ções, dos seus próprios sentimentos e emoções e também de onde tais sentimentos e emoções se originam. A criança aprende como tais sentimentos e emoções podem influenciar a forma de lidar com problemas.
13 a 14. Identificando as consequências dos comportamentos	As crianças aprendem não apenas a listar alternativas abstratas para vários problemas, mas principalmente a antever as consequências de tais soluções. Mais uma vez, a ênfase é dada a situações interpessoais.
15 a 16. Simulação de situações reais (*role play*)	São apresentadas situações simuladas de problemas cotidianos. A criança deve representar a solução dos problemas a partir da escolha das alternativas que parecem mais adequadas. A etapa permite maior generalização da técnica de solução de problemas para diversas situações da vida real.
17. Você é o *expert*!	A criança é encorajada a expressar suas ideias sobre o programa e a iniciar a elaboração de um comercial fazendo propaganda do "Pare e Pense" para outras crianças.
18. Revisão do programa	Revisão do programa, principalmente das áreas que necessitam de maior prática ou nas quais a criança teve mais dificuldade.
19 e 20. Fazendo comercial	A criança é encorajada a mostrar para outras pessoas todas as habilidades que desenvolveu ao longo do programa. No encerramento, há a troca final dos pontos pelos prêmios, a criança ganha um certificado de conclusão e são discutidas as necessidades relacionadas à aplicação futura das técnicas de solução de problemas.

Fonte: Baseado em Artigas-Pallares (2009).

fas para que componentes segmentados de um determinado plano de ação possam ser reforçados, garantindo sua completa execução. É importante não estabelecer metas longas ou irreais para o TDAH, uma vez que sua capacidade de manter o foco e controlar seus comportamentos é bem limitada. Seria prudente solicitar a execução de pequenas tarefas e reforçá-las imediatamente com um sinalizador social positivo (sorriso ou comentários como "muito bem" ou "você conseguiu") ou criar um sistema de acúmulo de pontos para ser trocado por um prêmio combinado.

O treinamento de professores e pares segue basicamente a mesma condição do de pais e familiares. No entanto, o contexto escolar demanda mais tempo devido à quantidade de estímulos presentes no meio, além da implicação dos professores e colegas de sala. Deve-se destinar um tempo entre as atividades escolares para ajudar os portadores de TDAH, que são mais vulneráveis às aprendizagens sociais, bem como ao desempenho exigido.

A consultoria destinada aos professores inclui informações sobre o transtorno, identificação de problemas específicos, definição de objetivos em relação à criança, estabelecimento e monitoramento de planos de ação. As técnicas variam de acordo com os objetivos propostos e incluem a segmentação de informações (para não sobrecarregar a memória de trabalho), a estruturação do ambiente de

aula evitando distratores, o posicionamento da criança em locais estratégicos, a individualização do tempo para realização de tarefas e o uso de colegas como monitores, capazes de estimular e instruir a criança portadora de TDAH (DuPaul e Stoner, 1994).

Programas integrados (intervenções em casa e na escola) e a terapia comportamental oferecem à criança e ao adolescente com TDAH a oportunidade de trabalhar suas dificuldades em diferentes contextos. Um exemplo adaptado à realidade brasileira é o proposto por Knapp e colaboradores (2003), que elaboraram um programa semelhante ao de Kendall, composto por sessões de treinamento em solução de problemas, com aproximadamente 12 sessões, sendo quatro sessões psicoeducativas e de treinamento com os pais.

CASO CLÍNICO

Raul é um adolescente de 13 anos, que cursa a 7ª série do ensino fundamental. Foi encaminhado por um psiquiatra para atendimento cognitivo-comportamental por apresentar diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade do tipo combinado. Outras queixas são: reprovação no ano anterior por desempenho insuficiente em várias disciplinas, além de grande dificuldade de concentração nas tarefas escolares e cotidianas, bem como de controle de alguns comportamentos em situações sociais, como manter diálogo, controlar os impulsos e agredir os colegas de sala. Os pais relatam que esse tipo de dificuldade existe há muito tempo, mas tem causado atualmente um prejuízo maior para Raul no convívio com seus colegas e com a família.

A avaliação e a intervenção foram estruturadas da seguinte forma:

- análise do laudo encaminhado pelo psiquiatra,
- entrevista com os pais,
- entrevista com o paciente,
- avaliação com escalas preenchidas pelos professores,
- vinte sessões de TCC,
- treinamento de pais,
- treinamento de professores e pares escolares,
- avaliação pós-intervenção,
- entrevista de devolução,
- entrevista de avaliação na escola,
- encerramento e *follow up*.

A hipótese diagnóstica feita pelo psiquiatra se confirma por meio da observação dos comportamentos de Raul na entrevista inicial e na escola, bem como pelos professores que lecionam português, inglês, espanhol e matemática na Escala de TDAH de Benczik (2000). Essa escala foi elaborada para professores avaliarem a atenção e os comportamentos dos estudantes com finalidade de identificar o transtorno. Ela mede quatro fatores distintos: 1) o déficit de atenção; 2) problemas de aprendizagem; 3) hiperatividade/impulsividade e 4) comportamento antissocial. Os professores que emitiram parecer sobre Raul foram concordantes em sua avaliação. Os percentis do primeiro fator foram superiores a 85, do segundo fator superiores a 65, do terceiro 75 e do quarto 50. Observou-se também na escola a dificuldade de se concentrar em diferentes disciplinas, especialmente português e matemática, e de respeitar os colegas em sala ou no intervalo.

As sessões posteriores à avaliação foram estruturadas a partir dos dados com a finalidade de facilitar a manutenção dos focos das atividades escolares e o controle dos impulsos. Em cada sessão foram avaliados inicialmente o humor de Raul e a sua disposição naquele dia, as principais dificuldades e situações diárias. Em seguida, foram propostas as intervenções baseadas na execução de pequenas tarefas seguidas por reforços sociais e economia de fichas, repetição e internalização de regras, atividades preparação para resolução de tarefas escolares e identificação da dificuldade de se concentrar, elaboração de estratégia possível para o paciente, sem estabelecer metas muito difíceis o que poderia gerar frustração e dificuldade de aderir ao processo terapêutico.

Durante o planejamento e a execução das sessões com Raul, foi desenvolvido um treinamento para pais, professores e pares, desenvolvido da seguinte maneira:

1. esclarecimento sobre o TDAH,
2. dificuldades inerentes ao quadro clínico,
3. persistência no treinamento e na aceitação dos limites de Raul,
4. estabelecimento de agenda para as atividades escolares,
5. treinamento de habilidades sociais,
6. estabelecimentos de tarefas acessíveis a Raul,
7. recompensa pelas atividades iniciadas e terminadas,
8. ajuda e suporte para enfrentar situações,
9. orientação de foco para concluir tarefas cotidianas.

A intervenção na clínica, na escola e em casa foi desenvolvida simultaneamente por 15 semanas. O tratamento foi combinado ao uso da medicação estimulante, metilfenidato, prescrita pelo psiquiatra. Ao final, a escala de TDAH foi encaminhada novamente aos professores para uma nova avaliação, e eles foram concordantes também que houve diminuição dos percentis nos diferentes quatro fatores da escala. O único professor que não detectou efeitos mais positivos foi o de matemática, talvez pelo constante desinteresse narrado por Raul sobre a disciplina. Os colegas relataram uma melhora em Raul e uma aproximação social mais positiva.

Os pais foram acompanhados durante o treinamento e, ao final do processo, relataram uma melhora signitificativa no controle da impulsividade de Raul e na maior capacidade de manter atenção. Os relatos foram baseados nas percepções dos pais por meio das observações cotidianas. O paciente passou por *follow up* durante cinco meses, uma vez por mês, e constatou-se bom manejo e persistência das respostas na desatenção e impulsividade, como checadas na terapia.

O treinamento cognitivo e comportamental apresentou um bom resultado no caso de TDAH diagnosticado em Raul. O manejo da impulsividade e a manutenção da atenção em tarefas acadêmicas e cotidianas foram bem controlados durante e após a intervenção psicoterápica. O treinamento ministrado aos pais foi praticado mesmo após a intervenção e deve ser constante ao longo do desenvolvimento de Raul para evitar problemas que persistem da adolescência para a vida adulta.

O paciente respondeu bem à terapia farmacológica, sem apresentar desconforto colateral de qualquer natureza. Acredita-se, nesse caso, que a combinação do treinamento cognitivo-comportamental, do treinamento de pais, de professores e de pares e terapia farmacológica gerou um bom resultado na intervenção do caso de Raul. Isso pode significar que a ação multidisciplinar em adolescentes seria um modelo eficaz a curto e longo prazo para a eficácia no tratamento do TDAH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDAH é um transtorno prevalente e altamente prejudicial à vida dos acometidos (e de seus familiares) em diversos contextos e atividades. Ainda não se sabe ao certo qual o mecanismo etiológico que desencadeia o transtorno, entretanto, fatores genéticos e ambientais combinados são apontados como os principais.

O TDAH não é um transtorno restrito à infância e à adolescência, pois parte dos indivíduos acometidos pelo transtorno persiste com os sintomas na idade adulta.

Embora a terapia cognitivo-comportamental em crianças e adolescentes seja uma prática comum em saúde mental, os estudos de eficácia ainda não sustentam a adoção de técnicas da TCC como um tratamento de primeira escolha para o TDAH, e sim o tratamento farmacológico com psicoestimulantes. Por exemplo, Munoz-Solomando e colaboradores (2008), em um estudo metanalítico, sugerem que há menos evidências de eficácia da TCC para o TDAH em comparação com outros transtor-

nos como depressão maior, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e estresse pós-traumático. Estudos futuros de avaliação das técnicas cognitivas e comportamentais e suas aplicações com crianças e adolescentes com TDAH de acordo com comorbidades e subtipos poderão elucidar questões sobre o emprego dessas técnicas a subgrupos específicos de pacientes.

REFERÊNCIAS

Abikoff, H. & Gittelman, R. (1985). Hyperactive children with stimulants: is cognitive training is a useful adjunct? *Archives of General Psychiatric*, 42 (10): 953-961.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed. Revised.). Washington, DC: Author.

Antshel, K. M., Faraone, S. V., Stallone, K., Nave, A., Kaufmann, F. A., Doyle, A., et al. (2007). Is attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ? Results from the MGH Longitudinal Family Studies of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 48 (7), 687-694.

Artigas-Pallarés J. (2009) Cognitive models in attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol.* 2009 Dec 1-15;49(11):587-93.

Aylward GP. (2002). Cognitive and neuropsychological outcomes: more than IQ scores. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews.* 8 (4), 234-40.

Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). REVIEW ARTICLE: Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica.* 96 (9), 1269-1274.

Barkley, R. A. (1995). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade – Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Barkley, R.A.; Fischer, M.; Smallish, L.; Fletcher K. (2002) The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, v.* 111, p.279 –289.

Barkley, R. A. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento* (3ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T.; Rush, J. A.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Biederman J, & Faraone SV. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 366 (9481), 16-22.

Bobb, A. J., Castellanos, F. X., Addington, A. M., & Rapoport, J. L. (2006). Molecular genetic studies of ADHD: 1991 to 2004. *American Journal of Medical Genetics. Part B.* 141 (6), 551-565.

Bradley, C. (1937) The behavior of children receiving benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 99, pp 577-585.

Brown RT, Amler RW, Freeman WS, Perrin JM, Stein MT, Feldman HM, et al. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence. *Pediatrics.* 115 (6), 749-57.

Castellanos F.X., & Tannock R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews. Neuroscience.* 3 (8), 617-28.

Challman TD, & Lipsky J.J. (2000). Methylphenidate: its pharmacology and uses. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic.* 75 (7), 711-21.

Clinical Practice Guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Pediatrics. (2000). *Pediatrics.* 105 (5), 1158-70.

Connor D.F., & Steingard R.J. (2004). New formulations of stimulants for attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic potential. *CNS Drugs.* 18 (14), 1011-30.

de Graaf, R., Kessler, R. C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., et al. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine.* 65 (12), 835.

De Quiros, G.B. & Kinsbourne, M. (2001) Adult ADHD analysis of self-ratings on behavior questionnaire. *Annals of the New York Academy of Sciences, v.* 931, p. 140–147.

Doyle, A. E., Faraone, S. V., Seidman, L. J., Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Waldman, I. D., et al. (2005). Are

endophenotypes based on measures of executive functions useful for molecular genetic studies of ADHD? *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines.* 46 (7), 774-803.

DuPaul, G. J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies. *Journal of Psychoeducational Assessment.* 14 (2), 174.

Faraone, S. & Biederman, (2005) What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders*, v. 9, p. 384-391.

Faraone, S. V.; Sergeant, J.; Gillberg, C. & Biederman, J. (2003) The Worldwide Prevalence of ADHD: Is it an American Condition? *World Psychiatry*, v.2, p. 104-113.

Fayyad, J.; de Graaf, R.; Kessler, R.; Alonso, J.; Angermeyer, M.; et al., (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder, *The British Journal of Psychiatry*, v. 190, p. 402 – 409.

Garon, N., Moore, C., & Waschbusch, D. (2006). Decision making in children with ADHD only, ADHD-anxious/depressed, and control children using a child version of the Iowa Gambling Task. *Journal of Attention Disorders.* 9 (4), 607-619.

Goldman LS, Genel M, Bezman R & Slanetz PJ (1998) Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Council on Scientific Affairs, American Medical Association*. JAMA; 279: 1100-1107.

Guardiola, A. (1994) A. *Distúrbio de hiperatividade com déficit de atenção: um estudo de prevalência e fatores associados em escolares de 1ª série de Porto Alegre*. Tese Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Guardiola, A.; Fuchs, F.D.; & Rotta, N.T. (2000) Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students: comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos de Neuropsiquiatria,* v.58, p.401-407.

Habboushe, D.E.; Daniel-Crotty, S.; Karustis, J.L.; Left, S.S.; Costigan, T.E.; Goldstein, S.G.; Eiraldi, R.; & Power, T.J. (2001). A family-school homework intervention program for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 123-136.

Hawi Z, Segurado R, Conroy J, Sheehan K, Lowe N, Kirley A, et al. (2005). Preferential transmission of paternal alleles at risk genes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Human Genetics.* 77 (6), 958-65.

Jerome L., Segal A., & Habinski L. (2006). What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De L'Académie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent.* 15 (3), 105-25.

Kendall, P. C. (1992). *Stop and think workbook*. Merion Station, PA: P.C.

Knapp P., Johannpeter J., Lyszkowski L.C. & Rohde L.A. (2003) *Terapia cognitivo-comportamental no TDAH: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Ladd, G.W. & Burgess, K.B. (1999) Charting the relationship trajectories of aggressive, withdrawn, and aggressive/withdrawn children during early grade school. *Child Development,* 70: 4, 910-929.

La Malfa G., Lassi S., Bertelli M., Pallanti S. & Albertini G. (2008) Detecting attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults with intellectual disability: the use of Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). *Res Dev Disabil*. 29(2):158-64

Louzã Neto, M. (2009) *TDAH ao longo da Vida*. Porto Alegre: Artmed.

Malloy-Diniz, LF, Fuentes, D., Sedó, M., Leite, W.B. (2008) TDAH In: Fuentes, D. Malloy-Diniz, L.F. Camargo, C. Cosenza, R. *Neuropsicologia: teoria e prática* ed.Porto Alegre: Artmed.

McGough J.J., Smalley S.L., McCracken J.T., Yang M., Del'Homme M., Lynn D.E., et al. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *The American Journal of Psychiatry.* 162 (9), 1621-7.

Munoz-Solomando, A., Kendall, T., & Whittington, C. (2008). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry.* 21 (4), 332.

Pastura, G.; Mattos, P & Araújo, A.P.C.Q. (2007) Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em uma amostra de escolares. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 65, n. 4ª, p. 1078-1083.

Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Hoza, B., Hinshaw, S.E, Swanson, J.M., Simpson, S., Shapiro, C., Bukstien, O., & Baron- Myak, C. (2000). Behavioral vs. behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment prograin. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 507-526.

Polanczyk G, & Rohde L.A. (2007) Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 20(4):386-92.

Rohde, L.A.; Biederman, J; Zimmermann, H; Schmitz, M; Martins, S. & Tramontina, S. (2000)

Exploring age-of-onset criterion in Brazilian adolescents. *European Child Adolesc Psychiatry,* v. 9, p. 212-218.

Sherman D.K., Iacono W.G. & McGue M.K. (1997) Attention-deficit hyperactivity disorder dimensions: a twin study of inattention and impulsivity-hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36(6):745-53.

Sonuga-Barke EJ (2005): Casual models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From simple single deficits to multiple developmental bathways. *Biol Psychiatry* 57:1231-1238.

Sprich S., Biederman J., Crawford M.H., Mundy E., & Faraone S.V. (2000) Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39(11):1432-7.

Steele M., Jensen P.S. & Quinn D.M. (2006) Remission versus response as the goal of therapy in ADHD: a new standard for the field? *Clin Ther*. 28(11):1892-908.

Willcut et al., (2005) Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*. 1;57(11):1336-46.

8

Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de comportamento disruptivo: modelo de treinamento parental

Janaína Thaís Barbosa Pacheco
Caroline Tozzi Reppold

O comportamento disruptivo é o responsável por grande parte da procura por serviços psiquiátricos e psicológicos infantis (Garland et al., 2001). A quantidade de estudos empíricos, principalmente internacionais, indica a seriedade do problema e a mobilização da comunidade acadêmica e dos profissionais da área clínica para compreenderem e desenvolverem intervenções direcionadas para crianças e adolescentes com problemas de comportamento e para suas famílias. Serra-Pinheiro, Guimarães e Serrano (2005) afirmam que a alta prevalência dos transtornos disruptivos é observada na literatura internacional e em amostras brasileiras. Por exemplo, no período de um ano (2001/2002) aproximadamente 50% dos pacientes que procuraram o Centro de Atenção e Reabilitação para Infância e Mocidade (CARIM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) tinham queixa de comportamento disruptivo (Serra-Pinheiro et al., 2005). Os prejuízos decorrentes de condutas antissociais são observados não apenas na esfera da saúde mental individual, como também nos custos sociais que representam à comunidade. Por exemplo, a manifestação de problemas de comportamento entre crianças é um dos principais preditores de evasão escolar (Tramontina et al., 2001).

A categoria transtornos do comportamento disruptivo inclui o transtorno desafiador de oposição (TDO) e o transtorno da conduta (TC) (APA, 2002). Os indicadores típicos do transtorno desafiador de oposição são comportamentos disruptivos de natureza menos severa do que o transtorno da conduta e, em geral, não incluem agres-

Os comportamentos disruptivos se caracterizam, essencialmente, por um padrão de comportamento negativista, desafiador, impaciente, vingativo e hostil, frequentemente expresso por atos de teimosia e desobediência, pela dificuldade em assumir erros e pela intenção deliberada de agir para incomodar outras pessoas.

são, destruição de patrimônio e furtos ou defraudações (APA, 2002).

Por outro lado, a característica essencial do transtorno da conduta é "um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as normas ou regras sociais importantes próprios da idade" (APA, 2002, p. 120). Tais comportamentos desadaptativos se agregam em quatro eixos

1. conduta agressiva causadora ou com perigo de lesões corporais a outras pessoas ou animais;
2. conduta não agressiva que causa perdas ou danos ao patrimônio;
3. defraudação ou furtos;
4. sérias violações de regras.

Com frequência, a expressão comportamento antissocial é associada a esses diagnósticos (APA, 2002; Loeber et al., 2000). Segundo Patterson, Reid e Dishion (1992), os comportamentos antissociais são componentes centrais desses dois transtornos e se referem a uma categoria comportamental mais ampla, analisada de acordo com a função que desempenha no repertório do indivíduo e no ambiente (Pacheco et al., 2005). Dessa forma, ela é bastante útil para a compreensão do quadro clínico apresentado, bem como para o planejamento de uma intervenção que, de acordo com o modelo cognitivo-comportamental, deverá incluir a criança e sua família e poderá, inclusive, prevenir transtornos mentais mais severos ao longo dos anos.

As abordagens cognitivo-comportamentais têm se mostrado eficazes no tratamento dos transtornos disruptivos, mais especificamente os programas de treinamento de pais (TP) (Serra-Pinheiro, Guimarães e Serrano, 2005). O TP consiste em ensinar aos pais os determinantes do comportamento das crianças e as estratégias educativas que incluem o reforço de condutas adequadas, o envolvimento parental e as técnicas disciplinares (Pinheiro, Haase, Amarante, Prette e Del Prette, 2006).

EPIDEMIOLOGIA

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), as taxas de prevalência do transtorno de conduta variam entre 1 e 10% e as do transtorno desafiador de oposição, entre 2 e 16%, dependendo da natureza da amostra e do delineamento das pesquisas. Embora essas taxas sejam altas, mesmo em estudos não clínicos, é importante considerar que os marcadores de problemas de comportamento por vezes são superestimados por pais e professores. Frequentemente, crianças e adolescentes são, de modo equivocado, encaminhadas para avaliação clínica em função de seus pais ou professores interpretarem aspectos típicos de seu desenvolvimento (impulsividade, curiosidade, teimosia, etc.) como indicativos de um distúrbio de conduta.

No entanto, o curso dos problemas de comportamento não remete necessariamente a uma trajetória crônica, progressiva e psicopatológica (APA, 2002). Cerca de 40% das crianças com problemas de conduta não desenvolve um comportamento antissocial persistente e severo ao longo da vida (Loeber e Stouthamer-Loeber, 1998). O prognóstico varia de acordo com a constelação dos comportamentos manifestos e da moderação de variáveis contextuais (p.ex., estratégias disciplinares, apoio social, histórico de abuso, etc.) e disposicionais (p.ex., idade, sexo, funcionamento neuropsicológico, etc.).

CLASSIFICAÇÃO DSM-IV-TR

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR, APA 2002) apresenta, nos transtornos geralmente diagnosticado pela primeira vez na infância ou na adolescência, uma seção denominada transtornos de déficit de atenção e disruptivos. Na categoria dos transtornos do comportamento disruptivo, estão incluídos o transtorno da conduta (TC), caracterizado por um padrão de comportamentos que transgridem diretos e regras sociais; o transtorno desafiador de oposição (TDO),

que envolve um padrão de comportamentos negativistas, hostis e desafiadores; e o transtorno de comportamento disruptivo sem outras especificações, que apresenta comportamentos clínicos que não satisfazem todos os critérios para os demais transtornos dessa categoria, mas implicam um comprometimento psicossocial significativo.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

De acordo com o DSM–IV-TR (APA, 2002), o transtorno desafiador de oposição é um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, que persiste pelo período mínimo de seis meses. Os comportamentos negativistas ou desafiadores são expressos por teimosia persistente, resistência a ordens e relutância em conciliar, transigir ou negociar com os adultos ou com seus pares. O desafio também pode incluir a testagem deliberada ou persistente dos limites, geralmente desacatando ordens, discutindo ou deixando de aceitar a responsabilidade pelas más ações. As manifestações do transtorno estão quase que invariavelmente presentes no contexto doméstico e podem não ser evidentes na escola ou na comunidade. Para realizar o diagnóstico é necessário atender aos critérios para transtorno desafiador de oposição (APA, 2002).

É preciso observar que o comportamento de oposição é muito comum em crianças pré-escolares e adolescentes, como uma característica transitória do desenvolvimento. Nesse sentido, deve-se ter cuidado ao fazer o diagnóstico do TDO nessa faixa etária (APA, 2002). Este deve ser considerado apenas se os comportamentos ocorrem com maior frequência e têm consequências mais sérias do que se observa tipicamente em outros indivíduos de estágio evolutivo comparável e se acarretam comprometimento significativo do funcionamento social, acadêmico ou ocupacional (APA, 2002).

O transtorno da conduta representa uma manifestação mais grave de comportamentos antissociais ou disruptivos do que se observa no transtorno desafiador de oposição. Consiste em um padrão comportamental repetitivo e persistente no qual são violados os direitos individuais alheios, bem como normas ou regras sociais importantes próprios da idade (APA, 2002). Os critérios descritos pela APA (2002) se relacionam a atos de agressão contra pessoas e animais, destruição de patrimônio, defraudação ou furto e sérias violações de regras.

O transtorno da conduta pode ser classificado em dois subtipos considerando a idade de início do transtorno:

1. tipo com início na infância: esse subtipo é definido pelo início de pelo menos um critério característico do transtorno da conduta antes dos 10 anos;
2. tipo com início na adolescência: esse subtipo é definido pela ausência de quaisquer critérios característicos do transtorno da conduta antes dos 10 anos.

Considerando o nível de gravidade do transtorno, os subtipos citados podem assumir forma leve, moderada ou grave. Na forma leve, o indivíduo apresenta poucos problemas de conduta excedendo aqueles necessários para fazer o diagnóstico, que causam danos relativamente pequenos a outros. Na forma moderada, o número de problemas de conduta e o efeito sobre os outros são entre leves e severos. Finalmente, na forma grave do transtorno, há muitos problemas de conduta além daqueles necessários para fazer o diagnóstico ou os problemas causam danos consideráveis aos outros.

O diagnóstico de transtorno da conduta se aplica somente quando o comportamento em questão é sintomático de uma disfunção básica interior ao indivíduo, e não uma mera reação ao contexto social imediato (APA, 2002, p.122). Por isso, deve-se observar, antes de realizar o diagnóstico, se o comportamento antissocial não é adaptativo ou tem um valor de sobrevivência para o indivíduo. É importante observar que, como todos os aspectos do TDO em geral estão presentes no transtorno da conduta, ele não

é diagnosticado se são satisfeitos os critérios para TC (APA, 2002).

ETIOLOGIA

Os estudos realizados por Gerald Patterson (Patterson, DeBaryshe e Ramsey, 1989; Patterson et al., 1992) afirmam que o comportamento antissocial, presente tanto no TDO quanto no TC, é adquirido na infância a partir da interação da criança com os membros da família e com o grupo de pares. Nesse enfoque, tanto o comportamento pró-social quanto o comportamento desviante de uma criança são diretamente aprendidos nas interações sociais, particularmente com membros da família, e vão se alterando a partir das exigências ambientais e do desenvolvimento do indivíduo (Pacheco et al., 2005).

Patterson e colaboradores (1992) analisam o padrão antissocial considerando sua funcionalidade no ambiente. Dessa forma, a efetividade do comportamento antissocial está relacionada sobretudo às características da interação familiar, tendo em vista que os membros da família treinam diretamente esse padrão comportamental na criança. Isso acontece através do reforço de condutas inadequadas e dos modelos oferecidos pelos pais. A criança aprende que seu comportamento coercitivo minimiza ou evita exigências do ambiente e garante gratificações imediatas. Assim, esse padrão comportamental é fortalecido no repertório do indivíduo e se torna a principal estratégia utilizada pela criança para lidar com o ambiente.

Essa dinâmica não significa que a criança não sofre. O aprendizado da conduta antissocial é acompanhado por um déficit nas habilidades sociais e de resolução de problemas, o que pode dificultar sua interação com a família e com os pares, e sua adaptação social. Alguns estudos têm indicado comorbidade entre TDO e problemas de internalização, como ansiedade e depressão (Boylan et al., 2007).

O modelo da coerção (Patterson et al., 1992) relaciona diversos fatores que contribuem para a origem e para a evolução do comportamento antissocial e suas características em diferentes momentos do desenvolvimento. O modelo inicia pela aprendizagem dos comportamentos antissociais, que ocorreria a partir da interação da criança com os pais.

A idade escolar representa o segundo estágio no modelo da coerção. Nessa etapa, a criança é exigida a treinar habilidades interpessoais adquiridas na família e o seu comportamento coercitivo produz uma reação do ambiente social que, em geral, é manifestada por rejeição dos pais e dos pares. Em decorrência de seus déficits e dos problemas de comportamento, a criança é induzida a se ligar a grupos de pares que também apresentam comportamento antissocial (Patterson et al., 1989). Além disso, essas crianças tendem a apresentar dificuldades de aprendizagem e fracasso acadêmico (Patterson et al., 1989).

> A criança descobre que seus comportamentos aversivos tais como, gritar, chorar e bater são efetivos para evitar exigências ou produzir gratificações, ou seja, são funcionais no ambiente em que a criança está inserida. Quanto mais o comportamento antissocial se consolida como padrão de conduta da criança, na forma de desobediência, agressividade ou hostilidade, mais difícil fica, para os pais, monitorá-la. Dessa forma, os pais tendem a permitir que a criança fique muito tempo fora de casa e sem supervisão.

Na adolescência, a vinculação a grupos de pares desviantes é bastante preocupante, visto que eles exercem forte influência sobre o uso de drogas e o comportamento delinquente. Embora esse não seja um fator determinante, combinado com uma maior autonomia, com menos supervisão e envolvimento parental e com outras características do indivíduo, ele contribui para um agravamento do comportamento antissocial na adolescência.

Finalmente, o modelo da coerção apresenta os efeitos do comportamento antissocial na idade adulta. Os estudos longitudi-

nais que investigam o ajustamento global do indivíduo adulto (West e Farrington, 1977, citado por Patterson et al., 1992) indicam que crianças e adolescentes antissociais frequentemente se tornam adultos com dificuldade de permanecer em um emprego, que enfrentam problemas no casamento e que possuem alto risco de se divorciarem (Caspi, Elder e Bem, 1987; Frick et al., 1999).

Patterson e colaboradores (1992) assinalam que, embora os estágios do modelo da coerção indiquem uma progressão, isso não significa que qualquer criança antissocial irá escalar e manter esse padrão comportamental durante seu desenvolvimento. No entanto, alguns estudos têm indicado fatores que favoreceriam a continuidade ou o agravamento dos comportamentos antissociais.

A perspectiva da existência de um contínuo entre as condutas agressivas infantis e a exibição de problemas de comportamentos futuros é um paradigma recente no campo científico. Tremblay (2000) afirma que, no século passado, o foco de investigação dos estudos sobre comportamento agressivo passava distante do aspecto evolutivo dos comportamentos antissociais. Assim, as pesquisas sobre comportamentos agressivos em adultos eram realizadas sem referências à manifestação de comportamentos agressivos na infância. Da mesma forma, as avaliações de adolescentes eram realizadas como se a incidência de comportamentos agressivos fosse desvinculada da conduta infantil. Porém, atualmente, dispõe-se de um conjunto de evidências contrárias a essa hipótese, incluindo-se nessa lista os resultados de pesquisas sobre a eficácia dos tratamentos terapêuticos propostos.

Outras características da interação entre pais e filhos têm sido observadas nas famílias com crianças com problemas de comportamento e podem ser consideradas preditoras do comportamento antissocial. Entre elas, destaca-se uso não contingente de reforçadores positivos para iniciativas pró-sociais (Dumas e Wahler, 1985), fracasso no uso efetivo de técnicas disciplinares para enfraquecer os comportamentos desviantes, uso de disciplina severa e inconsistente, com pouco envolvimento parental e pouco monitoramento e supervisão do comportamento da criança (APA, 2002; DeBaryshe et al., 1993; Loeber e Dishion, 1983).

Abordando especificamente o TDO e o TC, Edward e colaboradores (2001) realizaram um estudo comparando pais e adolescentes com TDAH e TDO (grupo clínico) com um grupo-controle. Os resultados indicaram que os pais e os jovens do grupo clínico relataram significativamente mais questões envolvendo conflitos entre pais e filhos, maior sentimento de raiva durante as discussões, maior presença de comunicação negativa e de estratégias parentais agressivas. Em situações neutras, sem a ocorrência de conflitos, esse mesmo grupo demonstrou mais comportamento negativo do que o grupo-controle.

O TDO é mais prevalente em famílias nas quais pelo menos um dos pais tem histórico de transtorno do humor, transtorno desafiador de oposição, transtorno da conduta, transtornos de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos da personalidade antissocial ou transtorno relacionado a substâncias (APA, 2002). Um estudo realizado com adolescentes infratores indicou que 62,8% afirmaram possuir membros na família que fazem uso recorrente de álcool; 42,3% apresentam algum parente que faz uso de drogas; 54,5% possuem um membro na família que já cometeu algum delito (Pacheco, 2004).

Do ponto de vista dos componentes biológicos, alguns estudos têm indicado uma modesta correlação entre TDO e sintomas de TC em gêmeos, mães e pais (Eyberg, O'Brien e Chase, 2006). Estudos feitos com gêmeos e com crianças adotadas indicam que o TC tem componentes genéticos e ambientais (APA, 2002). O risco para o TC é maior em crianças com um dos pais biológicos ou adotivos com transtorno da personalidade antissocial ou um irmão com transtorno da conduta. O transtorno também parece ser mais comum em famílias em que um dos pais apresenta dependência de álcool, transtorno de humor, esquizofrenia, transtorno

Atenção: evidências apontam também prejuízos relacionados a diferentes funções executivas (atenção, flexibilidade cognitiva, formação de objetivos, julgamento, abstração, planejamento da sequência de comportamentos motores, inibição de comportamentos impulsivos ou inadequados e automonitoramento).

de déficit de atenção.

Ainda sobre a etiologia dos transtornos disruptivos, Deater-Deckard e Plomin (1999) demonstram em pesquisa realizada com famílias adotivas/biológicas que os fatores hereditários e ambientais apresentam um efeito moderado sobre a agressão e a delinquência, correspondendo a 49 e 42% da variância, respectivamente. Por outro lado, os achados das pesquisas neuropsicológicas têm mostrado que mais da metade dos adolescentes envolvidos em condutas delinquentes (de 60 a 80%) apresentam um comprometimento em suas funções neuropsicológicas. O estudo de Teichner e Golden (2000) mostra que, de forma recorrente, a literatura indica a associação existente entre o TC e prejuízos relacionados a habilidades verbais.

É preciso considerar, contudo, que uma crítica consistentemente encontrada nos estudos sobre a etiologia dos problemas de conduta é a falha metodológica de muitas pesquisas que se propõem a investigar os fatores preditores da delinquência e da agressividade a partir de amostras pequenas, não randomizadas e privadas de liberdade. Ou então a partir de critérios subjetivos que carecem de parâmetros comparativos (grupo-controle) e do controle de variáveis intervenientes (como o uso de drogas ou a presença de sintomas psicóticos, como alucinação e delírio). Essas dificuldades são as mesmas relatadas na literatura referente às investigações dos prejuízos neuropsicológicos associados aos problemas de conduta.

Assim, conforme se observa nessas descrições, o diagnóstico de problemas de conduta depende em grande parte de observações clínicas e de entrevistas trianguladas. Todavia, a consideração dos dados relativos à percepção dos adolescentes sobre comportamentos agressivos, dissimulados ou delinquentes – os quais nem sempre são comportamentos evidentes e conhecidos por terceiros – é um elemento clínico importante para avaliação da gravidade de possíveis padrões de comportamentos antissociais que se desviam dos padrões do desenvolvimento típico.

CURSO E PROGNÓSTICO

Evidências clínicas apoiam a distinção entre o TC e o TDO. No entanto, uma revisão de pesquisas publicadas sobre o tema (Loeber et al., 2000) revela que ainda há controvérsias quanto à possibilidade de se considerar a agressividade também um marcador para o TDO. Um dos fatores que contribui para tal hesitação é a alta comorbidade existente entre esses quadros.

Crianças que recebem o diagnóstico de TDO tendem a apresentar um risco aumentado para desenvolver posteriormente o TC, assim como aqueles que apresentaram TC, têm mais chances de futuramente preencher critérios para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial (Hamilton e Armando, 2008; Loeber et al., 2000, Veirmeiren, 2003). Patterson e colaboradores (1992) também discutiram a relação entre esses transtornos através da hipótese de progressão dos comportamentos típicos do TDO (comportamento negativista, desobediente, hostil), para comportamentos mais graves, característicos do TC (conduta agressiva, furtos, fugas). O termo antissocial se aplica à progressão de um quadro clínico para o outro. O DSM-IV-TR considera o TDO um antecedente evolutivo do TC, embora isso possa não acontecer (APA, 2002).

Outro transtorno mental comumente associado à presença de TDO e TC é o TDAH (APA, 2002; Frick et al., 1993; Lalonde, Turgay e Hudson, 1998). Esse quadro se caracteriza por um padrão consistente de desatenção e de comportamentos hiperativos-impulsivos, implicando prejuízo ao indivíduo em pelo menos dois contextos

diferentes (APA, 2002). O TDAH se caracteriza por ser o distúrbio do neurodesenvolvimento mais frequente na infância e um dos que apresenta maior prejuízo social ao longo do ciclo vital, especialmente em função da baixa tolerância à frustração e dos conflitos que a desatenção e a hiperatividade implicam nos contextos familiar, acadêmico e ocupacional (Lalonde et al., 1998).

Patterson, DeGarmo e Knutson (2000) apresentam uma visão diferenciada da relação entre sintomas do TDAH e dos comportamentos antissociais. Para esses autores, as dificuldades de manter a atenção, a falta de persistência e a organização em atividades, bem como desobediência, agressividade e comportamento delinquente são possivelmente manifestações de um único processo. Nesse sentido, a hiperatividade e o comportamento antissocial compartilhariam uma etiologia comum, que estaria particularmente relacionada com as interações estabelecidas entre uma criança com características de temperamento difícil e cuidadores relativamente não responsivos. Patterson e colaboradores (2000) propõem que o TDAH representa um estágio inicial, e o comportamento antissocial, uma manifestação posterior desse processo. O que favoreceria a evolução de um transtorno para o outro seriam práticas educativas e disciplinares ineficazes, em um ambiente que permitiria a ocorrência de atos antissociais.

A comorbidade entre TDO e TDAH, bem como as distinções entre esses quadros psicopatológicos têm sido investigados por estudos empíricos envolvendo crianças e adolescentes. Essas pesquisas envolvem aspectos familiares, sociais, biológicos e farmalógicos e incluem investigações longitudinais e transversais (Biederman et al., 2008; Hautmann et al., 2008).

Problemas de internalização também aparecem associados ao TDO. Essa relação não é surpreendente, visto que crianças com TDO são mais facilmente aborrecidas, têm problema na regulação do afeto e são frequentemente descritas como instáveis e irritáveis (Boylan et al., 2007). No entanto, o mecanismo da relação entre TDO e problemas de internalização ainda são desconhecidos.

O desenvolvimento do TDO é gradual, tipicamente inicia antes dos 8 anos e se torna crônico na ausência de um tratamento adequado (Eyberg, O'Brien e Chase, 2006). Os sintomas opositivos frequentemente emergem no contexto doméstico, mas com o tempo podem aparecer também em outras situações (APA, 2002).

O início do TC pode ocorrer na fase pré-escolar, mas os primeiro sintomas importantes costumam aparecer no período entre a infância e o meio da adolescência (APA, 2002). O curso do TC é variável. Indivíduos em que o TC iniciou na adolescência ou que possuem sintomas leves e em menor número conseguem uma adaptação profissional e pessoal na idade adulta. No entanto, a maioria dos casos apresenta remissão da sintomatologia na fase adulta. O pior prognóstico é reservado àqueles que apresentam início precoce do TC, esses indivíduos apresentam risco aumentado para transtorno de personalidade antissocial e transtornos relacionados a substâncias (APA, 2002).

Ao analisar o curso do comportamento antissocial, típico do TDO e do TC, considerando a idade de início desse padrão, Moffitt (1993) distingue dois grupos. No primeiro, a classe de comportamentos antissociais tem início na idade pré-escolar com comportamentos oposicionistas e desafiadores que seguem se agravando, de modo a resultar em sérios problemas de conduta na adolescência e na vida adulta. Nesse caso, a vulnerabilidade seria explicada por um conjunto de fatores de risco tanto individuais (deficiências neuropsicológicas, como impulsividade e déficit de atenção), como sociais e familiares (violência, padrões de socialização parental e situação socioeconômica). No segundo grupo, os comportamentos antissociais ocorrem apenas na adolescência. De acordo com o autor, os adolescentes incluídos nesse grupo apresentam concomitantemente uma tendência a se engajar em comportamentos antissociais quando estes parecem vantajosos e apoia-

dos por seus pares e uma capacidade de manifestar atitudes pró-sociais quando estas parecem ser mais recompensadoras. Embora sejam determinadas por fatores multidimensionais, no grupo cujos problemas são limitado à adolescência, o comportamento parece estar mais sob controle de contingências de reforço e punição. Nessa direção, apontam também os estudos que afirmam que as influências genéticas são mais fortes entre as crianças que precocemente desenvolvem problemas de conduta (Frick et al., 1999; Steiner et al., 1999).

A estabilidade e o agravamento do comportamento antissocial têm sido investigados por estudos que apresentam algumas variáveis que contribuiriam para a manutenção desse padrão. Entre eles, destacam-se a ocorrência de comportamento antissocial em pelo menos um dos pais (Loeber e Dishion, 1983; Patterson et al., 2000), a própria intensidade do comportamento antissocial e a variedade desses (Storvoll e Wischstrom, 2002), a idade de início desse padrão (Frick et al., 1999) e a sua ocorrência em mais de um ambiente (Storvoll e Wischstrom, 2002).

MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE TREINAMENTO DE PAIS

O tratamento dos transtornos disruptivos tem sido realizado com sucesso por meio das abordagens comportamental e cognitivo-comportamental e tem sido tema de alguns textos publicados (Pinheiro et al., 2006; Pergher et al., 2007; Marinho, 2001). De uma forma geral, esses trabalhos apresentam técnicas de intervenção para serem utilizadas em psicoterapia de crianças e de adolescentes que focam a mudança de comportamento e a reestruturação cognitiva dos pacientes. Alguns desses trabalhos mencionam a importância da inclusão dos pais no tratamento. Essas intervenções são sustentadas por estudos empíricos e por relato de experiências clínicas.

A psicoterapia cognitiva e comportamental consolidou-se como uma possibilidade de eficiente e dinâmica de intervenção com crianças e adolescentes. Em decorrência de seu modelo teórico, que enfatiza a aprendizagem, a inserção dos pais no processo de modificação do comportamento dos filhos se coloca como uma alternativa que otimiza a intervenção e aumenta as chances de manutenção dos benefícios conquistados (Marinho, 2001; Souza e Baptista, 2001). As indicações sobre como os pais podem participar da psicoterapia variará de acordo com o diagnóstico e o modelo de intervenção adotado.

Atualmente, as intervenções em problemas de comportamento infantis têm sido feitas sob o formato de tratamento combinado, incluindo tanto as crianças como os pais, tomando ambos como foco de intervenção (Marinho, 2000). No entanto, no tratamento de transtorno disruptivo, o treinamento de pais aparece com uma possibilidade de intervenção, independentemente da psicoterapia infantil. De acordo com Eyberg, O'Brien e Chase (2006), para crianças pequenas, principalmente em idade pré-escolar, o treinamento de pais é a abordagem de escolha; para crianças com mais idade com comportamento disruptivo, intervenções cognitivo-comportamentais têm sido desenvolvidas. No entanto, é importante notar que a maioria das opções de tratamento requer, em algum nível, o envolvimento da família. Isso reflete a importância das variáveis ambientais e familiares no desenvolvimento de TDO. A maioria dos tratamentos envolve pais, porque eles são as melhores pessoas para identificar e modificar fatores ambientais que mantém ou exarcebam os problemas de comportamento infantis (Eyberg, O'Brien e Chase, 2006).

Historicamente, a proposta de orientar ou treinar pais está ligada à terapia comportamental, por isso seus pressupostos teóricos remetem aos princípios básicos da análise do comportamento (como reforço e punição) e à noção de que tanto os comportamentos adequados quanto os inadequados são produtos de um processo de aprendizagem

que ocorre nas interações que o indivíduo estabelece (Bandura, 1969). Considerando ainda o referencial da teoria comportamental, que pressupõe que os comportamentos são determinados pela interação do indivíduo com o ambiente, a orientação parental é uma tentativa de abranger um maior número de variáveis contextuais envolvidas na determinação do comportamento infantil (Marinho, 2000).

A orientação de pais pressupõe que as habilidades necessárias para a educação e o cuidado de crianças e adolescentes são aprendidas. Entende-se que algum tipo de déficit nas habilidades próprias do papel parental é em parte responsável pelo desenvolvimento e/ou pela manutenção dos problemas de comportamento apresentados pela criança (McMahon, 1996).

A estrutura do treinamento de pais de crianças com problemas de comportamento pode variar de acordo com os autores e com o contexto de implementação da intervenção (Pinheiro et al., 2006; Pergher et al., 2007; Marinho, 2001). O treinamento de pais desenvolvido por Barkley (1997) é referência para quase todos os estudos pesquisados.

O modelo de orientação de pais apresentado neste capítulo, baseado nos estudos citados e na experiência das autoras, pode ser desenvolvido com pais de um paciente ou em um grupo de pais. A formação do grupo deve observar alguns cuidados que aumentam a adesão à intervenção:

1. o grupo deve ser homogêneo em relação à problemática dos filhos, no caso, pais de crianças com transtorno disruptivo;
2. a intervenção deve ser, preferencialmente, fechada, ou seja, com um número previamente determinado de encontros;
3. devem ser realizadas entrevistas individuais com os pais que poderão participar do grupo.

Antes de iniciar a intervenção, os pais e a criança devem passar por uma avaliação cognitivo-comportamental: a gravidade do transtorno, as características do comportamento, os comprometimentos já existentes, a dinâmica familiar e a presença de psicopatologia parental são fatores que devem ser determinados. Famílias em que há um alto nível de conflito ou em que um dos pais possui psicopatologias como depressão, abuso de substâncias ou transtorno da conduta têm menores chances de se beneficiarem desse tipo de intervenção (Kazdin, Holland e Crowley, 1997). Essas primeiras entrevistas também têm o objetivo de motivar os pais para a intervenção, buscando aumentar a adesão.

A orientação de pais é uma intervenção estruturada e com objetivos definidos, que são apresentados no **Quadro 8.1**.

O treinamento de pais pode incluir um objetivo mais amplo e indiretamente relacionado aos problemas de comportamento apresentados pela criança: o desenvolvimento de habilidades sociais. Há evidências empíricas de que déficits em habilidades sociais dos pais estão relacionados ao desenvolvimento de problemas de comportamento na infância e na adolescência (Patterson et al., 1992).

Frequentemente, quando os pais trazem os filhos para a psicoterapia, ma-

QUADRO 8.1
Objetivos da orientação de pais

1. Ajudar os pais a se sentirem competentes em relação ao processo de cuidado e disciplina do filho.
2. Ensinar a realizar análise funcional do comportamento da criança.
3. Ensinar princípios da análise do comportamento.
4. Discutir crenças relacionadas à 'causa' dos problemas de comportamento.
5. Sensibilizar os pais quanto à importância da empatia com os filhos e de conhecer os seus interesses.
6. Treinar a observação e a valorização dos comportamentos adequados.
7. Desenvolver repertórios relacionados ao estabelecimento de regras e ao gerenciamento de contingências para que essas sejam respeitadas.
8. Ensinar formas alternativas à punição de consequenciar comportamentos inadequados.

nifestam, durante as entrevistas iniciais, sentimentos de impotência e de vergonha. Verbalizações do tipo "não sei mais o que fazer", "ninguém mais pode com ele (a)", "acho que sou eu quem está precisando de ajuda" são bastante comuns e evidenciam a percepção de incapacidade dos pais para lidarem com seus próprios filhos. A isso se soma uma baixa autoestima e autoconfiança para o papel parental. Por essa razão, o primeiro objetivo do treinamento de pais é ajudá-los a se sentirem fortalecidos e capazes para a tarefa. Tal objetivo pode ser alcançado à medida que o terapeuta for empático, evitar uma postura de culpabilização dos pais e relacionar as características positivas ou preservadas da criança com o sucesso de parte do processo educacional. Essa postura do terapeuta deverá permanecer em toda a intervenção, pois a adesão e a eficácia da intervenção dependem de os pais se sentirem reforçados pelo engajamento.

Um dos encontros poderá ser destinado a ensinar os pais a realizarem análises funcionais do comportamento do filho. A análise funcional permite que os pais compreendam em que contextos os comportamentos disruptivos acontecem, ou seja, que variáveis desencadeiam e mantém esses comportamentos. Para isso, ensina-se os pais a identificarem o que acontece antes e o que acontece depois que um determinado comportamento problemático ocorre. Em um primeiro momento, pode-se utilizar exemplos do próprio comportamento do terapeuta durante o encontro para concretizar o conceito; em um segundo momento, pode-se escolher um dos comportamentos da criança e identificar junto com os pais os antecedentes e os consequentes. O uso de registros comportamentais como tarefa de casa pode ser útil para cumprir esse objetivo.

O ensino dos princípios básicos da análise do comportamento deve se resumir ao que é importante para a relação com a criança e não deve ter uma forma "professoral", ao contrário, a apresentação deve ser descomplicada. Pais de crianças com transtorno disruptivo, em geral, não sabem reconhecer os comportamentos adequados dos filhos e reforçá-los; por outro lado, são muito sensíveis aos comportamentos inadequados e costumam apresentar consequências aversivas ineficazes. No treinamento, os pais são ensinados a reforçar positivamente os comportamentos desejáveis e ignorar ou punir negativamente os comportamentos inadequados (Eyberg, O'Brien e Chase, 2006). Um aspecto importante é esclarecer aos pais que reforçar positivamente um comportamento não deve implicar reforços materiais. O terapeuta deve estimular o uso de reforços sociais como elogios, atenção, tempo dedicado à criança, programas que reúnam a família, por exemplo. Com isso, além de aumentar a frequência de comportamento, fortalece-se a relação familiar e se estreita os laços entre pais e filhos.

Uma das razões para se abordar com os pais a causação dos problemas de comportamento é aumentar a crença deles na possibilidade de mudança. Embora muitos pais se sintam culpados pelos problemas do filho, atribuem sua causa a determinantes internos, como hereditariedade, personalidade e temperamento. Assim, o desafio para o terapeuta é abordar que grande parte dos problemas comportamentais da criança foram aprendidos, mas sem culpar os pais. Dinâmicas que remetem os pais às suas próprias histórias como filhos podem ajudar nessa tarefa. Também será necessário esclarecer que os comportamentos que são valorizados pela família e esperados da criança devem ser ensinados (Marinho, 2001). A criança não nasce responsável, mas aprende a se comportar dessa forma, por exemplo.

A empatia e a afetividade são fundamentais na relação entre pais e filhos e têm sido frequentemente citadas nos estudos sobre socialização. Ampliar os repertórios afetivos dos pais em relação ao filho é o objetivo do treinamento. Para que as técnicas disciplinares sejam efetivas, é necessário que os pais estejam envolvidos com os filhos e ofereçam amor e apoio (Baumrind, 1997). No entanto, eles devem saber que afetividade não é sinônimo de aprovação incondicional: pais afetivos e amorosos também podem ser firmes em suas práticas educativas.

Esse tema pode ser abordado solicitando uma lista de comportamentos afetivos que os pais podem ter em relação ao filho. Em grupo, podem aprender uns com os outros tais repertórios. Weber, Salvador e Brandenburg (2005) sugerem uma atividade denominada "Você conhece bem seu filho?", em que os pais são estimulados a responderem perguntas sobre os interesses dos filhos. Essa tarefa torna-os conscientes sobre seu grau de conhecimento do filho e desperta a curiosidade em relação a ele. É interessante observar a gratificação e até mesmo a surpresa dos pais sobre as reações positivas dos filhos às suas atitudes afetivas.

Como foi afirmado, os comportamentos disruptivos ocorrem porque são formas disfuncionais de obtenção de reforçadores positivos ou negativos, ou seja, o comportamento tem uma função no repertório do indivíduo. À medida que os pais se tornam capazes de identificar e reforçar comportamentos desejáveis, estes aumentam de frequência e passam a competir com os comportamentos disruptivos, que não produzem mais os reforços anteriores. Por exemplo, se uma criança obtém atenção ao se opor a uma solicitação ou ao falar gritando, os pais podem passar a ignorar esses comportamentos e a valorizar explicitamente quanto ela atender a um pedido ou falar em tom adequado. O resultado é uma redução na frequência dos comportamentos problemáticos e um aumento na frequência dos comportamentos desejáveis.

Atualmente, o senso comum, corroborado por várias publicações, postula que os problemas de comportamento das crianças estão relacionados à "falta de limites". Logo, quando se fala em orientação parental e se remete à ideia de ensinar a "dar limites". Contudo, do ponto de vista cognitivo e comportamental, "dar limites" diz respeito a estabelecer regras claras e adequadas e gerar contingências para que estas sejam cumpridas. O que se tem observado no trabalho clínico é que as famílias de crianças com transtorno disruptivo não sabem definir regras e fazê-las cumprir. Algumas vezes, os próprios pais têm dificuldades em seguir regras, o que pode ficar evidente durante a intervenção. O papel do treinamento parental é ajudar os pais a desenvolverem esse repertório e, para isso, o terapeuta pode servir como modelo na forma de descrever regras e de reforçar seu cumprimento no decorrer da intervenção.

Muitos pais iniciam o treinamento parental preocupados sobre como devem "castigar" seus filhos. Perguntas do tipo "posso dar uma palmada" são frequentes. De uma forma geral, os programas de orientação incluem esse tema depois de terem abordado aspectos como reforço de conduta adequada, afetividade e regras, e com isso pretendem expor para os pais alternativas à punição para controlar e modificar o comportamento dos filhos. A discussão sobre a punição com os pais pode iniciar com a abordagem dos dois tipos de punição: a positiva, que apresenta o estímulo aversivo após o comportamento, e a negativa, que retira o estímulo reforçador após o comportamento indesejável. A punição positiva, por exemplo, bater, xingar, humilhar a criança, é consistentemente associada a prejuízos sérios no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Os pais devem ser informados sobre esses aspectos e ser convidados a se colocarem no lugar da criança que é punida dessa forma. A punição negativa tem sido considerada uma forma branda de punir, mas ainda assim indesejável. Guilhardi (2009) apresenta algumas orientações que o terapeuta pode apresentar aos pais caso seja necessário o uso de punições negativas:

1. a remoção de privilégios ou de condições gratificantes deve ser temporária;
2. os pais devem ser firmes no procedimento, mas não introduzir elementos agressivos: deve-se fazer o que se propôs, por exemplo, retirar a atenção, desligar a televisão, conduzir a criança para o local em que ela fará o "momento de reflexão", etc., sem introduzir componentes desnecessários, tais como gritos, beliscões, puxões de orelha;
3. é fundamental que a punição ocorra imediatamente após o comportamento indesejado;

4. encerrado o procedimento de punição, a criança deve ser imediatamente reconduzida às atividades cotidianas.

Junto com o procedimento de punição de condutas indesejáveis, é necessário que os pais reforcem ou valorizem comportamentos adequados que tenham a mesma função.

Guilhardi (2009) lembra que a punição deve ser branda e breve, e só ser usada quando outras alternativas mais favoráveis não surtirem efeito. Segundo o autor, no processo de desenvolvimento da criança, em que os pais são vigilantes, atentos, responsáveis e afetivos, poucas vezes se chega à necessidade de punições.

Os objetivos apresentados não esgotam as possibilidades do treinamento parental. Outros podem ser incluídos de acordo com os déficits dos pais, do contexto onde o treinamento ocorrerá e das características da criança.

Ao realizar a orientação parental, é importante que o terapeuta utilize uma variedade de recursos e técnicas. As orientações ou análises feitas pelo terapeuta devem ser claras e específicas, evitando-se termos técnicos ou jargões, bem como orientações inespecíficas, como "tem de dar afeto". O treinamento de pais deve ser vivencial; nesse sentido, podem ser empregadas técnicas de resolução de problemas, *role-playing*, análise das situações cotidianas, material bibliográfico sobre desenvolvimento infantil e sobre práticas parentais. As tarefas para casa também são um recurso interessante e podem ser incluídas ao final de cada encontro a fim de estender a intervenção e de possibilitar que os pais treinem os princípios discutidos. Ao solicitar uma tarefa para casa, o terapeuta deverá explicá-la claramente e discutir o objetivo e a disponibilidade dos pais para fazê-la. A variabilidade de repertório verbal do terapeuta também se constitui em uma habilidade importante para a orientação de pais, visto que pode ser necessário dar exemplos e explicar mais de uma vez uma análise ou um procedimento.

Por último, o terapeuta tem de estar atento para as características pessoais dos pais. Embora não seja o foco do trabalho, nas entrevistas, o terapeuta poderá perceber a necessidade de encaminhar a mãe, o pai ou o casal para psicoterapia individual ou familiar. Tal procedimento, além das implicações éticas, provavelmente auxiliará no desenvolvimento do tratamento da criança.

O **Quadro 8.2** descreve algumas sugestões para aumentar a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental com pais de crianças com transtorno disruptivo.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Maria e João foram encaminhados para orientação de pais pela psicoterapeuta de sua filha, Renata, 8 anos. Renata foi levada

QUADRO 8.2
Sugestões para a intervenção com pais

1. Forme grupos homogêneos, quando for o caso.
2. Estruture a intervenção de forma que os pais saibam desde o início o número de sessões e o tempo de duração da intervenção.
3. Realize uma avaliação cognitivo-comportamental com os pais e a criança antes de iniciar a intervenção.
4. Realize, inicialmente, intervenções que melhorem a autoestima e a motivação dos pais para a mudança.
5. Tenha cuidado para não reforçar o sentimento de culpa dos pais sobre o transtorno apresentado pelo filho.
6. Mantenha um clima acolhedor e empático para que os pais se sintam à vontade para expor suas dificuldades.
7. Não transforme a intervenção em uma "aula" sobre como educar filhos. É importante usar técnicas vivenciais e treinar as habilidades necessárias nos pais.
8. Fundamentalmente, seja reforçador com os pais. Valorize cada mudança e tentativa no sentido de modificar a interação com o filho.

para a psicoterapia pelos próprios pais que a consideram uma criança agressiva, impertinente e teimosa. Esses comportamentos começaram a se refletir na escola, onde ela discutia com a professora, se negava a colaborar com a aula, não aceitava frustração e tinha frequentes desentendimentos com os colegas. Além disso, Renata teve uma queda no rendimento escolar, o que atribuía ao fato de a professora ser chata e ter "pego no pé dela". Os pais entendiam que os problemas de comportamento de Renata estavam relacionados com o nascimento do irmão, Carlos, de 1 ano e 2 meses, e que, por isso, ela precisava de ajuda. Estavam satisfeitos com o trabalho da psicóloga de Renata, mas ficaram surpresos com o encaminhamento para orientação parental.

Na primeira entrevista com o casal, a mãe pareceu mais receptiva à proposta e chegou a admitir que precisava de ajuda para lidar com a filha, pois se sentia cansada tendo que conciliar as tarefas de cuidado dos filhos, da casa e do trabalho. Foi mais participativa durante a entrevista, falou praticamente o tempo todo, interrompeu o marido muitas vezes e, em alguns momentos, desqualificou o papel exercido por João. O pai se colocou mais como ouvinte, embora não tenha demonstrado uma resistência clara à orientação parental.

A avaliação indicou que ambos apresentavam práticas educativas ineficazes e estavam confusos quanto ao que "deveriam fazer" para educar melhor Renata. Observou-se também que havia um certo desconforto entre o casal. Mais tarde, a mãe conseguiu contar que estava frustrada, pois seus pais tinham melhores condições financeiras e, antes de se casar, tinha uma vida mais confortável. Tinha vontade de morar em uma casa com mais espaço para as crianças, mas não podiam naquele momento. As principais dificuldades identificadas foram:

1. A família apresentava uma rotina desorganizada em termos de horários para as atividades diárias, como banho e refeições. Praticamente a rotina da casa ficava a cargo da empregada, e isso incomodava a mãe.
2. As regras eram confusas, inespecíficas e inconsistentes; mudavam de acordo com o humor dos pais e, principalmente, com a vontade de Renata.
3. Os comportamentos inadequados de Renata de fazer "birra", desobedecer e brigar eram reforçados negativamente, pela desistência dos pais de fazer sua ordem ser cumprida ou pela retirada de sua solicitação.
4. Os comportamentos inadequados de Renata de pedir insistentemente algo, discutir agressivamente com os pais, agredir ao irmão eram reforçados positivamente por meio da apresentação de reforçadores como atenção e permissão para fazer o que queria.
5. Cabia a Renata decisões que afetavam a família, como onde passear no fim de semana ou onde jantar, o cardápio do dia, se os pais poderiam sair sozinhos em um determinado dia, etc.
6. Os pais estavam muito preocupados em dar bens materiais para a filha, para substituir o tempo que não dedicavam a ela.

Identificou-se que a mãe tinha um bom repertório afetivo, mas acreditava que a filha tinha de ter tudo "do bom e do melhor", o que significava presentes caros para se sentir feliz. O pai era mais efetivo em fazer cumprir regras e se envolvia adequadamente no cuidado da filha, dividindo a tarefa com Maria.

Os problemas de comportamento apresentados por Renata já existiam antes do nascimento de Carlos, mas pioraram com esse evento, provavelmente em decorrência de os pais terem de dividir a atenção com os dois filhos, o que fazia com que Maria se sentisse culpada e "compensasse" a filha atendendo seus desejos.

O planejamento da orientação de pais envolveu aumentar a autoestima da mãe e do pai como cuidadores, organizar a rotina familiar e de Renata, possibilitar que os pais conhecessem as razões pelas quais Renata

se comporta dessa forma; ensinar-lhes os princípios da análise do comportamento e como podem ser usados para controlar o comportamento da filha; aumentar o envolvimento afetivo dos pais com a filha. Foi sugerido que a mãe organizasse um tempo em que pudesse fazer um programa, mesmo em casa, só com a filha, a fim de lhe dar uma atenção exclusiva.

As verbalizações a seguir ilustram intervenções da terapeuta relacionadas aos objetivos do treinamento parental:

Abordando a rotina da criança

T: A importância da rotina para a criança está em ajudá-la a se organizar em relação às tarefas do dia. Às vezes, simples mudanças na rotina podem alterar significativamente seu comportamento.
M: Pois é, como você viu, lá em casa não tem uma rotina certa, cada hora é de um jeito.
T: Então, vocês contaram que um dos momentos críticos para lidar com Renata é a hora das refeições e do banho. Pelo registro que vocês fizeram, a Renata almoça sozinha na sala, vendo TV. Quando chega da escola, faz um lanche e logo depois é servido o jantar, que ela se nega a comer, brigando e gritando com vocês. Talvez a Renata não tenha fome nesse momento, porque fez o lanche.
M: Quem sabe, em vez do lanche, eu já dou o jantar quando ela chegar da escola? Nesse horário ela sempre tem fome.
T: Me parece uma boa ideia. Renata pode chegar em casa e jantar. Um outro aspecto que me parece importante é que as refeições possam ser momentos de convívio de vocês, em que vocês conversam sobre como foi o dia e perguntam sobre a escola, por exemplo.
M: Mas é que nessa hora eu não tenho fome.
T: Não tem problema, talvez você possa só se sentar com ela à mesa.

Abordando a questão da regra

M: Eu já falei muitas vezes para Renata que ela tem que tomar banho antes de almoçar, mas ela diz que é bem na hora do desenho favorito dela e não me obedece.
T: É comum a Renata não obedecer ao que vocês pedem para ela?
J: Ah, é muito comum. Renata é danada, tem personalidade forte, as coisas têm que ser do jeito que ela quer.
T: Me dá um exemplo de como vocês falam com ela sobre o horário de tomar banho.
M: Normalmente sou eu que estou em casa nesse horário. Daí eu digo: "Renata vai tomar banho". Daí ela responde: "Agora não que eu estou vendo desenho". Então eu grito: "Renata vai agora para o banho". Ela grita também: "Já disse que não vou". Eu explico, já meio aborrecida "Renata, eu já disse que você tem que tomar banho antes de ir para escola. Que você não pode sair sem o banho, vai chegar na escola fedorenta, onde já se viu? Todos nós aqui em casa tomamos banho antes de sair, porque você não vai tomar?".
T: O que a Renata faz quando você fala isso?
M: Continua vendo o desenho como se nada tivesse acontecido ou me manda ficar quieta.
T: E você?
M: Ah, chega uma hora que eu me canso e desisto. Ela cansa de ir para a escola sem tomar banho.
T: Por que será que a Renata não cumpre o que vocês pedem?
J: Porque ela sabe que não vai acontecer nada; no fim, ela faz tudo o que quer.
M: Mas é que eu também tenho pena de tirar ela do desenho de que ela mais gosta.
T: Bom, vamos ver, o banho não pode ser antes ou depois do desenho preferido?
M: Pode.
T: Então, isso não é mais problema, mas é importante que vocês combinem com ela a mudança de horário do banho, mas deixem claro que ela deverá tomar

o banho. É fundamental que a Renata aprenda que as regras combinadas devem ser seguidas. Um outro aspecto importante é que vocês não precisam dar tantas explicações. A regra deve ser clara e precisa. Por exemplo, "você tem que tomar banho, para então ver o desenho preferido".

J: É, às vezes eu acho que Maria fala demais.

M: Eu posso até falar para ela tomar banho assim, mas duvido que ela cumpra.

T: Eu gostaria de saber se você quer que a regra seja cumprida?

M: Sim, eu quero.

T: Então vamos pensar, como você pode fazer para que Renata lhe obedeça dentro do que nós já conversamos? (sobre evitar o uso de punição positiva)

M: Eu posso falar para ela como vai ser daqui para a frente. Se ela reagir, eu desligo a TV, levo ela para o banheiro e digo que ela só verá o desenho depois que tomar banho.

T: Bom. Você pode fazer isso sem gritar ou ofender a Renata, somente sendo firme. E depois que ela tomar o banho?

M: Ah, sim, daí eu libero a TV e posso ver um pouquinho de desenho com ela, para reforçar, né?.

T: Boa ideia. Quando vocês conseguirem fazer com que as regras sejam cumpridas, Renata vai aprender que a palavra de vocês tem força e vai ficar mais sobre controle verbal e menos físico.

Abordando a análise funcional

J: Toda vez que Renata é contrariada faz um fiasco, chora, diz que a gente não gosta dela. Se tem plateia, daí ela exagera mesmo, falando alto.

T: E o que vocês fazem?

M: Eu acabo fazendo o que ela quer, para não morrer de vergonha. O João às vezes perde a paciência e dá uns beliscões nela.

T: E adianta?

J: Não, parece que piora, daí que ela chora mais alto.

T: E você?

J: Eu acabo cedendo, mas digo que quando chegar em casa a gente vai se entender.

T: Vamos analisar esse comportamento dela de chorar e gritar. O que acontece antes, ou seja, quando que esse comportamento acontece?

M: Quando ela é contrariada, quando a gente diz "não" para ela.

T: Ok. E o que acontece depois desse comportamento? Qual a consequência que ela consegue produzir?

M: Ela consegue o que ela quer, a gente cede e faz o que ela está pedindo.

T: Então, por que ela continua se comportando desse jeito?

J: Por que ela sempre ganha?

T: Exatamente. O comportamento de chorar e gritar quando frustrada é reforçado porque ela acaba fazendo o que quer ou então consegue retirar a solicitação de vocês. Mesmo quando você belisca

QUADRO 8.3
Modelo de intervenções em transtornos disruptivos

1. Os transtornos disruptivos são abordados de forma eficaz pelas intervenções baseadas na teoria cognitivo-comportamental.
2. O treinamento ou a orientação de pais baseados na terapia cognitivo-comportamental é uma possibilidade de intervenção em casos de transtorno disruptivo.
3. O treinamento parental pode ser realizado em grupos ou individualmente. Além disso, pode ser combinado com a psicoterapia cognitivo-comportamental infantil.
4. O treinamento de pais é uma possibilidade de intervenção preventiva. À medida que são conhecidos os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos disruptivos, torna-se possível desenvolver intervenções cognitivo-comportamentais diminuindo as possibilidades do desenvolvimento de problemas de comportamento na infância e na adolescência.

ou a ameaça, a consequência imediata é reforçadora. Renata está aprendendo que chorar e gritar é um jeito de resolver os problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste capítulo foi apresentar os transtornos disruptivos, especificamente o TDO e o TC, abordando os critérios diagnósticos, a etiologia, o desenvolvimento e o tratamento cognitivo-comportamental. O Quadro 8.3 retoma alguns aspectos abordados no texto.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Bandura, A. (1969) *Modificação do comportamento*. RJ: Editora Interamerican.

Barkley, R. (1997) *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. Nova York: Guilford.

Baumrind, D. (1997) The discipline encounter: Contemporary issues. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 321-335.

Baydar, N., Reid, M.J., & Webster-Stratton, C. (2003) The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development*, 74, 1433-1453.

Biederman, J.; Petty, C. Dolan, C. Hughes, S. Mick, E. MonuTeaux, M. & Faraone, S. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10 year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38(7), p. 1027-1036.

Boylan, K.; Vaillancourt, T.; Boyle, M. & Szatmari, P. (2007) Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(8), p. 484-494.

Caspi, A., Elder, G. & Bem, D. (1987) Moving against the world: Life course patterns of explosive children. *Developmental Psychology*, 23, 308-313.

Deater-Deckard, K. & Plomin, R. (1999) An adoption study of the etiology of teacher

and parent reports of externalizing behavior problems in middle childhood. *Child Development*, 70*(1),* 144-154.

Dumas, J. & Wahler, R.G. (1985) Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: "Damned if you do damned if you don't". *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 1-18.

Edwards, G., Barkley, R., Laneri, M., Fletcher, K. & Metevia, L. (2001) Parent–Adolescent Conflict in Teenagers With ADHD and ODD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29*(6), p. 557–572.*

Eyberg, S.; O'Brien, K. & Chase, R. (2006) Oppositional defiant disorder and parent training. In: J. Fisher & W. O'Donohue (2006). *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. Springer U.S.

Frick, P., Lahey, B., Loeber, R., Tannenbaum, L., van Horn, Y., Christ, M. A., Hart, E. & Hanson, K. (1993) Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in clinical sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.

Frick, P., Christian, R. & Wooton, J. (1999) Age trends in the association between parenting practices and conduct problems. *Behavior Modification*, 23, 106-128.

Garland, A.F.; Hough, R.L.; Mccabe, K.M. et al. (2001) Prevalence of Psychiatric Disorders in Youths Across Five Sectors of Care. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 40 (4), 409-18.

Guilhardi, H. (s/d). *Punição não é castigo*. Recuperado em 19 de outubro de 2009, de http://www.terapiaporcontingencias.com.br/pdf/helio/Punicao.pdf

Hamilton, S.S. & Armando, J. (2008) Oppositional defiant disorder. *American Family Physician*, 78 (7), 861-866.

Hautmann, C.; Hanish, C. Mayer, I., Plurck, J. & Dopfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder generalization to the real world. *Journal of Neural Transmission*, 115(2), 363-370.

Lalonde, J., Turgay, A. & Hudson, J. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder subtypes and comorbidad disruptive behaviour disorders in a child and adolescent mental health clinic. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 623-628.

Loeber, R. & Dishion, T. (1983) Early predictors of male delinquency: a review. *Psycholoical Bulletin*, 94, 69-99.

Loeber, R & Stouthamer-Loeber, M. (1998) Development of juvenile aggression and violence: some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53(2), 242-259.

Loeber, R., Burke, J., Lahey, B. Winters, A. & Zera, M. (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.

Kazdin, A.E., Holland, L. & Crowley, M. (1997) Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinica Psychology*, 65, 453-463.

McMahon, R. (1996). Treinamento de Pais. In V. Caballo (1996), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p.399-422). São Paulo: Santos Livraria e Editora.

Marinho, M.L. (2000). Intervenção comportamental para pais e crianças em clínica-escola: efetividade, limitações e prevenção da desistência. In R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição – Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* (p. 241-249). Santo André, SP: Arbytes.

Marinho, M.L. (2001) Subsídios ao terapeuta para a análise e tratamento de problemas de comportamento em crianças: quebrando mitos. In M.L. Marinho e V. Caballo (2001). *Psicologia clínica e da saúde.* Londrina. Editora UEL.

Moffitt, T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Pacheco, J.T.B. (2004) *A construção do comportamento antissocial em adolescentes autores de atos infracionais: uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos parentais.* Tese de Doutorado, não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Pacheco, J.T.B.; Alvarenga, P.; Reppold, C.; Hutz, C.; Piccinini, C. (2005). Estabilidade do comportamento antissocial na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 18 (1), 55-61, 2005.

Patterson, G., Reid, J. & Dishion, T. (1992) *Antisocial boys*. Eugene: Castalia Publishing Company.

Patterson, G., DeBaryshe, D. & Ramsey, E. (1989) A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.

Patterson, G.R., DeGarmo, D.S. & Knutson, N. (2000) Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.

Pergher, G.; Schneider, D. & Melo, W. (2007) Terapia cognitivo-comportamental para transtorno do comportamento disruptivo. In: R. Caminha e M. Caminha (Org.). (2007). *A Prática Cognitiva da Infância*. São Paulo: Roca.

Pinheiro, M.I.S., Haase, V.G., Amarante, C.L.D., Del Prette, A., Del Prette, Z.A.P.D. (2006) Treinamento de habilidades sociais e educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 407-414.

Serra-Pinheiro, M.A.; Guimarães, M.M.; Serrano, M.E. (2005) A eficácia de treinamento de pais em grupo para pacientes com transtorno desafiador de oposição: um estudo piloto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (2), 68-72.

Souza, C.R. & Baptista, C.P. (2001). Terapia cognitivo-comportamental com crianças. In B. Rangé, (Org) (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed Editora.

Steiner, H., Cauffman, E. & Duxbury, E. (1999) Personality traits in juvenile delinquents: relation to criminal behavior and recidivism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 256-262

Storvoll, E. & Wischstrom, L. (2002) Do the risk factors associated with conduct problems in adolescents vary according to gender? *Journal of Adolescence*, 25, 183-202.

Rothbaum, F. & Weisz, J. (1994) Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 55-74.

Teichner, G. & Golden, C.J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence: A conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 509-528.

Tramontina, S., Martins, S., Michalowski, M.B., Ketzer, C.R., Eizirik, M., Biedermam, J. & Rohde, L.A. (2001). School dropout and conduct disorder in Brazilian elementary school students. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 941-947.

Tremblay, R. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioural Development*, 24, 129-141.

Veirmeiren, R. (2003). Psycopathology and delinquency in adolescents: a descriptive and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 23, 277-318.

Weber, L., Brandenburg, O., & Salvador, A.P. (2006). *Programa de qualidade na interação familiar (PQIF): manual para aplicadores*. Curitiba: Juruá Editora.

PARTE III

TRANSTORNOS DO HUMOR E ANSIEDADE

9

Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência

Ricardo Wainer
Neri Maurício Piccoloto

Historicamente e de forma romântica, a infância é vista como um período de grandes descobertas e, por consequência, de alegrias e encantamentos. A realidade, entretanto, se mostra, não raro, muito distinta. Embora, por muito tempo se tenha negado a possibilidade de crianças e mesmo pré-púberes sofrerem de quadros depressivos, os dados oriundos de estudos epidemiológicos e mesmo da casuística clínica, apontam para fatos de que a depressão e, inclusive, ideações e tentativas de suicídio são ocorrências mais comuns do que se podia até então imaginar.

Pode-se conceber que a ideia da infância feliz é muito mais um mito gerado pelo desejo adulto do que infelizmente uma verdade empírica demonstrada pelas evidências (Miller, 2003). As pressuposições de que a tristeza e as preocupações infantis e adolescentes são sempre brandas e passageiras, ou que esses indivíduos ainda não apresentam sentimentos de culpa intensos por carecerem de responsabilidades importantes constituem armadilhas aos estudiosos que, por muito tempo, em nada contribuíram no desenvolvimento científico desse campo (Méndez, Olivares e Ros, 2005).

O transtorno depressivo maior é uma das psicopatologias mais estudadas tanto do ponto de vista microscópico da biologia molecular do neurônio quanto do macroscópico das repercussões sociais geradas pela sua elevada incidência (Piccoloto, Wainer, Benvegnú e Juruena, 2000). Entretanto, esses estudos são quase exclusivamente realizados em adultos. Isso ocorre, entre outros aspectos, pelo fato de a idade média de início desse transtorno se dar por volta dos 25 anos na população geral.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência de depressão unipolar na população geral de crianças e adolescentes oscila entre 0,3 a 5,9%. Em relação aos transtornos de humor na população jovem, os percentuais obtidos foram de 1,8% de depressão maior e 6,4% de distimia (Méndez, Olivares e Ros, 2005). Nota-se que o funcionamento distímico tem taxas consideravelmente mais altas nessa população, o que pode ser interpretado como expressões de questões do temperamento inato, como o neuroticismo (Pervin e John, 2004).

Com relação à adolescência, pesquisas epidemiológicas têm confirmado que a depressão é um sério problema de saúde pública, com prevalência, na população norte-americana, de 3 a 5% e taxas para todo o

período (até os 18 anos) na faixa de 20% (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn, Clarke e Rohde, 1994).

As diferenças de gênero na depressão variam com a idade, com o desenvolvimento e com as diferenças e expectativas culturais (Branco et al., 2009). Kazdin e Weisz (2003) relatam taxas de prevalência semelhantes para depressão em meninos e meninas pré-púberes. Entretanto, as meninas demonstram taxas mais altas de depressão do que os meninos entre 12 e 15 anos, e essa diferença se mantém quando adultos.

Os dados epidemiológicos dos últimos 10 anos vêm demonstrando que a idade média de início da depressão em jovens diminuiu gradativamente (Piccoloto, Wainer, Benvegnú e Juruena, 2000).

Relembrando que a "depressão pura" em crianças e adolescentes é considerada uma entidade rara e que a comorbidade tende a ser a regra, vários são os trabalhos que buscam identificar as taxas de outras psicopatologias associadas.

O diagnóstico comórbido de maior frequência é o de ansiedade. Também são comuns os problemas externalizantes (comportamento antissocial, oposicionismo, hiperatividade, agressividade) e os relacionados a substâncias psicoativas (álcool e outras drogas). Rohde, Lewinsohn e Seeley (1991) encontraram em uma amostra de adolescentes com depressão as seguintes porcentagens de transtornos comórbidos: 1% de ansiedade, 14% de abuso de substâncias psicoativas e 8% de comportamentos antissociais.

Segundo o ECA, a prevalência de transtornos do humor não varia de forma significativa em função de raça ou etnia. Na maioria dos estudos epidemiológicos de transtornos psiquiátricos, as diferenças entre etnias podem ser explicadas pelas diferenças socioeconômicas e educacionais, bem como pela idade (Blazer, 2000).

O menor nível de escolaridade tem se mostrado mais associado ao adoecimento psíquico (Veras et al., 2006; Gazelle, Lima, Tavares e Hallal, 2004; Al-Shamari e Al-Subaie, 1999; Patten, Sedmak e Russel, 2001). A análise geral dos dados obtidos pelo ECA encontrou somente uma fraca correlação entre depressão maior e baixo *status* socioeconômico. Entretanto, baixa renda associada à baixa escolaridade foram associadas a maior prevalência da psicopatologia. Estudos anteriores ao ECA encontraram uma relação consistente entre baixo nível socioeconômico e depressão (Blazer, 2000; Kessler et al., 2003; Branco et al., 2009).

Em relação aos fatores genéticos associados às taxas de depressão em jovens, sabe-se que filhos de pais com transtorno depressivo (unipolar) têm três vezes maior probabilidade do que as crianças controle de terem especificamente um transtorno depressivo maior (Carlson e Abbott, 1999).

Já os fatores ambientais, a negligência ou o trauma infantil (particularmente o abuso sexual), a morte de cônjuge ou ente querido, o divórcio e a associação de deveres domésticos e ocupacionais são fatores relacionados à precipitação da depressão (Stoppard, 2000; Brown e Moran, 1997; Kendler, Thornton e Gardner, 2001; Eaton, Muntaner, Bovasso e Smith, 2001).

CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O estudo da depressão em adultos e crianças só se desenvolveu de maneira mais sistemática a partir de meados da década de 1980 e, em muito, conduzido pelas abordagens teóricas cognitivista e interpessoal.

Esse *Zeitgeist* relacionando os transtornos de humor com os períodos da infância e adolescência conduziu a American Psyquiatric Association (APA) a reconhecer formalmente, na terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*, publicado em 1980, a existência de depressão na infância. Nessa publicação, era pontuado que "os sintomas essenciais do episódio depressivo maior são similares em crianças, adolescentes e adultos" (APA, 1980, p.221).

No **Quadro 9.1**, apontam-se os sintomas de um episódio depressivo maior, segundo o DMS-IV-TR (APA, 2000).

QUADRO 9.1
Critérios para o transtorno depressivo maior, segundo DSM-IV-TR

Sintomas principais

1. **Estado de ânimo irritável ou deprimido**
   - Estado de ânimo irritável ou instável: raiva persistente, tendência a responder aos acontecimentos com explosões de raiva ou insultando os demais, sentimentos exagerados de frustração por coisas sem importância.
   - Estado de ânimo triste, desesperançado, desanimado, "como em um poço".
   - Estado de ânimo indiferente, insensível ou ansioso.
   - Queixas de incômodos e dores físicas.

2. **Diminuição do interesse ou prazer nas atividades**
   - Diminuição do interesse pelos gostos, perda de interesse geral.
   - Diminuição ou perda da capacidade de desfrutar atividades anteriormente prazerosas.
   - Isolamento social.
   - Abandono de *hobbies* e entretenimentos; por exemplo, um menino que gostava de jogar futebol arranja pretextos para não praticá-lo.

Sintomas Secundários

3. **Perda de apetite e fracasso em conseguir o aumento de peso esperado**
   - Diminuição do apetite, esforços para comer.
   - Fracasso em conseguir o peso apropriado ou perda de peso.
   - Com menor frequência, aumento do apetite, preferências alimentares alteradas (por exemplo, doces).
   - Com menor frequência, aumento de peso.

4. **Alterações do sono**
   - Insônia média
   - Insônia tardia
   - Insônia inicial
   - Com menor frequência, hipersonia.

5. **Alterações psicomotoras**
   - Agitação motora observável, como, por exemplo, incapacidade para permanecer sentado, ato de esfregar as mãos e beliscar ou enrugar a pele, a roupa ou algum objeto.
   - Lentidão motora observável, como, por exemplo, fala, discurso e movimento corporais lentos; aumento da latência de resposta, baixo volume de voz, menos inflexões e quantidade ou variedade de conteúdo ou mutismo.

6. **Perda de energia, cansaço e fadiga**
   - Fadiga persistente sem fazer exercício físico.
   - Necessidade de grandes esforços para realizar pequenos trabalhos.
   - Eficácia reduzida para realização de tarefas; por exemplo, a criança se queixa de que se lavar e se vestir pela manhã é exaustivo e demora o dobro do normal.

7. **Sentimento de inutilidade ou de culpa excessivos ou impróprios**
   - Avaliação negativa não realista do próprio valor, interpretação de acontecimentos cotidianos neutros ou triviais como prova de defeitos pessoais.
   - Preocupações ou ruminações de culpa referentes a pequenos erros do passado, sentimento exagerado de responsabilidade com relação às adversidades.
   - Sentimentos de inutilidade ou de culpa podem ter proporções delirantes.

8. **Diminuição da capacidade de pensar, se concentrar ou tomar decisões**
   - Facilidade para se distrair, falta de concentração e de memória.
   - Dificuldade de pensar e funcionar intelectualmente como antes.
   - Diminuição do rendimento escolar.
   - Indecisão.

9. **Pensamentos de morte, ideias suicidas ou tentativas de suicídio**
   - Crença consciente de que os demais estariam melhor se ele morresse.
   - Pensamentos transitórios (1 ou 2 minutos), mas recorrentes (uma ou duas vezes por semana) sobre cometer suicídio.
   - Planos específicos para cometer suicídio (por exemplo, comprar uma pistola, determinar o lugar e o momento em que sabe que estará sozinho).
   - Tentativas de suicídio.

Entretanto, apesar da clareza e da objetividade dos critérios nosológicos, um questionamento advindo dos estudos dos pesquisadores do desenvolvimento é o de se certos sintomas em crianças são realmente variações infantis dos critérios do adulto para o quadro depressivo. Para ilustrar, pode-se refletir se o choro e o rosto triste são considerados representações aceitáveis para o humor deprimido especialmente em crianças pequenas; se o retraimento social e o descuido com a higiene pessoal podem realmente ser manifestações da anedonia nos adolescentes. Irritabilidade e acessos de fúria são considerados por alguns autores sinais de agitação nas crianças. Já o baixo rendimento escolar pode ser uma manifestação tanto de perda de interesse quanto de pouca concentração.

O problema central do diagnóstico de depressão infantil é que todos os sintomas podem estar presentes em ampla variedade de outros transtornos psiquiátricos. Uma criança que sempre chora e tem episódios de raiva, que ameaça se matar porque ninguém a ama quando frustrada e que inicia brigas quando é mandada para a cama pode preencher os critérios (humor deprimido, agitação, insônia, sentimento de desvalia, preocupação com a morte) de transtorno depressivo de acordo com alguns autores. Essa mesma criança, com essa sintomatologia, poderia ser diagnosticada com transtorno desafiador de oposição e mesmo (mas com maior intensidade) transtorno de conduta.

Os estudos de seguimento longitudinal (*follow-up*) de crianças com esses comportamentos denotam ser mais coerente pensar nessas ocorrências como a evolução do transtorno da conduta que surge se os problemas são crônicos e começam em uma idade precoce. Já para cogitar um transtorno de humor como a única ou principal explicação para o comportamento, deve-se ter em mente que isso é mais provável apenas quando os problemas aparecem pela primeira vez em uma criança que anteriormente era bem ajustada (Carlson e Abbott, 1999).

Percebe-se a enorme dificuldade de diagnóstico pontual dos quadros de humor em jovens em virtude da riqueza e da variabilidade sintomatológica possível, e de como cada comportamento infantil pode ter fatores causais diferentes dependendo do contexto em que ocorre (casa, escola, grupo de amigos), do nível cognitivo de entendimento das situações e de suas habilidades sociais.

Não é para menos que vários autores propuseram a **Teoria da Depressão Mascarada** (Cytryn e McKnew, 1972) para jovens. Segundo a proposta, a apresentação típica de depressão unipolar na infância tende a se dar por

- humor irritável ou disfórico;
- prejuízo no desempenho escolar;
- ansiedade de separação;
- comportamento alimentar anoréxico;
- hiperatividade;
- comportamento antissocial.

Há ainda de se considerar as significativas formas de apresentação dos sintomas depressivos em termos da etapa do desenvolvimento em que se encontram.

Crianças pré-escolares

Quando uma criança de tenra idade tem uma depressão séria, muitas inferências podem ser feitas de seu comportamento não verbal. Ela parece melancólica, quase doente; falta a ela a vivacidade encontrada em seus iguais não deprimidos. Essa criança pode se mostrar chorosa ou instantaneamente irritável quando não consegue o que deseja.

Com frequência, faz afirmações negativas a respeito de si própria e é muitas vezes autoagressiva. O problema reside em se saber se isso representa um comportamento autônomo ou se ela está repetindo atitudes abusivas ditas e/ou feitas a ela ou se está repetindo a violência familiar que pode ter testemunhado com frequência.

Em termos de quadros depressivos infantis, é importante frisar que os níveis de desenvolvimento em geral regridem muito,

tanto que ela tende a voltar a evacuar na roupa e a ter enurese. Assim sendo, nota-se que as queixas físicas são significativas no quadro.

Crianças em idade escolar

Dos 6 aos 12 anos, diversas são as manifestações possíveis de depressão unipolar. Um dos fatores mais correlacionado com a tipologia dos sintomas é o nível de abstração da criança. Assim, entre os 6 e os 8 anos os comportamentos podem variar de acordo com o nível de maturidade. As habilidades linguísticas, ao se desenvolverem, são ferramentas importantes para o modo como o jovem irá lidar com suas dificuldades, e de como irá articular os seus sentimentos.

As crianças nessa faixa etária têm como padrão mais frequente comportamentos que provocam rupturas: dificuldades acadêmicas e problemas no relacionamento com colegas. Há um incremento da irritabilidade e da agressão. Ameaças de suicídio e decréscimo no rendimento escolar são as queixas mais comuns que trazem a criança para o atendimento clínico.

Os sintomas fisiológicos deixam de ser proeminentes. Em crianças mais jovens (entre 6 e 10 anos), os critérios dos transtornos disruptivos (conduta e desafiador de oposição) e do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) podem ser prodrômicos aos sintomas depressivos (Carlson e Abbott, 1999).

Adolescentes

Os dilemas próprios da adolescência fazem que com que tanto o diagnóstico acertado quanto o tratamento dessa população sejam permeados de desafios e sutilezas. Os adolescentes, por se encontrarem em luta com questões vinculadas à própria autonomia, podem ter menor probabilidade de procurar a ajuda dos pais e/ou cuidadores quando se sentem deprimidos, o que os leva a um maior isolamento.

Apesar desses diferenciais, os quadros depressivos unipolares tendem a se apresentar de forma bem mais próxima ao que ocorre com os adultos.

Deve-se dar maior atenção aos episódios depressivos que podem estar superpostos a comportamentos antissociais e desafiadores e/ou mesmo a transtornos de ansiedade. Além disso, podem exacerbar algumas características de psicopatologias subsindrômicas existentes simultaneamente.

Como os transtornos bipolares começam a ocorrer com maior frequência depois da puberdade (Carlson e Abbott, 1999), tem-se de averiguar, quando diante de queixas depressivas, se elas são unipolares ou bipolares, o que direcionará o tratamento psicoterápico. Não é raro adolescentes com depressão bipolar não reconhecerem a si próprios como deprimidos (Harrington, Whittaker e Shoebridge, 1998). Eles são disfóricos, mas com frequência se sentem mortos, apáticos e completamente anedônicos, mais do que tristes ou irritáveis. A lentidão psicomotora é mais proeminente do que nas depressões não bipolares ou comórbidas. A incapacidade de se concentrar (às vezes devido ao desamparo) é responsável pela precipitação de quedas nas notas em estudantes anteriormente bons e de súbitas expulsões de sala de aula por condutas antissociais. A hipersonia é manifesta por cochilos e idas antecipadas para a cama (em oposição ao levantar tarde pela manhã, regra nos adolescentes) (Carlson e Abbott, 1999).

Os critérios de avaliação de transtorno depressivo em crianças e adolescentes propostos por Weinberg parecem ser mais fidedignos e compatíveis com a realidade clínica, se levado em consideração o maior espectro de sintomas derivados das variações etárias no desenvolvimento infantil e adolescente. O **Quadro 9.2** apresenta esses critérios.

Bucando-se uma análise comparativa dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR e dos critérios de Weinberg e colaboradores (1973), temos:

Ao se interpretar a **Tabela 9.1**, verificam-se critérios mais conservadores por

QUADRO 9.2
Sintomas da depressão infantil

Sintomas principais

1. **Estado de ânimo disfórico (melancolia)**
   a) Expressões ou demonstração de tristeza, solidão, pessimismo.
   b) Mudanças de estado de ânimo, mau humor.
   c) Irritabilidade, aborrecimento frequente.
   d) Hipersensibilidade, choro fácil.
   e) Negativismo, dificuldade para consolar e agradar.
2. **Idealização autodepreciativa**
   a) Sentimentos de inutilidade, incapacidade, culpabilidade.
   b) Ideias de perseguição.
   c) Desejos de morte.
   d) Desejo de fugir de casa.
   e) Tentativas de suicídio.

Sintomas secundários

3. **Comportamento agressivo (agitação)**
   a) Dificuldades nas relações interpessoais.
   b) Facilidade para brigas e encrencas.
   c) Pouco respeito pela autoridade.
   d) Beligerância, hostilidade, agitação.
   e) Discussão, brigas excessivas e ira súbita.
4. **Alterações do sono**
   a) Insônia inicial.
   b) Sono agitado.
   c) Insônia tardia.
   d) Dificuldade de acordar pela manhã.
5. **Mudanças no rendimento escolar**
   a) Queixas frequentes dos professores: falta de concentração e de memória.
   b) Redução do empenho para a realização das tarefas escolares.
   c) Perda do interesse habitual por atividades extraescolares.
6. **Socialização diminuída**
   a) Menor participação em grupo.
   b) Sociabilidade diminuída: menos simpático, menos agradável.
   c) Retraimento social.
   d) Perda dos interesses sociais habituais.
7. **Mudança de atitude na escola**
   a) Perda de prazer em atividades escolares.
   b) Recusa em ir à escola.
8. **Queixas somáticas**
   a) Cefaleias (mas não enxaqueca).
   b) Dores abdominais.
   c) Mialgias (dores musculares).
   d) Outras preocupações ou queixas somáticas.
9. **Perda da energia habitual**
   a) Perda do interesse por atividades e treinamentos extraescolares.
   b) Diminuição da energia, fadiga física e/ou mental.
10. **Mudanças no apetite e/ou no peso habituais**

Adaptado de Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik e Dietz, 1973.

Weinberg, o que tende a evitar erros diagnósticos comuns, entre eles, o de se confundir quadros de ajustamento (transtornos de adaptação) com características depressivas que são bastante comuns em crianças.

Ainda se tratando do diagnóstico em população jovem, a comorbidade tende a ser a regra. Transtornos de ansiedade, transtorno de ansiedade de separação, transtornos disruptivos (transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição) e transtorno de déficit de atenção são os que ocorrem mais comumente. Tal ocorrência tende a complicar o diagnóstico. Entre adolescentes, especialmente aqueles com transtorno bipolar, sintomas psicóticos severos parecem ocorrer com maior frequência.

Outro dado bastante relevante é que em um dos poucos estudos realizados sobre depressão maior em crianças pré-escolares, foi identificado que maus-tratos de crianças, seja na forma de abusos (físico, psicológico ou sexual) ou de negligência, estavam presentes em praticamente 100% dos casos (Friedberg e McClure, 2004).

TABELA 9.1
Comparativo de critérios diagnósticos de depressão em jovens (adaptado de Caballo e Simón, 2005b)

Categorias\ Diretrizes	Critérios DSM-IV-TR	Critérios Weinberg
SINTOMAS PRINCIPAIS	Número de sintomas principais: 2 (disforia, anedonia).	Número de sintomas principais: 2 (disforia, idealização autodepreciativa).
	Critério: 1 ou 2 sintomas	**Critério: 2 sintomas**
SINTOMAS SECUNDÁRIOS	Número de sintomas secundários: 7	Número de sintomas secundários: 8
	Critério: mínimo 3 ou 4 sintomas	**Critério: mínimo 2 sintomas**
TOTAL DE SINTOMAS	Número total de sintomas: 9	Número total de sintomas: 10
	Critério: mínimo de 5 sintomas	**Critério: mínimo de 4 sintomas**
DURAÇÃO DO QUADRO	**Critério: mínimo de 2 semanas**	**Critério: mínimo de 4 semanas**

No que tange ao diagnóstico de depressão na infância e na adolescência, não se pode desconsiderar o cuidado que o terapeuta deve ter com ocorrências que mimetizam o quadro depressivo. De fato, estas podem ser de diversas ordens e precisam ser descartadas para um diagnóstico acurado. São elas:

- infecções: mononucleose, *Influenza*, encefalites, endocardite, pneumonia, tuberculose, hepatite, sífilis, AIDS;
- alterações neurológicas: epilepsia, traumatismo cranioencefálico, hemorragia subaracnóidea, AVC, esclerose múltipla;
- alterações endócrinas: diabete, doença de Cushing, doença de Addison, hipotireoidismo, hipertireoidismo;
- efeito de medicamentos: anti-hipertensivos, barbitúricos, benzodiazepínicos, corticosteroides, cimetidina, aminofilina, anticonvulsivantes, clonidina, digitálicos, diuréticos;
- outros: álcool, drogas, distúrbios hidroeletrolíticos, anemia, lúpus, uremia, etc.

Cabe ressaltar que, independentemente da fase do desenvolvimento, os sintomas depressivos não devem ser explicados por nenhuma condição médica geral ou uso de substância/medicamento, sendo fundamental a avaliação pediátrica ou de outras especialidades médicas para o diagnóstico diferencial.

ETIOLOGIA E MODELOS EXPLICATIVOS

A depressão, como transtorno mental, só pode ser compreendida em termos etiológicos, como multifatorial. Isto por se saber, a partir de estudos advindos das neurociências, que existem componentes de vulnerabilidade biológica envolvidos na gênese e no desenvolvimento desta (Piccoloto e Wainer, 2007).

Também são inúmeras as teorias e os experimentos que comprovam a influência do desenvolvimento infantil e o aparecimento do transtorno depressivo maior. Por exemplo, pode-se citar os estudos sobre o desenvolvimento do apego (Grossmann, Grossmann e Waters, 2008), do desenvolvimento do desamparo aprendido e dos estilos atribucionais (Seligman, Reivich, Jaycox e Gilham, 1995).

Modelos psicológicos

Os modelos cognitivos e comportamentais que buscam explicar a gênese e o desenvolvimento da depressão em crianças e adolescentes podem ser divididos em relação à abordagem teórica subjacente ou em relação aos processos de aprendizagem priorizados.

Neste capítulo, apresentam-se os modelos mais utilizados no entendimento dessa psicopatologia pela abordagem teórica priorizada, aproveitando tal decisão para demonstrar o avanço histórico no entendimento teórico.

É importante destacar que, em seus axiomas essenciais, a maioria desses modelos não são antagônicos; pelo contrário, tendem a ser bastante complementares entre si.

Os primeiros modelos que buscaram explicar o funcionamento depressivo em jovens foram os oriundos do behaviorismo. Nunca enfatizando a questão diagnóstica, por não considerar a existência de uma instância psicopatológica interna causal, mas sim o conjunto de comportamentos manifestos depressivos disfuncionais dependentes de contingências ambientais específicas, os modelos trouxeram e ainda apresentam técnicas de grande utilidade clínica.

Entre os principais, destacam-se o modelo socioambiental, que utiliza os pressupostos do behaviorismo radical de Skinner e a teoria do desamparo aprendido de Seligman (Caballo e Simon, 2005a, 2005b).

Modelo socioambiental

Segundo Méndez, Olivares e Ros (2005), o modelo socioambiental representou importante contribuição no entendimento e, sobretudo, no tratamento da depressão infantil ao demonstrar as relações das contingências ambientais na manutenção dos comportamentos sintomáticos.

Nessa abordagem, a diferença em termos dos comportamentos disfuncionais não é apenas topográfica, como também e, prioritariamente, funcional.

Os achados experimentais demonstrados em termos da depressão em jovens são:

1. taxa de reforço positivo é menor nas crianças com depressão do que nas crianças sem depressão.
2. taxa de reforço positivo para uma mesma criança é menor quando apresenta depressão do que quando não a apresenta.

Como pesquisado, mais recentemente por Peter Lewinson e colaboradores (Lewinson, Clarke e Rohde, 1994), pessoas deprimidas carecem de habilidades sociais necessárias para receber reforço positivo. Elas reagem com raiva e disforia, o que faz com que as coisas piorem em termos de retorno social. Além disso, o menor nível de atividade das pessoas deprimidas é resultado de baixas taxas de reforço ambiental, que posteriormente comprometem sua obtenção de retorno positivo de outros (Carlson e Abbott, 1999).

Teoria do desamparo aprendido (Seligman, 1975)

A teoria desenvolvida inicialmente por Martin Seligman e revista por Abramson, Teasdale e pelo próprio Seligman representa um marco histórico no estudo dos quadros depressivos, bem como dos ansiosos.

Estudando o efeito de contingências aversivas sobre o comportamento e a fisiologia de animais, Seligman percebeu que, quando os animais sofriam estimulações aversivas incontroláveis e imprevisíveis, acabavam por expressar um padrão característico de comportamentos, bem como de prejuízos somáticos e de aprendizagem.

Os experimentos provaram que não eram os choques elétricos em si que causavam os problemas nas cobaias, mas o fato de esses animais serem incapazes de controlar ou prevê-los. Quando a incontrolabilidade e imprevisibilidade aversivas estavam presentes, os animais demonstravam comportamentos iniciais de luta e fuga (síndrome de ativação, típica dos quadros ansiosos).

Com o passar do tempo, como a ansiedade e seus comportamentos vinculados não mudavam as contingências, os animais tendiam a ficar prostrados, apáticos, inapetentes e sem nenhum tipo de conduta exploratória. Esses comportamentos foram correlacionados com o quadro típico de depressão. Além disso, os animais sofriam significativamente mais de úlceras estomacais.

Ficava desvendada uma significativa relação altamente prevalente na clínica psicológica entre ansiedade e depressão. A exposição sistemática a ambientes aversivos gera, inicialmente, ansiedade (na busca de fuga do aversivo) e, em seguida, a depressão (ou desamparo como foi chamado) quando da exposição continuada à ansiedade.

Porém, nem todos os sujeitos expostos a situações incontroláveis e com expectativas de incontrolabilidade desenvolvem depressão, fato pelo qual Abramson, Seligman e Teasdale (1978) reformularam o modelo original recorrendo à teoria das atribuições, o que permitiu explicar por que em cada 10 sujeitos, 2 tendem a nunca desistir (Méndez, Olivares e Ros, 2005).

A partir desses relevantes desenvolvimentos da teoria, esta adquiriu um caráter mais cognitivo, por considerar os processos mentais internos de representação dos estímulos causais. Segundo os autores, os estilos de atribuição de significado das ocorrências vão variar em relação a eventos positivos e negativos. E nessas atribuições são considerados os seguintes itens:

1. atribuição interna ou externa;
2. atribuição global ou específica;
3. atribuição estável ou instável.

Uma síntese da geração de significados para os eventos, conforme os padrões de atribuição, está ilustrada no **Quadro 9.3**.

A teoria do desamparo aprendido, além de dar conta da relação entre ansiedade e depressão e de demonstrar como ambientes hostis, estressantes e instáveis propiciam o desenvolvimento da depressão em todas as faixas etárias, também contribuiu ao definir o papel de como as orientações dos cuidadores quanto às causas das adversidades enfrentadas pelas crianças, podem afetar o estilo atribuicional geral delas ao longo de toda a vida.

Já explicitamente dentro do enfoque cognitivista, há os modelos cognitivo, oriundo da terapia cognitiva de Aaron Beck, e o do autocontrole, decorrente dos estudos sobre metacognição e monitoramento cognitivo.

Modelo cognitivo

O entendimento da depressão deve muito à figura de Aaron Beck e seus colaboradores. Com o desenvolvimento da teoria cognitiva da depressão e da tríade cognitiva da depressão, Beck desenhou um cenário novo para o entendimento dos processos causais das psicopatologias. O foco agora estava voltado para os processos e conteúdos dos pensamentos que gerenciavam e determinavam as emoções e os comportamentos.

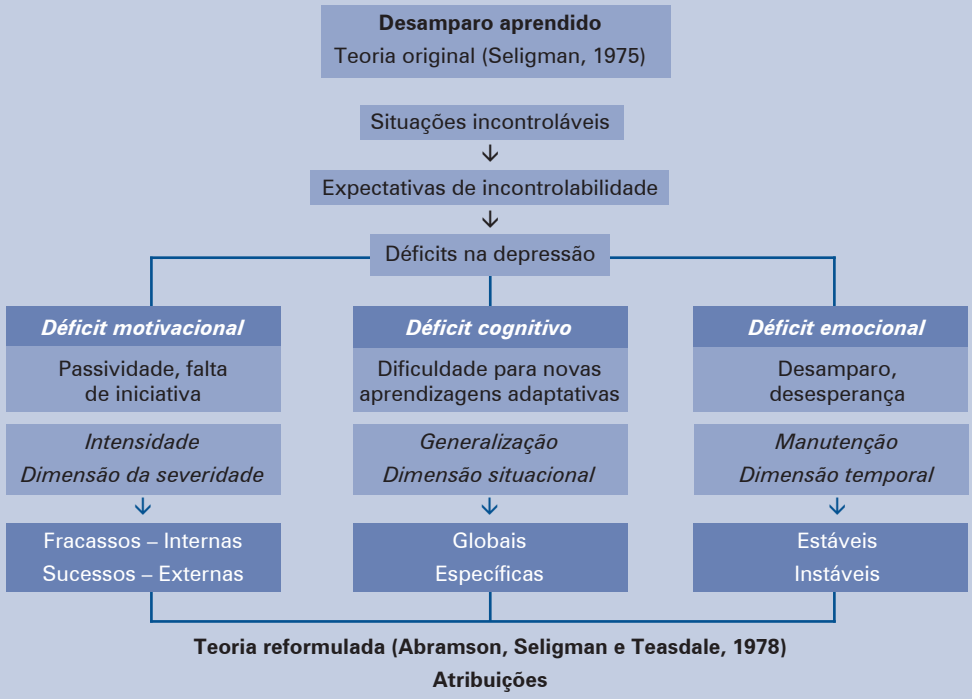
A concepção beckiana se centraliza na ideia de que a forma e o conteúdo de nossos pensamentos são a causa das psicopatologias e de que, então, não somos desejosos de nossas condições disfuncionais, mas sim "prisioneiros" do modo como pensamos.

O modelo cognitivo busca alterar formas disfuncionais e irracionais (que violam os preceitos da lógica e da probabilidade), a fim de torná-los mais saudáveis e propiciadores de afetos e comportamentos mais prazerosos para o indivíduo.

Os principais erros de pensamento encontrados nos quadros depressivos são:

1. **Catastrofização**: inferência negativa ao extremo de situações futuras. Esse é um erro de pensamento sistemático nos quadros de humor depressivo.
2. **Inferência arbitrária**: deduzir fatos a partir de premissas falsas ou inexistentes.
3. **Abstração seletiva**: foco da atenção em informações que confirmem crenças centrais do indivíduo. Nos depressivos, tendem a ser o foco nos aspectos negativos das situações.

QUADRO 9.3
Síntese da teoria do desamparo aprendido e posterior reformulação



Adaptado de Caballo e Simon, 2005a.

4. **Supergeneralização:** tendência a amplificar a abrangência de atos, eventos ou consequências.
5. **Maximização e minimização**: imposição de valorização inadequada dos estímulos. Nos depressivos, em geral, há a maximização do negativo ou do erro e a minimização do positivo ou dos sucessos.
6. **Personalização**: focalização exagerada sobre si mesmo em relação à causação de eventos ou de responsabilizações.
7. **Pensamento absolutista**: enclausuramento em uma ideia, demonstrando certeza absoluta quanto ao tópico. Erro de pensamento típico na distimia.
8. **Pensamento dicotômico**: forma de pensamento polarizado, do tipo tudo-ou-nada, gerador de ansiedade e de impulsividade.

No **Quadro 9.4** é apresentado um exemplo ilustrativo da aplicação do modelo cognitivo.

Modelo do autocontrole

A teoria do autocontrole, como articulada por Lynn Rehm, fala em uma série de distorções cognitivas que resultam em depressão, como o estabelecimento de padrões inatingíveis, atenção seletiva para fatos negativos a curto prazo mais do que para consequências a longo prazo, autopunição excessiva e, ao contrário, reforço autopositivo inadequado com atribuição errônea de sucesso e falha pessoal (Carlson e Abbott, 1999).

O modelo pressupõem três fases sequenciais para o autocontrole eficaz. Nas

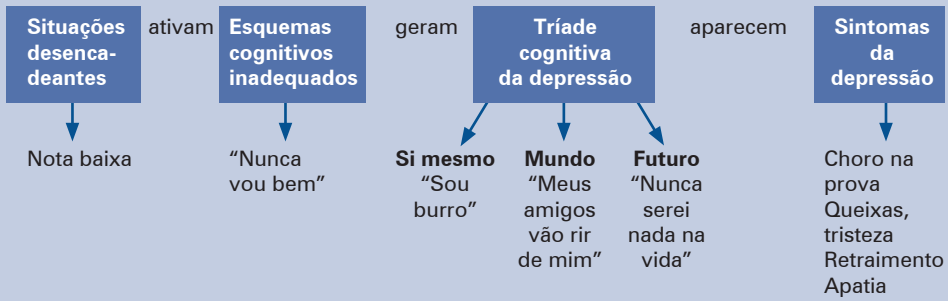
QUADRO 9.4
Síntese do modelo cognitivo da depressão

No passado

Experiências anteriores negativas originaram **Esquemas cognitivos inadequados**

Pais punitivos e críticos → Incompetência

No presente



Adaptado de Caballo e Simon, 2005a.

crianças e nos adolescentes deprimidos, identifica-se em qual ou quais etapas podem estar ocorrendo os déficits.

1ª Fase do processo de autocontrole: auto-observação;
2ª Fase do processo de autocontrole: autoavaliação;
3ª Fase do processo de autocontrole: autoadministração de consequências.

Os estudos de metacognição comprovam que há correlação direta entre alta habilidade metacognitiva e *performance* em qualquer demanda cognitiva e/ou comportamental. Assim sendo, é um dos objetivos fundamentais de qualquer tratamento cognitivo-comportamental o aumento dessa habilidade.

Curso e prognóstico

Os prejuízos funcionais são altos em jovens deprimidos, seja em função da cronicidade da depressão, do transtorno comórbido, seja de ambos; o funcionamento psicossocial das crianças deprimidas tende a ser pobre mesmo depois da recuperação. Isso é verdadeiro não apenas nas amostras clínicas, mas até mesmo nas amostras não encaminhadas para tratamento, como enfatizado pelo New Zealand Epidemiologic Study. As crianças diagnosticadas com depressão aos 9 anos continuaram a ter escores mais altos de sintomas totais aos 11 e 13 anos que um grupo-controle de crianças não deprimidas (Carlson e Abbott, 1999).

A maior diferença está na substituição da idealização autodepreciativa pela indiferença como sintoma principal (Méndez, Olivares e Ros, 2005).

A natureza das respostas-problema e das áreas afetadas varia com a idade. Na infância, predominam os sistemas psicofisiológicos e motores. O sistema cognitivo adquire relevância com o passar dos anos, e aparecem dificuldades em novos âmbitos, como sexual ou legal (Méndez, Olivares e Ros, 2005).

Um crescente corpo de estudos tem documentado (Rohde, Lewinsohn e Seeley, 1991) que a depressão infantil, principalmente na adolescência, tem comumente longa duração e recorrência, produzindo assim disfuncionalidades sociais e ocupacionais prolongadas. Além disso, as pesquisas indicam um aumento no risco de mortalidade precoce por suicídio (Brent et al., 1993; Kazdin e Weisz, 2003).

Jovens com um episódio depressivo apresentam alta probabilidade de recorrência do transtorno, variando de 12% em um ano a 33% em 4 anos (Rohde, Lewinsohn e Seeley, 1991).

Através dos dados apresentados, nota-se que as ideações e tentativas de suicídio não são exceções nessa população. As tentativas de suicídio em crianças tendem a ser a resposta para:

- fuga de situação desagradável;
- apelo por atenção;
- desejo de punição;
- desejo de união mágica;
- agressão ao outro.

O U.S. Surgeon General (1999) adverte que o suicídio atinge seu pico na metade da adolescência e é a terceira causa principal de morte em crianças nesse grupo etário. De maior relevância ainda é o fato de que 16 a 30% das crianças clinicamente encaminhadas que pensavam em se matar de fato tentaram o suicídio.

TRATAMENTOS

As diretrizes de tratamento dos principais órgãos relacionados à saúde mental concordam com a necessidade de cuidados precoces nos casos de depressão, seja porque os estudos demonstram que a prevenção primária tem efeito muito superior na diminuição de quadros recorrentes em relação à prevenção secundária e terciária, seja porque assim se evita o agravamento dos episódios depressivos em si, que levam a associações comórbidas mais graves e a tentativas de suicídio.

A depressão em jovens tem como prerrogativa principal de atendimento o uso de psicoterapias, sejam elas individuais ou grupais (Kazdin e Weisz, 2003). A abordagem psicofarmacológica, embora sempre pensada como tratamento coadjuvante ao psicoterápico, ainda carece de estudos mais contundentes. Quando da utilização de antidepressivos para crianças e adolescentes, os mais utilizados são os inibidores da recaptação de serotonina (ISRSN) e os tricíclicos. Entretanto, há de se ter muito cuidado com a aplicação e dosagem destes, pois houve estudos demonstrando a possibilidade de aumento de viradas maníacas e de tentativas de suicídio na população em questão (Reinecke, Dattilio e Freeman, 1999, 2009; Kazdin e Weisz, 2003).

Embora os antidepressivos sejam a segunda classe de psicotrópicos utilizada em população pediátrica nos Estados Unidos, os estudos não sugerem uma utilização uniformizada em crianças e adolescentes como é feito para os adultos (Weisz e Jensen, 1999).

Não existe um único protocolo terapêutico amplamente difundido para o tratamento da depressão infantil. A tendência atual é aplicar programas de amplo espectro que incluam componentes comportamentais (atividades agradáveis, habilidades sociais, relaxamento), cognitivos (reestruturação cognitiva, reatribuição, solução de problemas) e de autocontrole (Caminha e Caminha, 2007).

Entretanto, não se pode desconsiderar os tratamentos baseados em evidências desenvolvidos a partir da década de 1990 que expõem protocolos experimentalmente comprovados, como:

- Taking action, programa desenvolvido por Stark e Kendall;
- Primary and secondary control enhancement training for youth depression – PASCET (Treinamento de melhora do controle primário e secundário), desenvolvido pela equipe de John Weisz;
- Terapia cognitivo-comportamental para depressão em adolescentes, protocolo desenvolvido por Weersing e Brent;

- Tratamento cognitivo-comportamental em grupo para depressão em adolescentes, desenvolvido por Clark, DeBar e Lewinsohn (2003).

Neste capítulo, apresentam-se descrições de cada um desses programas, bem como o manejo geral em terapia cognitivo-comportamental (TCC) utilizada na maioria dos casos de depressão de jovens quando o funcionamento depressivo está envolvido na dinâmica do caso.

Taking action (Stark e Kendal, 1996a, 1996b)

Taking action é um programa de tratamento de depressão para jovens entre 9 e 13 anos que apresentem depressão unipolar, distimia ou humor depressivo, baixa autoestima. O manual até pode ser utilizado para outras faixas etárias, mas a validação do programa foi feita na faixa referida.

O trabalho é desenvolvido em um manual do terapeuta e um livro do paciente. O manual provê explicação a respeito do tratamento em uma linguagem acessível às crianças. Toda a estrutura do tratamento e dos objetivos de cada sessão é explanada no livro, facilitando, assim, a preparação prévia das sessões.

Embora não exista ainda pesquisa que comprove experimentalmente a eficácia do programa, os resultados apontam para direções bastante promissoras.

Sendo um programa manualizado de terapia cognitivo-comportamental, ele se focaliza no alívio de sintomatologia depressiva através de:

- mudanças das distorções cognitivas típicas;
- melhora na habilidade de resolução de problemas com incremento nas estratégias de enfrentamento (*coping skills*) de eventos negativos do cotidiano;
- incentivo no engajamento em atividades que promovam o humor positivo.

A descrição geral do programa proposto no manual consiste em:

- formato individual ou grupal (de 4 a 8 crianças);
- cada sessão de 1 hora de duração;
- total de 18 sessões com o jovem e 11 sessões com familiares;
- ajuda às crianças a fim de agirem de forma independente utilizando as habilidades de enfrentamento aprendidas para lidar com seus sintomas depressivos, além de buscar produzir mudanças significativas na forma como as crianças percebem o mundo e o futuro.
- mudanças nas interações e no formato de comunicação entre os pais e a criança são esperados.

Em relação a cada um dos componentes específicos da TCC, o taking action busca:

1. Educação afetiva:
   - vocabulário emocional;
   - reconhecimento de pistas emocionais internas;
   - relação entre razão e emoção;
   - identificação de significados pessoais e emoções.
2. Resolução de problemas:
   - fazer sempre algo para se sentir melhor;
   - pegar o aspecto positivo e deixar o negativo de lado;
   - pensar as coisas como problemas a serem solucionados;
   - inspecionar as situações/eventos;
   - abrir-se para o positivo.
3. Treinamento de habilidades sociais:
   - refletir sobre estratégias para enfrentar situações;
   - buscar atividades prazerosas.
4. Intervenções cognitivas
   - estabelecer senso de esperança;
   - identificar pensamentos associados às emoções;
   - identificar temáticas recorrentes e distorções cognitivas;

- reconstruir imagens e pensamentos associados com emoções;
- observar-se em avaliações e predições negativistas;
- desenvolver autoinstruções positivas;
- aplicar "checagem de evidências" de situações passadas;
- automonitorar-se para qualidades positivas;
- identificar padrões pessoais de funcionamento;
- aplicar interpretações alternativas.

Primary and Secondary Control Enhancement Training for Youth Depression – PASCET (Weisz, Southam-Gerow, Gordis e Connor-Smith, 2003)

Esse programa consiste em uma intervenção estruturada para jovens de 8 a 15 anos. Possui em seu escopo sessões individuais, prática de tarefas de casa e práticas com os pais.

Toda a processualística é baseada no modelo de dois processos de controle e enfrentamento (Rothbaum, Weisz e Snyder, 1982; Weisz, McCabe e Denning, 1994).

Nesse modelo há:

- controle primário envolve esforços para enfrentar condições objetivas, como atividades de engajamento, aceitação dos outros, tolerância a resultados de um jogo, etc.);
- controle secundário envolve a tentativa de enfrentar a aceitação de si mesmo, de suas crenças, expectativas, etc.

O modelo postula que a depressão pode ser enfrentada, em boa medida, através do aprendizado da aplicação do controle primário para condições estressantes que são modificáveis e o controle secundário, para aquelas condições que não o são.

As habilidades enfatizadas no programa são:

- atividades de resolução de problemas;
- atividades prazerosas;
- calma para trabalhar a ansiedade associada à depressão;
- confiança;
- talentos para melhora da autoestima.

Terapia cognitivo-comportamental para depressão em adolescentes (Weersing e Brent, 2003)

Esse programa de psicoterapia de grupo foi desenvolvido para adolescentes deprimidos e suicidas entre 13 e 18 anos, como parte de uma pesquisa do laboratório dos autores.

A base teórica que sustenta o protocolo está na pressuposição de duas grandes categorias que desencadeariam e manteriam a depressão nos adolescentes. São elas:

- vulnerabilidades intraindividuais (cognitivas e biológicas), por exemplo, processamento depressivo da informação e,
- fatores interpessoais e ambientais, como por exemplo, a forma de expressão emocional da família de origem.

Assim, o modelo psicoterápico engloba, em termos teóricos, os modelos de vulnerabilidade cognitiva (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979) e das influências de eventos familiares negativos e do conflito familiar (Lewinsohn, Clarke, Seeley e Rohde., 1999).

O formato do tratamento é baseado em um total de 12 a 16 sessões individuais semanais e, posteriormente, mais 4 sessões de acompanhamento por 4 meses.

O conteúdo do tratamento se baseia em uma adaptação do modelo cognitivo da depressão beckiano, enfatizando a alteração de cognições disfuncionais e negativas. Desse modo, os jovens são ensinados a identificar seus pensamentos automáticos e a nomear os erros de pensamento, buscando mudar seu pensamento sobre si, os outros e o futuro.

Também são definidas metas em termos de auxiliar os pacientes na regulação

QUADRO 9.5

Síntese do programa PASCET
Habilidades de enfrentamento enfatizadas no programa PASCET

ACT – habilidades para controle primário

- Atividades que levem à resolução de problemas (utilizar medidas sistemáticas para encontrar soluções para problemas diários).
- Atividade **Eu gosto** (criar um menu de atividades agradáveis, programá-las, registrar o impacto sobre o humor).
- Calma (aprender e praticar dois métodos utilizados para conseguir o relaxamento e autorrelaxamento).
- Confiança (identificar e praticar maneiras de mostrar um *self* positivo; observar os efeitos sobre si e sobre os outros).
- Talentos (desenvolvimento de habilidades que levem a sucessos desejados e à implementação de uma agenda prática).

THINK – habilidades para controle secundário

- Pensamentos positivos (identificar e alterar pensamentos irreais e negativos).
- Ajuda de um amigo (chamar outras pessoas que podem oferecer visões úteis em situações problemáticas);
- Identificação do lado positivo de situações negativas (aprender a encontrar os benefícios inseridos em situações adversas).
- Evitação de maus pensamentos (usar distração para cessar ruminações sobre experiências ruins).
- Pensamento contínuo – não desista (plano de enfrentamento em várias etapas até que o estado emocional melhore).

Adaptado de Weisz et al., 2003.

da expressão de seus afetos, bem como da impulsividade, principalmente em pacientes com risco de autoagressão e suicídio.

Tratamento cognitivo-comportamental em grupo para depressão em adolescentes (Clark, DeBar e Lewinsohn, 2003)

A versão original do protocolo é de grupos mistos (meninas e meninos), totalizando 16 encontros de 2 horas de duração cada, 2 vezes por semana, durante 8 semanas.

Os grupos são compostos por 6 a 10 adolescentes entre 13 e 18 anos, podendo ser conduzidos por um único terapeuta, mas é recomendada a presença de um coterapeuta.

O critério de inclusão é estar depressivo, apresentando ou não comorbidades. Também pode haver jovens com o diagnóstico de distimia.

O conteúdo do tratamento pode ser visualizado na **Tabela 9.2**.

As metas expostas na Tabela 9.2, são trabalhadas com uma organização cronológica específica que, pelas pesquisas de eficácia, demonstram ser fundamentais para o sucesso do tratamento.

Na **Tabela 9.3**, esse panorama cronológico é mostrado.

A partir da demonstração dos protocolos de atendimentos mais destacados nas pesquisas que buscam tratamentos comprovados em evidências experimentais, disponibilizam-se os fundamentos gerais da prática cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes deprimidos.

TABELA 9.2
Síntese do tratamento cognitivo em grupo para adolescentes (adaptado de Weersing e Brent, 2003)

COMPONENTES DA TERAPIA E SUAS METAS	
Módulos de habilidades	**Metas**
Reestruturação cognitiva	Modificação de crenças irracionais ou fortemente negativas, culpa, desesperança, menos valia.
Psicoterapia comportamental	Trabalho na diminuição do isolamento social, interações interpessoais prejudicadas e da anedonia.
Resolução de problemas, comunicação e habilidades de negociação	Incremento de habilidades sociais e de resolução de problemas para melhora nas interações interpessoais prejudicadas, conflitos, manejo da raiva, problemas conjugais/familiares.
Treinamento de relaxamento	Diminuição dos níveis de tensão/ansiedade e ansiedade social.
Definição de objetivos	Identificação das metas de vida a curto e longo prazos e das barreiras potenciais para realização destas.

Abordagem geral da depressão em crianças e adolescentes

As TCCs se mostram os tratamentos mais indicados para tratar a depressão infantil e adolescente por uma ampla gama de razões, entre elas: são limitadas no tempo, apresentam estrutura bem-definida (que tranquiliza a criança) e uma série de técnicas de simples aplicação largamente validadas pela literatura. Além disso, a partir dos trabalhos de Jeffrey Young com a terapia dos esque-

TABELA 9.3
Visualização cronológica do programa do tratamento cognitivo em grupo para adolescentes (adaptado de Weersing e Brent, 2003).

Habilidades específicas/sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Acompanhamento de humor	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■
Habilidades específicas	■	■	■	■	■	■		■							■	■
Atividades agradáveis		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■
Relaxamento			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■
Pensamento construtivo					■	■	■	■	■	■						
Comunicação								■	■	■	■	■			■	
Negociação e resolução de problemas											■	■	■	■		
Manutenção, objetivos, prevenção															■	■

■ = habilidade é ensinada ■ = habilidade é discutida como parte da tarefa de casa

mas (Young, Klosko e Weishaar, 2008), que trouxeram uma importante contribuição no tocante aos aspectos cronológicos e sequenciais do desenvolvimento dos esquemas mentais, as TCCs têm mais fundamentação teórica para o que esperar em cada momento da vida da criança.

Os domínios esquemáticos apresentados por Young denotam as necessidades básicas de cada período do desenvolvimento da personalidade e como falhas em cada um desses domínios tendem a gerar a formação dos esquemas iniciais disfuncionais. Estes acabam sendo, muitas vezes, importantes fatores de vulnerabilidade para depressão, distimia ou humor depressivo nos jovens.

No tratamento da depressão com as TCCs é fundamental respeitar os fundamentos básicos preconizados, como a manutenção dos componentes básicos da sessão e a busca do empirismo colaborativo, assim como a aplicação de tarefas de casa.

A avaliação diagnóstica precisa também é muito desejada, embora, como já deve ter ficado claro ao leitor, não seja tarefa nada simples. Essa avaliação é discutida a seguir, enfatizando a importância de múltiplas fontes de informação.

Avaliação diagnóstica da depressão infantil

Infelizmente, nem sempre é fácil obter informações acuradas a respeito de pacientes infantis. Pais de crianças disfuncionais podem ter transtornos depressivos e fornecer bons relatos. Em suma, nem sempre é fácil determinar a época do início e identificar qual transtorno (entre os possíveis transtornos ocorrendo de forma concomitante) vem primeiro (Carlson e Abbott, 1999).

Sugere-se que o clínico tenha certas cautelas na busca de informações:

1. Questione a criança cuidadosamente; não espere que ela descreva sentimentos espontaneamente.
2. Utilize uma variedade de descrições para esclarecer o humor deprimido ou disfórico e para distinguir sentimentos ocasionais de desapontamento e de um estado de humor que dura pelo menos de três horas a um dia.
3. Ofereça referenciais de tempo à criança, como o de se sentir deprimida desde quando acorda até a hora da escola ou de se sentir diferente por um período depois do ano novo e antes das férias de verão.
4. Defina palavras, explique conceitos e ofereça experiências de relacionamento com crianças com as quais possa se comparar (Carlson e Abbott, 1999).

O clínico, na busca de informações, dá atençãoa informações tanto para o diagnóstico ateórico (multiaxial) quanto para o diagnóstico cognitivo (diagrama de conceitualização cognitiva). A **Figura 9.1** traz o fluxograma de raciocínio diagnóstico esperado pelo terapeuta cognitivo-comportamental.

Estratégias terapêuticas

O direcionamento do tratamento de jovens deprimidos leva em consideração o período do desenvolvimento em que o paciente se encontra, bem como seu contexto socioeconômico-cultural. O terapeuta deve se adaptar às características de seu cliente, fazendo com que a terapia seja um momento instigante de crescimento. Essa é uma das regras para o atendimento de crianças: a terapia deve ser lúdica e prazerosa.

As principais estratégias terapêuticas a serem desenvolvidas na terapia da depressão são, segundo a maioria dos autores especializados nessa população (Friedberg e MacClure, 2004; Caballo e Simon, 2005a, 2005b; Reinecke, Dattilio e Freeman, 1999, 2009; Kazdin e Weisz, 2003; Caminha e Caminha, 2007):

- incremento de atividades prazerosas;
- reestruturação cognitiva;
- treino de resolução de problemas;
- treinamento de habilidades sociais e de assertividade;

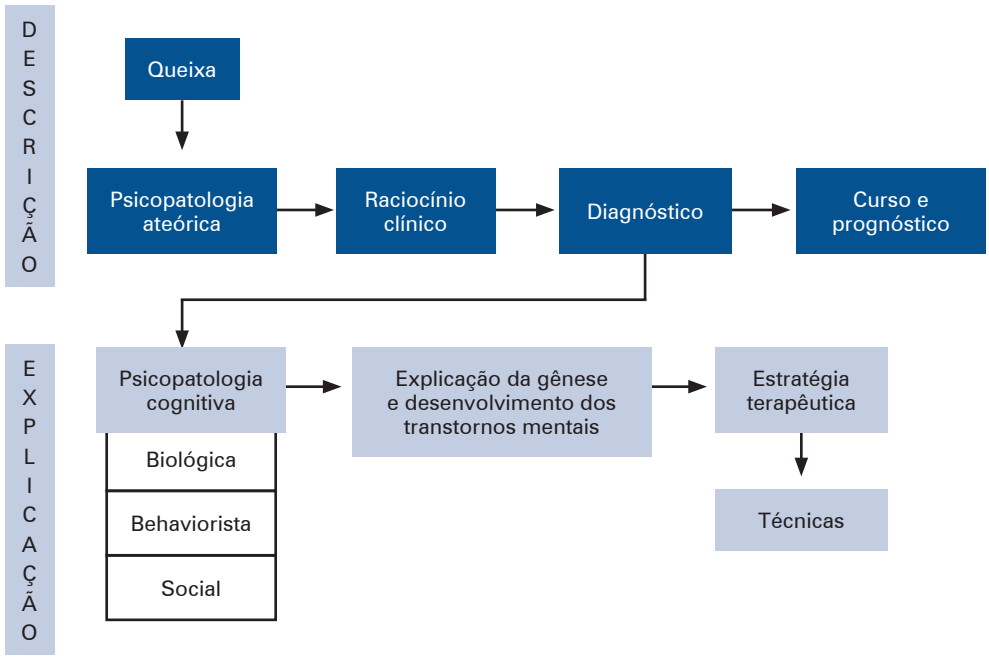


Figura 9.1
Fluxograma das entrevistas iniciais-diagnósticas
(Wainer e Piccoloto, 2005).

- treinamento de relaxamento;
- incremento de habilidades de autocontrole;
- treinamento de pais.

A **Tabela 9.4** expõe para cada um dos objetivos terapêuticos desejados as técnicas e diretrizes a serem seguidas para o sucesso do tratamento do funcionamento depressivo.

Abordando o suicídio

As ideações e as tentativas de suicídio em crianças e, mais frequentemente, em adolescentes, têm taxas de ocorrência significativas, não permitindo que o tópico não seja abordado quando se trata de humor depressivo.

O principal indicador da propensão suicida é a desesperança, ou seja, a visão negativa e derrotista em relação ao futuro. Pode parecer paradoxal que uma criança ou um adolescente com um aparente horizonte de possibilidades à sua frente possa entender o suicídio como a única forma de reduzir os sofrimentos que sente.

Em contrapartida, não se deve subestimar o potencial suicida dessa população, principalmente porque os dados epidemiológicos demonstram que quanto mais jovem, mais violenta tende a ser a forma da tentativa (Caballo e Simon, 2005b). Alguns fatores devem ser investigados com os cuidadores para a avaliação desse tipo de risco, entre eles, histórico familiar de transtornos de humor e de suicídio.

Nas TCCs, o suicídio é abordado frontalmente, ou seja, avalia-se como o indivíduo percebe as situações aversivas pelas quais está passando e se trata a ideia de morrer como uma "possibilidade" possível dentre outras tantas (que geralmente o jo-

TABELA 9.4
Síntese das intervenções cognitivo-comportamentais com jovens deprimidos

Modelo teórico	Estratégias terapêuticas	Objetivo terapêutico	Principais técnicas vinculadas
Comportamental	ATIVIDADES PRAZEROSAS	■ aumento geral do nível de atividade; ■ focalização nas experiências positivas da vida; ■ diminuição da desesperança.	■ agenda de atividades ■ reforço positivo ■ ludoterapia ■ "curtograma" (avaliação de deveres *versus* prazeres)
Comportamental	RELAXAMENTO	■ redução dos níveis de ansiedade e estresse comumente presentes em deprimidos.	■ relaxamento muscular progressivo ■ treinos respiratórios ■ dessensibilização sistemática ■ dessensibilização imagística ■ distração
Comportamental e cognitivo	TREINO DE PAIS	■ melhora nos padrões de reforço dos comportamentos assertivos da criança; ■ redução de práticas punitivas; ■ reinterpretação dos pais do funcionamento do jovem; ■ fortalecimento da rede social do jovem.	■ psicoeducação sobre a depressão ■ psicoeducação sobre padrões de interação ■ agenda de atividades ■ imitação ■ modelagem ■ instruções e autoinstruções ■ ensaio comportamental
Comportamental e cognitivo	HABILIDADES SOCIAIS	■ aumento de habilidades de interação que gerem gratificações; ■ aumento do senso de autoeficácia; ■ mudança nos padrões comunicacionais.	■ economia de fichas ■ treino de assertividade ■ dramatização ■ *role-playing* ■ *role-playing* invertido ■ planilhas decisórias
Cognitivo	REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	■ redução da valência de esquemas depressiogênicos; ■ identificação e bloqueio de erros de pensamentos; ■ geração de interpretações mais realistas e otimistas dos estímulos.	■ psicoeducação ■ rotulação das distorções cognitivas ■ diálogo socrático ■ seta descendente ■ checagem de evidências ■ descatastrofização ■ definição de termos
Cognitivo	AUTOCONTROLE	■ aumento da metacognição sobre os "gatilhos" que o levam às emoções negativas e sobre o que fazer para ficar emocionalmente estável.	■ psicoeducação ■ treino em autoinstruções ■ duplo padrão ■ gráfico em forma de torta ■ diário de dados positivos
Cognitivo	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	■ incremento da percepção de autonomia; ■ identificação de novas estratégias de enfrentamento; ■ redução da complexidade percebida nas situações.	■ treino de resolução de problemas ■ *continuum* ■ consideração de alternativas ■ exame de oportunidades e novos significados

vem não está conseguindo cogitar) para reverter o quadro desfavorável. Tem-se de observar que, ao pensar em suicídio, o ser humano não está buscando o morrer em si mas sim, uma alternativa (a única ou mais viável para ele naquele momento) de reduzir sua dor ou, como nas palavras de Santo Agostinho, buscar o ideal humano eterno da felicidade.

O terapeuta, com uma postura de aceitação e empatia pela alternativa de resolução de problema gerada pelo paciente, acaba por obter uma maior vinculação com o deprimido, possibilitando que outras estratégias para a resolução das dificuldades possam ser pensadas conjuntamente.

É realizado então um **contrato de segurança** com o jovem, no qual ele se compromete a adiar seu plano inicial suicida, possibilitando tempo e oportunidade para que outras opções sejam talvez consideradas. Assim, você leva essa criança a compreender que o suicídio é uma solução permanente para um problema temporário (Friedberg e McClure, 2004).

Se, entretanto, um grau razoável de segurança não puder ser atingido para a criança, a hospitalização deve ser considerada. Por exemplo, se o adolescente não fizer um contrato de segurança ou admitir a intenção de se ferir, o terapeuta e os pais não serão capazes de protegê-lo.

Pontua-se, por fim, que outra dificuldade encontrada no manejo de crianças com potencial suicida é que elas, muitas vezes, têm uma série de regras internalizadas sobre a inadequação de falar sobre pensamentos e sentimentos negativos.

Conforme Friedberg e McClure (2004), não satisfeito com níveis "superficiais" de análise, o terapeuta deve ir mais fundo e descobrir o pensamento "é errado dizer que você está triste ou aborrecida".

CASO CLÍNICO

É apresentada a seguir a vinheta de um caso em que técnicas cognitivas e comportamentais são ilustradas a fim de expor a edificação de estratégias terapêuticas de autocontrole e de resolução de problemas em uma criança com quadro depressivo grave.

F., menino de 11 anos, cursando a 5ª série do ensino fundamental em escola particular, vem a atendimento trazido por seus pais, que relatam preocupação nos últimos 40 a 60 dias com o filho.

Informam que F. demonstra grande apatia, tristeza, irritabilidade constante, isolamento, além de alterações de apetite e de sono.

Quando questionado, o paciente demonstra estar incomodado de estar no atendimento, sendo lacônico e pouco cooperativo.

Em termos de fatores desencadeantes, os pais relatam problemas com uma professora da escola, que segundo F., não gosta dele e que faz com que ele tire notas abaixo do que poderia. Além disso, há a informação do afastamento recente, de um amigo de F. desde os tempos do jardim de infância.

Os pais de F. são dois profissionais liberais bem-sucedidos que planejaram e desejaram muito esse filho único. Tentam oferecer o melhor em termos materiais e afetivos, embora admitam destinar pouco tempo durante a semana ao filho em virtude dos compromissos profissionais.

Há histórico familiar materno de casos de depressão e transtorno bipolar, inclusive com suicídios consumados.

Nos padrões de interação familiar, percebeu-se forte padrão de cobrança por *performance* e padrões éticos e morais.

Nas entrevistas iniciais, tentou-se empatizar com a situação do paciente, investigando seus pensamentos e seus sentimentos atuais, além de fatores desencadeantes possíveis para sua depressão.

T: Você concorda com seus pais que nas últimas semanas está diferente, mais triste, mais isolado e um pouco mais irritado?
P: Mais isolado e triste sim, mas irritado não. Não fiz nada para eles.
T: Se você estivesse irritado, isto não necessariamente indica coisa errada. Você poderia falar um pouco mais sobre sua

tristeza e sobre seu distanciamento dos outros? O que você acha que está lhe levando a ficar assim?

P: Eu não estou conseguindo ir bem no colégio agora que tem vários professores. Além disso, tem uma professora que está me prejudicando, fazendo com que eu vá mal em português. Meus pais não vão aceitar isso. Além de eles ficarem brabos comigo, eu ainda perdi meu amigo (começa a chorar).

O terapeuta, ao demonstrar a aceitação de qualquer tipo de emoção negativa do paciente, faz com que o ambiente terapêutico seja "seguro" para a apresentação dos problemas.

T: O que você tem pensado nessas últimas semanas em que você está triste? Tem pensado em falar alguma coisa para seus pais, professores ou amigos?
P: Não. Falar não adianta nada.
T: Você já tentou e não surtiu resultados bons para você?
P: Não tentei, mas acho que não adianta. Eu tenho de resolver sozinho.
T: E o que é resolver sozinho para você?
P: Ora, é ir bem no colégio. Melhorar minha cara para que o pai e a mãe não fiquem chateados e brabos comigo.
T: Você está preocupado com o modo como seus pais estão agindo em relação a você?
P: Preocupado não, triste. Eles sempre fazem de tudo por mim e eu não vou bem no colégio. Eles vão ficar muito chateados. Eu não quero isso.

Neste ponto, o terapeuta tenta investigar as estratégias de resolução de problemas do jovem.

T: E como você está pensando em resolver isso?
P: [Silêncio]
T: Você já pensou em maneiras de tentar reverter as coisas que estão lhe chatendo?
P: [Silêncio e choro]
T: A gente quando está triste pode ou pensar um monte de coisas, que muitas vezes parecem as melhores soluções, ou mesmo não pensar em nada e achar que não tem solução.
P: [Silêncio e choro mais intenso]
T: Você pensou em fazer algo contra si mesmo? Machucar-se?
P: Sim. Tenho pensado que isso talvez faça diminuir a tristeza e a raiva que sinto.

Algum risco de autoagressão aparece aqui. Como o paciente fica muito tempo sozinho em casa com empregada e, no colégio está isolado, o terapeuta busca gerar alternativas de resolução de problemas e investigar a habilidade de autocontrole do cliente.

T: Você consegue imaginar outras soluções para diminuir a dor em vez de se ferir?
P: Não. [Choro]
T: Podemos pensar algumas coisas juntos?
P: [Demonstra aceitação, movimentando a cabeça]
T: Acho que você está sofrendo muito e que, neste momento, o que mais quer é ficar sem sofrer tanto e não chatear seus pais. Entretanto, acho que posso ajudar a pensar outros meios para lidar com isso. O que parece?
P: Mas eles vão ficar muito brabos se eu continuar indo mal no colégio. Além disso, o J. (amigo antigo) não quer mais ser meu amigo e ele e outros colegas ficam me provocando no colégio [choro].
T: Ok, entendo. Mas o que você poderia fazer para mudar isso, sem ser se ferindo?
P: Não sei.
T: Vamos pensar em algumas possibilidades?
P: Sim.
T: Já pensou em falar com os seus pais e dizer que você se preocupa como eles estão vendo seu desempenho na escola? E também de falar com o J. e dizer que você gostaria de voltar a ser amigo dele?
P: Não vai adiantar.
T: O que leva você a pensar isso? Quais os fatos, as situações que provam isso?

P: Meus pais dizem que eu devo tentar ser o melhor. E o J., só fica fazendo piada comigo.
T: OK, mas será que o fato de você não estar tirando as notas que gostaria em português indica obrigatoriamente que você não está tentando fazer o melhor?
P: É mesmo, né? Eu tô tentando. É que agora com vários professores fica mais difícil. E tem aquela professora que é chata.

Aqui o terapeuta atingiu o objetivo de fazer o paciente não ficar no pensamento absolutista de que não havia saída. Além disso, trabalhou os princípios de busca de alternativas de resolução de problemas, levando o paciente a fazer heurísticas de como enfrentar as dificuldades.

T: Você já tentou se machucar?
P: Não, eu só pensei.

Após investigar os pensamentos autodestrutivos, o terapeuta investiga o autocontrole do paciente e faz combinações de automonitoramento com ele. Essas intervenções foram respaldadas pelos dados da aplicação do Inventário Beck de Depressão (que indicou depressão grave) e pelo Inventário Beck de Desesperança (com resultados moderados).

T: Você então percebe que, quando se chateia no colégio ou fica pensando que seus pais não vão gostar tanto de você por causa das suas notas, pensa em se machucar?
P: Sim, é isso mesmo.
T: Nas nossas conversas, tem visto que outras soluções são possíveis, embora na hora da tristeza, às vezes, fique meio cego?
P: É. É aquilo que você me ensinou de visão em túnel e de pensamento tudo-ou-nada, não é?
T: Isso mesmo! Então podemos combinar que, quando você se sentir chateado ou triste, não vai fazer nada contra si e que, se a tristeza estiver muito grande, vai tentar falar com sua mãe ou comigo?
P: Tá legal. Combinado. Eu consigo fazer isso. Até porque quando falei com a mãe de minha preocupação com o colégio, ela me "deu força" e disse para eu me tranquilizar. Ela vai também falar com a professora no colégio.

Pode-se identificar os objetivos terapêuticos de amplificação das habilidades de resolução de problemas e de automonitoramento pelos sucintos diálogos apresentados. As estratégias terapêuticas se mostram eficientes e relevantes em casos com potencial suicida como na vinheta apresentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os quadros depressivos na infância e na adolescência possuem diversas peculiaridades que os diferem do padrão adulto. Isso faz com que os processos de diagnóstico, conceitualização cognitiva do caso e de tratamento exijam cuidados redobrados do terapeuta cognitivo-comportamental.

A tendência de quadros comórbidos ao humor depressivo também representa um desafio clínico em termos da hierarquia de prioridades no atendimento de jovens.

Felizmente, há sólidos modelos explicativos sobre a gênese e o desenvolvimento dos transtornos depressivos nessa faixa etária, permitindo a elaboração de entendimentos lógicos bem articulados e a consequente aplicação de técnicas cognitivas e/ou comportamentais com sólida fundamentação.

O terapeuta cognitivo-comportamental tem a necessidade de adquirir sólida formação em desenvolvimento humano, a fim de discriminar os processos normais dos patológicos, conforme a etapa cronológica do desenvolvimento.

É importante que não seja esquecido o dado de pesquisas experimentais que apontam que episódios depressivos bem diagnosticados e com total remissão na infância diminuem os riscos de episódios mais graves na vida adulta.

Pode-se concluir que as TCCs se constituem de um eficiente paradigma para o tratamento dos quadros depressivos também de crianças e adolescentes. Suas concepções explicativas das causas e dos fenômenos associados da depressão fornecem os alvos precisos para a utilização de diversas técnicas cognitivas e comportamentais envolvidas por essa psicoterapia.

Um dos desafios das TCCs é buscar mecanismos terapêuticos que levem a um curso menos recorrente da depressão; fato este considerado a regra no atual estado da arte desse campo.

Os avanços fornecidos pela terapia do esquema prometem ser de grande importância, constituindo-se em novos fundamentos para o desenvolvimento de método psicoterápico que leve os terapeutas a alterar as estruturas cognitivas mais remotas do funcionamento depressiogênico. Com isso, visualiza-se a possibilidade de fazer com que a depressão maior deixe de ser um transtorno para toda a vida e seja, sim, um transtorno passível de ter menos recorrências e, desse modo, trazer menos prejuízos no curso da vida.

REFERÊNCIAS

Abramson, L.E.; Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Al- Shammari, S.A., Al-Subaie, A. (1999) Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *Internacional Journal of geriatric Psychiatry*, v.14, 739-747.

American Psychiatry Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders:* DSM III. Washington, DC: Autor.

American Psychiatry Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM –IV – TR). Washington, DC: Autor.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, F. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Birmaher, B., Dahl, R. E., Perel, J., Williamson, D. E., Nelson, B., Stull, S., Kaufman, J., Watennan, G. S., Rao, U., Nguyen, N., Puig-Antich, J. & Ryan, N. D. (1996) Corticotropin-relasing hormone challenge in prepubertal major depression. *Biological Psychiatry*, 39, 267-277.

Blazer, D.G. (2000) Mood disorders: Epidemiology. In H.I. Kaplan, B.J. Sadock (org) *Compreensive textbook of psychiatry* (p.1298-1307). Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.

Branco, B.M., Fernandes, F.N. & Powell, V.M.B., Quarantini, L.C., Miranda-Scippa, A.M.A., Lacerda, A.L.T. (2009) Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In A.L.T. Lacerda, L.C. Quarantini, A.M.A. Miranda-Scippa, J.A. Del Porto (org) *Depressão: do neurônio ao funcionamento social* (p. 13-26). Porto Alegre: Artmed.

Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C., Roth, C., Schweers, J., Balach, L. & Baughre, M. (1993) Psychiatric risk factors of adolescent suicide: a case control study. *Journal of the America Academy of Child and Adollescent Psychiatry*, 32, 521-529.

Brown, G.W. & Moran, P.M. (1997) Single mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine*, 27, 1, 21-23.

Caballo, V.E. & Simon, M.A. (2005a) *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente –transtornos gerais.* São Paulo: Santos Editora.

Caballo, V.E. & Simon, M.A. (2005b) *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente – transtornos específicos.* São Paulo: Santos Editora.

Caminha, R.M. & Caminha, M.G. (2007) *A prática cognitiva na infância.* São Paulo: Roca.

Carlson, G.A. & Abbott, S. (1999) Transtornos do humor e suicídio. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (org) *Tratado de psiquiatria* (p.2569-2595). Porto Alegre: Artes Médicas.

Clark, G.N., DeBar, L.L. & Lewinsohn, P.M. (2003) Cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz, (org) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p.120-134). New York: Guilford Press.

Cytryn, L. & McKnew, D.H. Jr (1972) Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129, 149-155.

Eaton, W.W., Muntaner, C., Bovasso & G., Smith, C. (2001) Socieconomic status and depressive syndrome: the role of inter and intragenerational mobility government assistance, and work environment. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 3, 277-294.

Friedberg, R.D., McClure, J.M. (2004) *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes.* Porto Alegre: Artmed.

Gazalle F.K., Lima M.S., Tavares B.F., Hallal P.C. (2004) Sintomas depressivos e fatores associados em uma população idosa no sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública.* 38,3, 365-371.

Grossmann, K.E., Grossmann, K., Waters, E. (2008) *Apego da infância à idade adulta: os principais estudos longitudinais.* São Paulo: Roca.

Harrington, R., Whittaker, J. & Shoebridge, P. (1998). Psychological treatments of depression children and adolescents: a review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.

Kazdin, A.E., Weisz, J.R. (2003) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* New York: Guilford Press.

Kendler, K.S., Thornton, L.M., Gardner, C.O. (2001) Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful live events in predicting onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 4, 582-586.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, J., Walters, E.E., Wang, P.S. (2003) Epidemiology of major depressive disorder: Result from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 23, 3095-3105.

Lewinson, P.M., Clarke, G.N. e Rohde, P. (1994) Psychological approaches to the treatment of depression in adolescents. In W.M. Reynolds & H.F Johnston (org) *Handbook of depression in children and adolescents* (p.209-234). Nova York: Plenum.

Lewinson, P.M., Clarke, G.N., Seeley, J.R. e Rohde, P. (1999) Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 809-818.

Méndez, F.X., Olivares, J., Ros, M.C. (2005) Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In V.E. Caballo & M.A. Simon (org) *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente*. São Paulo: Santos Editora, 139-185.

Miller, J.A. (2003) *O livro de referência para a depressão infantil*. São Paulo: M. Books.

Patten, S.B., Sedmak, B., Russel, M.L. (2001) Major depression: prevalence, treatment utilization and age in Canada. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 8, 3, 133-138.

Pervin, L.A., John, O.P. (2004) *Personalidade: teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.

Piccoloto, N.M., Wainer, W., Benvegnu, L., Juruena, M.F. (2000) Curso e prognóstico da depressão – Revisão comparativa entre os transtornos do humor. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 27, 2, 93-103.

Piccoloto, N.M., Wainer, R. (2007) Aspetos biológicos da estruturação da personalidade e Terapia Cognitivo-Comportamental. In R.M. Caminha & M.G. Caminha (org). *A prática cognitiva na infância* (p.16-35). São Paulo: Roca.

Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., Freeman, A. (1999) *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes – manual para a prática clínica.* Porto Alegre: Artmed.

Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., Freeman, A. (2009) *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: relatos de casos e a prática clínica.* São Paulo: Livraria Médica Paulista.

Rie, H.E. (1966) Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685.

Rohde, P.; Lewinsohn, P.M. e Seeley, J.R. (1991) Comorbidity with unipolar depression II: comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222.

Rothbaum, F., Weisz, J.R. & Snyder, S. (1982) Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.

Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness*. San Francisco, CA: Freeman.

Seligman, M.E.P. Reivich, K., Jaycox, L. & Gilham J. (1995) *The optimistic child.* Boston: Houghton Mifflin.

Stark, K, Kendall, P. (1996a) *Taking action: a workbook for overcoming depression*. Workbook publishing Inc.

Stark, K., Kendall, P. (1996b) *Treating depressed children: therapist manual for taking action.* Workbook publishing Inc.

Stoppard, J. (2000) *Understanding depression: a feminist social constructionist approach*. New York: Routledge.

U.S. Surgeon General (1999) Mental healt: a report of the Surgeon General [*online*]. Acessado em www.surgeongeneral.gove./library/mentalheath

Veras, A.B. (2006) Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 28, n.2.

Wainer, R., Piccoloto, N.M. (2005) Entrevista em psicoterapia cognitiva. In M.M.K. Macedo & L.K. Carrasco (org) *(Con)textos de entrevista: olhares diversos sobre a interação humana* (p. 99-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Weersing, V.R., Brent, D.A. (2003) Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression:

Comparative efficacy, mediation, moderation, and effectiveness. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (org) *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 135-147). New York: Guilford Press

Weinberg, W.A.; Rutman, J.; Sullivan, L.; Pencik, E.C. e Dietz, S.G. (1973): Depression in children referred to an education diagnostic center. *Journal of Pediatrics*, 83, 1065-1072.

Weisz, J.R., Southam-Gerow, M., Gordis, E.B., & Connor-Smith, J. (2003). Primary and secondary control enhancement training for youth depression: applying the deployment-focused model of treatment development and testing. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 165-183). New York: Guilford.

Weisz, J.R., & Jensen, P.S. (1999) Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. *Mental Health Services Research*, 1, 125-157.

Weisz, J.R., McCabe, M.A., & Dennig, M.D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 324-332.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2008) *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.* Porto Alegre: Artmed.

10

Terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar na infância

José Caetano Dell'Aglio Jr.
Circe Salcides Petersen

INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar(TB) se manifesta comumente na adolescência ou no início da vida adulta. No entanto, descrições clássicas e numerosos estudos de caso demonstraram a presença do transtorno na infância. Nos últimos anos, a identificação de quadros precoces do transtorno tem gerado grande interesse entre clínicos e cientistas, na população geral e na mídia. Parte desse interesse se originou na recente hipótese de que o TB seja um processo neurobiológico progressivo que pode piorar à medida que os episódios vão se perpetuando. Portanto, a identificação precoce e o tratamento adequado podem atenuar o curso da doença.

Curiosamente, de modo crescente, os pais têm buscado respostas e ajuda para os filhos que mostram sintomas severos e que estão sob riscos de sérios problemas comportamentais e educacionais, assim como suicídio. À parte das considerações de tratamento, o transtorno bipolar de aparecimento na infância também levanta questões conceituais e etiológicas: Há diferentes subtipos com diferentes causas e cursos? Quais são as distinções definitivas entre a doença bipolar pediátrica e outros transtornos pediátricos da infância, tal como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)? A taxa de transtorno bipolar infantil está aumentando? Se sim, por quê? O curso é diferente quando o aparecimento é na infância (em vez da idade adulta)? Pretende-se aqui apresentar algumas das diferenças que nos fazem pensar em um transtorno bipolar com características bem distintas, quando iniciado na infância, daquele iniciado na adolescência, assim como o iniciado na fase adulta.

TRANSTORNO BIPOLAR DE APARECIMENTO NA INFÂNCIA (TBAI)

Mesmo em crianças pré-escolares já se pode ver sintomas de mania clássica com humor elevado e/ou grandiosidade, fuga de ideias ou pensamentos acelerados, julgamento pobre, com brincadeira excessiva, desinibição, hipersexualidade ou atos de risco, fala acelerada e distratibilidade, com aumento de energia, atividade e agitação (Geller et al., 2000a, 2002c). Em seu estudo de 93 crianças com TB de aparecimento na infância e no início da adolescência (média de aparecimento aos 7,3 anos), Geller e colaboradores (1998b, 2002c) viram que cinco sintomas específicos de mania eram especialmente

prováveis de discriminar crianças bipolares de grupos normais ou com TDAH: elação, grandiosidade, fuga de ideias/ aceleração do pensamento, diminuição da necessidade de sono e hipersexualidade.

Um estudo constatou que 60% de sua amostra tinha sintomas de psicose, incluindo 50% com delírios de grandeza. Em *follow-up*, foi observado que a psicose predizia mais semanas doente com mania ou hipomania (Geller et al., 2004). Em sua revisão de sintomas psicóticos no transtorno bipolar pediátrico, Pavuluri e colaboradores (2004b) concluiram que a prevalência de achados psicóticos ficava entre 16 e 88%, sendo os mais comuns delírios congruentes com o humor, especialmente os de tipo grandioso. Novo estudo revelou que aproximadamente um em quatro de 298 pacientes bipolares pesquisados estava psicótico ou tinha história de psicose (Biederman et al., 2004b). Da mesma maneira, em seu estudo de 263 crianças e adolescentes bipolares, Birmaher e colaboradores (2006) afirmaram que 33,1% de seus sujeitos tinha uma história de psicose.

Atualmente há uma exigência quanto aos sintomas de elação e/ou grandiosidade para o diagnóstico de mania em crianças (Geller et al., 2002c; Leibenluft et al.,2003a). Isso é consenso entre pesquisadores clínicos, apesar de ainda haver incerteza sobre o que realmente constitui esses dois sintomas. Alguns estudos definiram mania pela presença de humor extremamente lábil com intensa irritabilidade, raiva, explosividade e destrutividade, extrema agitação e alteração comportamental. Irritabilidade e raiva são notadas como achados proeminentes em muitas crianças bipolares (Faraone et al., 1997; Carlson e Kelly, 1998; Geller et al., 2002c). As crianças com frequência são agressivas e em geral são descritas por seus pais como "fora de controle". Pensamentos e comportamentos suicidas são recorrentes.

Apesar da depressão em crianças poder ser diagnosticada com os mesmos critérios do adulto, a maioria dos casos segue não detectada até a vida adulta. Mesmo quando detectada, contudo, não há como determinar com certeza que essa depressão precoce é um presságio do TBAI. Estudos longitudinais são raros e é difícil a identificação de preditores específicos de uma eventual bipolaridade. Um estudo revelou ao comparar 109 crianças com depressão unipolar e 43 com depressão bipolar (todas também foram diagnosticadas com TDAH) e viram que as crianças bipolares eram severamente deprimidas e anedônicas, mais suicidas, expressavam mais desesperança e necessitavam mais medicação e hospitalização. Tiveram, também, maior comorbidade com transtorno de conduta (TC), transtorno desafiador de oposição (TDO), agorafobia, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e abuso de álcool. História familiar de TB foi duas vezes mais comum no grupo bipolar do que no grupo unipolar, 20% *versus* 8%, respectivamente, (Wozniak et al., 2004) .

Recentemente, Luby e Mrakotsky (2003) tentaram identificar diferenças nos sintomas de pré-escolares deprimidos com e sem uma história familiar de TB. Somente um sintoma (inquietação/move-se excessivamente ao redor) distinguiu os grupos, mas sua associação com a emergência de bipolaridade está ainda para ser comprovada.

Em uma amostra de 79 crianças severamente deprimidas (entre 6 a 12 anos), 32% passaram a bipolares nos 2 a 5 anos seguintes. Quando os mesmos sujeitos foram reavaliados na idade adulta (média de 21 anos), 49% passaram a ser bipolares, incluindo 33% de TB I (Geller et al.,1994; Geller et al., 2001). Os autores indicaram que mania em pais e avós foi um grande preditor de virada para bipolaridade.

No estudo de seguimento foi constatada uma taxa de virada de 33% para TB I na amostra de crianças severamente depressivas, a amostra pode ser atípica e talvez enviesada por alto índice de consultas por suspeita de bipolaridade. A taxa de virada é provavelmente baixa em amostras clínicas ambulatoriais (Geller et al., 2001). Um estudo longitudinal acompanhou crianças por 11 anos e demonstrou que entre aquelas com depressão pré-puberal, somente 6% tinha desenvolvido bipolaridade, apesar de

a taxa ter sido muito maior do que entre os grupos de comparação (Weissman et al., 1999b). Um novo estudo permitiu observar que menos que 1% dos adolescentes com depressão, em uma amostra não clínica, viraram para TB (Lewinsohn et al., 2000). As diferenças nas taxas entre os estudos se devem provavelmente aos diferentes critérios de inclusão e de exclusão nas amostras, pois a maioria é pequena e pode ser bastante afetada pelo nível de severidade, história familiar de TB, uso de álcool, estimulantes, antidepressivos ou outras drogas, assim como outros fatores inespecíficos ou desconhecidos. Obviamente, novas pesquisas são necessárias sobre preditores de virada entre crianças deprimidas para não se exagerar e, ainda, prover informação apropriada para possibilitar o tratamento adequado e precoce para aqueles que realmente têm ou provavelmente terão a doença.

COMORBIDADE E FRONTEIRAS DIAGNÓSTICAS INDISTINTAS

A maioria dos casos de TBAI também preenche critérios para outros transtornos, incluindo TDAH, TC e TDO. Da mesma forma, muitas investigações clínicas também têm encontrado altas taxas de comorbidade com transtornos de ansiedade. Há indicativos de que crianças e adolescentes com TB II, assim como adultos, têm maior probabilidade de ter comorbidade com transtornos de ansiedade do que aqueles com TB I (Axelson et al., 2006). Talvez nada tenha gerado tanta controvérsia quanto a sobreposição de sintomas entre mania e transtornos disruptivos.

Muitos estudos têm demonstrado que crianças bipolares têm grande probabilidade de serem diagnosticadas com TDAH. Geller e colaboradores (2000a), por exemplo, demonstraram ser esse o caso em 98% de sua amostra, assim como outros autores (Biederman et al., 2000a; Sachs et al., 2000). No entanto, outros pesquisadores encontraram taxas bem menores (Masi et al., 2003; Faedda et al., 2004; Jaideep et al., 2006). Alguns investigadores arguiram que muitas crianças diagnosticadas com TDAH também tenham TB. Biederman e colaboradores (1996) identificaram crianças que buscam ajuda em centro psiquiátricos com TDAH que eram então testadas para a presença de mania no momento inicial e reavaliadas 1 e 4 anos mais tarde. O TB foi diagnosticado em 11% das crianças com TDAH no momento do teste e um adicional de 12% no reteste após quatro anos. Questionando se um grande número de crianças diagnosticadas com TDAH pode ter realmente um TB não reconhecido, Biederman trouxe uma controvérsia que permanece viva (Wozniak et al., 1995; Faraone et al., 1997b; Biederman, 1998). Muitos observadores também observaram altas taxas de transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição (Biederman et al., 2000; Geller et al., 2000b; Wozniak et al., 2001), assim como abuso de substâncias e transtornos de ansiedade (Biederman et al., 2000; Papolos, 2003).

Qual o significado da sobreposição entre mania e TDAH (ou outros transtornos disruptivos)? Há diferentes perspectivas para a questão. Um argumento geral é que a comorbidade é simplesmente um artefato de sintomatologia sobreposta. Argumentos mais específicos são que a sobreposição de TDAH com mania é

1. uma real comorbidade (coexistência de entidades separadas),
2. um artefato refletindo uma patologia grave que não é especificamente bipolar e
3. um artefato possivelmente refletindo uma manifestação desenvolvimental do TB na criança.

O argumento geral de que a bipolaridade pode ser um resultado da sobreposição de sintomas sugere que imperfeições diagnósticas são causadas por fronteiras sintomatológicas imprecisas, viés clínico ou expectativas diagnósticas enviesadas devido à fonte incerta. Biederman e colaboradores (1998) estudaram grupos consideráveis de crianças com comorbidade de TDAH e TB no Massachussets General Hospital. Eles alegaram, pelo uso de vários algoritmos diagnós-

ticos, que a presença dos dois diagnósticos separados era válida e não era resultado de sobreposição de sintomas, como fala excessiva, agitação psicomotora, hiperatividade ou distratibilidade. O mesmo estudo constatou que crianças com diagnóstico comórbido de mania e TDAH obtidos de clínicos de TDAH e de um estudo de mania diferiram minimamente em sintomas tanto de mania como de TDAH.

Hoje, cogita-se a hipótese de que a combinação comórbida dos dois transtornos pode marcar um subtipo etiológico. Em estudos de genética familiar foi possível constatar que parentes de primeiro grau de crianças com TB e TDAH tinham ambos os transtornos em taxas maiores que seria esperado em relação à população geral. Baseados nesses e em outros padrões familiares observados, eles postularam que a combinação de TB e TDAH é familiarmente distinta e pode ser um marcador de um subtipo de bipolaridade de aparecimento extremamente precoce (Faraone et al., 1997; Biederman et al., 2004c).

Existem altas taxas de comorbidade de TB e TDAH. Este último ocorre em 97% de crianças bipolares pré-púberes e em 74% de adolescentes bipolares. Mesmo com TDAH, as crianças bipolares são distintas das que têm somente TDAH quanto aos sintomas de mania. Como visto antes, em um estudo comparando 93 participantes com mania de aparecimento na infância e na adolescência, 81 com TDAH e sem mania e 94 controles, concluiu-se que, a despeito da alta taxa de comorbidade de TDAH com TB, cinco sintomas distinguiram mais claramente entre amostra de bipolares e de TDAH: elação, grandiosidade, fuga de ideias/pensamentos acelerados, diminuição da necessidade de sono e hipersexualidade. Esses achados parecem falar contra a possibilidade de que a comorbidade seja um artefato da sobreposição dos sintomas (Geller et al., 1998a, 2002b) .

Enquanto Biederman e colaboradores (1996) postularam que a combinação de TB e TDAH em crianças marca um subtipo de TB, Geller e colaboradores (1998a) sugeriram que o TDAH em amostras de crianças bipolares pode ser uma cópia fenotípica do TDAH, motivados pelo prevalente aumento de energia nelas. Isto é, o aumento de energia combinado com sintomas bipolares emergentes produz hiperatividade, impulsividade e problemas de atenção, característicos do TDA-H. Geller predisse que o TDAH irá diminuir a níveis populacionais na idade adulta (Geller e Luby, 1997). Então, o TDAH pode ser uma versão prodrômica ou desenvolvimental de bipolaridade em algumas crianças, em vez de um transtorno separado. Obviamente, o *follow-up* longitudinal de amostras de pacientes jovens ajudaria a resolver tais questões diagnósticas pelo esclarecimento do curso clínico e pelo desfecho.

Enquanto é, sem dúvida, provável que condições comórbidas obscureçam o reconhecimento de uma doença bipolar subjacente, a sintomatologia complexa envolvida também tem efeito contrário: os clínicos estão apressados e ávidos a considerar TB como uma explicação para sintomas difusos e difíceis. Critérios diagnósticos precisos que possam ajudar a separar manifestações bipolares verdadeiras de condições sobrepostas são necessários para evitar erros, assim como facilitar para o reconhecimento da doença bipolar.

QUESTÕES DESENVOLVIMENTAIS

Um outro desafio em diagnosticar TB em crianças é a limitada utilidade de se aplicar a essa população as formas dos sintomas e do curso do TB no adulto. Uma confusão diagnóstica sobre como interpretar sintomas específicos (p.ex., hiperatividade, irritabilidade) surge, em parte, de considerações desenvolvimentais para as quais pouca informação está disponível atualmente. Muitos achados da síndrome bipolar, como grandiosidade e elação, não foram sistematicamente definidos de forma precisa e apropriada em termos desenvolvimentais ou avaliados em contexto. Simplesmente, ouvir de uma criança “Eu posso voar”, por exemplo, sem considerar o estágio desenvolvimental dela e seu contexto ambiental, poderia levar os clí-

nicos a interpretar erroneamente as palavras como indicando grandiosidade, quando não significa nada disso. Esses estados podem ser distinguidos de experiências normais infantis; contudo, a questão não pode depender somente da experiência ou da habilidade do pesquisador ou do clínico, e sim de critérios desenvolvimentalmente informados e validados (Carlson, 1998; Geller et al., 2002b).

Uma intrigante questão é que sintomas de TB podem ter progressão desenvolvimental. Um estudo investigou três amostras de pais voluntários: aqueles com crianças diagnosticadas com TB ou transtornos psiquiátricos não bipolares e aqueles cujas crianças não tivessem doença. Os pais foram solicitados a identificar os sintomas de suas crianças, retrospectivamente, durante cada ano de vida. As idades em que elas mostraram *clusters* de sintomas empiricamente derivados foram comparados para os três grupos. Entre as crianças bipolares, um fator de irritabilidade-descontrole (i.e., impulsividade, ataques de mau humor, agressão, hiperatividade), emergindo entre 1 e 3 anos, foi o primeiro achado a distinguir os grupos. Um fator depressivo começou a diferenciar as crianças bipolares de outras entre 8 e 12 anos. Um fator mania (i.e., aceleração do pensamento, grandiosidade, elevações de humor, comportamento bizarro) não começou a se diferenciar nas crianças bipolares até as idades de 7 a 12 anos, enquanto um fator de distinção psicose-suicidabilidade emergiu entre 9 e 12 anos. A despeito de limitações metodológicas (incluindo a falta de diagnóstico confirmatório de TB, um grupo de comparação de transtorno misto e dados parentais retrospectivos), esse estudo revela a necessidade de mais investigação da possível progressão desenvolvimental de manifestações dos sintomas bipolares (Post et al., 2002).

CURSO DO TRANSTORNO

Crianças diagnosticadas com TB tipicamente não mostram achados de curso comumente associados com o TB clássico do adulto, como episódios distintos de humor com duração de dias a semanas (frequentemente maníacos ou depressivos), separados por períodos relativamente eutímicos.

Dica importante

Crianças bipolares demonstram, frequentemente, estados de humor mistos, ciclagem extremamente rápida e psicopatologia crônica.

Faraone e colaboradores (1997) encontraram estados mistos em 59% de crianças diagnosticadas com TB, enquanto Geller e colaboradores (2002a) relataram uma taxa de 55%. O grupo de Geller (2002b) encontrou em 87% de sua amostra ciclos ultradianos (variação em um período de 24 horas). Além disso, as crianças eram cronicamente doentes e foram diagnosticadas com transtorno do humor por uma média de mais de 3 anos antes do estudo. Nova investigação revelou que jovens típicos com TBAI, em sua amostra, eram mais severamente doentes do que indivíduos típicos com mania de aparecimento no adulto jovem e muito mais prováveis de demonstrar mania mista, ciclagem ultradiana, psicose e resistência ao tratamento (Craney e Geller, 2003). O curso do TB pediátrico é mais severo e crônico, frequentemente caracterizado por severo prejuízo no funcionamento psicossocial – também foi possível observar sintomatologia crônica em amostras com TB e TDAH (Biederman et al., 1998; 2004a). Um estudo prospectivo de TB pediátrico em 22 garotos, com comorbidade para TDAH, concluiu que apesar de 50% ter remissão da síndrome bipolar completa no *follow-up*, 80% falhou em obter remissão funcional ou eutimia após 10 anos (Biederman et al., 2004a). O curso do transtorno, concluíram os investigadores, foi "crônico, protraído e disfuncional". Outros investigadores também encontraram que o TB de aparecimento precoce está associado com um curso pobre. Pode haver períodos de exacerbação dos sintomas maníacos e persistência interepisódio de mania menos severa, como acontece com a maioria dos casos de bipolares adultos (Stanton e Lysne, 1999; Carlson et

al., 2002; Schneck et al., 2004; Birmaher et al., 2006).

A pesquisa longitudinal no curso do transtorno entre crianças cuidadosamente diagnosticadas como bipolares é rara e muito necessária. Achados prévios indicam taxas de recuperação para mania, após um ano, de 37% em amostra combinada de jovens com TB de aparecimento na infância e na adolescência, e substanciais taxas de recaída, em um ano, entre aqueles que se recuperaram. No segundo ano de *follow-up*, a taxa de recuperação foi de 65%, mas 55% daqueles que tinham se recuperado recaíram (Geller et al., 2000a; 2002a; Craney e Geller, 2003).

Portanto, os poucos estudos de resultado de TB na infância existentes indicam um curso altamente pernicioso com substancial cronicidade. Findling e colaboradores (2001), por exemplo, preceberam que nenhuma das 56 crianças com TB I que eles estudaram tinha recuperação interepisódica (definida como um período de remissão mínimo de sintomas de humor de dois meses). Estudos longitudinais são necessários para sabre mais sobre curso longitudinal e desfecho em crianças e seus preditores, assim como para resolver algumas das questões diagnósticas complexas mencionadas.

EPIDEMIOLOGIA DO TB EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Três problemas limitam o entendimento da prevalência do TB em populações jovens: pesquisas epidemiológicas compreendendo crianças e adolescentes são raras; poucas incluíram TB como objeto de estudo; na maioria dos estudos em que estão disponíveis, ou os dados não foram apresentados separadamente para crianças e adolescentes ou a idade de aparecimento não foi especificada.

Os raros dados disponíveis de amostras populacionais e psiquiátricas ilustram vários padrões geralmente aceitos e confirmados por estudos clínicos. Em primeiro lugar, TB I em crianças é raro em amostras populacionais (apesar, naturalmente, de ser mais prevalente em amostras clínicas). Em segundo, o TB ocorre entre adolescentes em uma taxa semelhante à população adulta. Terceiro, formas subsindrômicas de TB podem ser identificadas em amostras de crianças e adolescentes, refletindo traços dimensionais prodrômicos ou estáveis do espectro bipolar associado com prejuízo do funcionamento.

Alguns autores têm definido que a prevalência do TB em jovens está aumentando. Há alguma evidência de que as taxas de TBAI e TBAA têm aumentado em coortes mais recentes, o que não se deve apenas ao aumento de achado. É difícil determinar a validade e a generalização dessa conclusão, dado à falta de pesquisas epidemiológicas com comparação de dados ao longo do tempo, assim como de consistência nos critérios diagnósticos. Além disso, taxas elevadas de mania aparente em amostras clínicas de crianças e adolescentes podem refletir questões epidemiológicas, como mudanças relacionadas à idade em conhecimento e memória, mudanças temporais em morbidade e disponibilidade de amostra e práticas diagnósticas (Chengappa et al., 2003; Kessler et al., 2005).

Dica importante quanto a fatores de risco

Aumento do uso de estimulantes e de medicações antidepressivas que poderiam desencadear padrões bipolares de ciclagem rápida em crianças suscetíveis ou reduzir a idade de aparecimento; uso de álcool e drogas em idade precoce; puberdade de aparecimento precoce; riscos à saúde materna durante a gravidez, como exposição a fumo, ingestão de álcool e drogas, bem como privações alimentares de ácidos graxos ômega 3; estressores sociais. (DelBello et al., 2003)

Ao mesmo tempo, tem sido arguido se mudanças nas práticas de saúde e fatores ambientais podem induzir a expressão precoce do TB – ou reais aumentos de taxas de bipolaridade. As questões são claramente

importantes, com implicações críticas para a etiologia e para o tratamento, demandando mais estudos.

Desde que o conceito de TBAI começou a ser revisto ao longo dos últimos anos, nenhum grande estudo epidemiológico examinou a prevalência e a incidência do TBAI, como agora é definido.

Um estudo de prevalência indica 0,1% de hipomania (TB tipo II) e nenhum caso de mania em estudo epidemiológico com crianças pré-púberes (9 a 13 anos) norte-americanas. Durante um estudo de três meses, foi possível constatar, examinando crianças de alto risco, que 39% dos filhos de pais bipolares também tinham o transtorno (Costello et al., 1996). Por outro lado somente uma taxa de 4% foi observada em um estudo holandês (Wals et al., 2001). Uma razão sugerida para essa discrepância é o alto índice de uso de estimulantes e antidepressivos por crianças norte-americanas, o que pode precipitar um transtorno que poderia estar latente em um grupo de alto risco.

Em um estudo de comunidade escolar de adolescentes norte-americanos entre 14 e 18 anos (o chamado Projeto Oregon), a prevalência dos transtornos bipolares foi de 1%, sendo que a maioria preencheu os critérios para tipo II e para ciclotimia, e não para o tipo I (Lewinsohn et al., 1995). Em Porto Alegre, Tramontina e colaboradores (2003) encontraram uma prevalência de 7,2% de transtorno bipolar em uma amostra de 500 pacientes com idade inferior a 15 anos.

AVALIAÇÃO

Os critérios para o adulto nem sempre descrevem adequadamente o TB I. A **Tabela 10.1** lista os achados clínicos para o transtorno bipolar ao longo da vida definidos pelos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000). Esses achados estão divididos em quatro subgrupos: bipolar I, crianças que tiveram pelo menos um episódio maníaco ou misto; bipolar II, crianças que tiveram pelo menos um episódio de depressão maior e hipomania; ciclotimia, crianças que manifestaram alternadamente episódios de hipomania e sintomas subsindrômicos de depressão; e bipolar sem outra especificação (SOE), crianças que não preenchem todos os critérios, mas sofrem de sintomas de um distúrbio de humor e que estão funcionalmente prejudicadas. Aqui se incluem pacientes com irritabilidade severa, psicopatologia crônica e severa, falta de ciclagem episódica e sintomas mistos ou mínimos de depressão, mas pode não manifestar humor elevado ou grandiosidade (National Institute of Mental Health, 2001).

TABELA 10.1
Critérios de classificação do transtorno bipolar

Critérios[a]	Achados
TB I	Crianças que tiveram pelo menos um episódio maníaco ou misto
TB II	Crianças que tiveram pelo menos um episódio de depressão maior e hipomania
Ciclotimia	Crianças que manifestaram alternadamente episódios de hipomania e sintomas subsindrômicos de depressão
TB SOE	Crianças que não preenchem todos os critérios, mas sofrem de sintomas de um distúrbio de humor e que estão funcionalmente prejudicadas Crianças com irritabilidade severa, psicopatologia crônica e severa, falta de ciclagem episódica e sintomas mistos ou mínimos de depressão, mas podem não manifestar humor elevado ou grandiosidade[b]

[a] DSM-IV-TR (APA, 2000)
[b] National Institute of Mental Health (2001)

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico neste grupo às vezes confunde, pois uma criança normal pode ser ativa, imaginativa, exagerada, sensível ao ambiente e "atuar" periodicamente. Clínicos experientes, contudo, diferenciam o anormal do normal baseados em mudanças qualitativas da linha de base, em persistência e severidade de disfunção em múltiplos contextos e em um típico agrupamento de sintomas. Discursos grandiosos típicos da mania clássica, tais como "Eu posso comandar o mundo!" são iguais ao discurso de uma criança tal como "Eu posso liderar a escola!". A descrição clínica a seguir ilustra o TB I:

- *Humor elevado* – frequentemente se manifesta como sendo excitável, feliz, eufórico, sentindo-se invencível e superior, com comportamento de risos incontidos e excessivas piadas.
- *Humor irritável* – apresenta-se como facilmente irritado e agressivo, atirando coisas, batendo portas, tendo dificuldades de mudar de uma atividade para outra, sendo hostil ou ácido, chutando, gritando, mostrando respostas intensas e inconsoláveis fora da proporção psicológica da situação. A criança pode pedir desculpas a seus pais: "Eu disse 'Não, não, não' a meu cérebro, mas não pude parar de ser insensato". Os pais com frequência dizem: "Andamos pisando em ovos".
- *Autoestima inflada e grandiosidade* – são caracterizadas por declarações infundadas como: "Eu sou o melhor jogador de futebol do Brasil", "Eu vou ensinar meu treinador como se joga, pois ele não tem base", "Eu estou absolutamente certo de que receberei o Oscar antes do 35 anos", "Eu vou fazer milhões no comércio na internet" e "Eu não preciso ir para a escola". Assim como em adultos, a psicose é vista na fase maníaca.
- *Diminuição da necessidade de sono* – é ilustrada na descrição feita pelos pais de seus filhos brincando, cantando ou assistindo à TV no início da manhã, recusando-se a ir para a cama e ainda assim não se sentindo cansados ao longo do dia. As crianças frequentemente descrevem suas experiências subjetivas como se sentissem como um "brinquedo de pilhas".
- *Pressão por falar* – é frequentemente ilustrada pela seguinte expressão: "Minha mente é como uma Ferrari: um milhão de pensamentos está correndo. Eu não posso pará-los". Os pais descrevem essas crianças como constantemente falantes, como nunca deixando as outras falarem, dominadoras e sempre procurando atenção por falarem com elas excessivamente ou serem inábeis em parar de brincar em casa ou na escola.
- *Atividades direcionadas a objetivos* – são ilustradas por continuamente requererem atenção e fazerem bagunça. Quando os pais confrontam a bagunça, essas crianças se tornam defensivas, negando que tenham sido responsáveis por aquilo. Os pais as relatam como mentirosas.
- *Atividades excessivamente prazerosas, julgamento pobre e correr riscos* – esses jovens podem telefonar para serviços de sexo virtual, podem subitamente começar a se vestir inapropriadamente, entrar em grupos de bate-papo de sexo pela internet, masturbar-se excessivamente, portar figuras pornográficas, simular atividades sexuais com animais, usar o cartão de crédito dos pais para pedir itens sexuais via internet ou pressionar seus pais para comprar roupas excessivamente caras ou outros itens. Abuso sexual é com frequência considerado no diagnóstico diferencial nessas crianças empobrecidas social e sexualmente desinibidas. Contudo, muitas famílias com crianças bipolares também têm familiar com bom comportamento.
- *Achados de depressão* – são muitas vezes descritos em termos específicos para a idade. As crianças podem relatar se sentir doentes, manhosas, chorar por qualquer motivo, sentirem-se infelizes, despender horas em um recinto escuro, mudar de humor com rapidez de irritável a cho-

roso, dar-se beliscões e arranhões em idade precoce ou ter queixas somáticas. Elas frequentemente desenvolvem intensa sensibilidade à rejeição após anos de resposta negativa de outros por causa de seu comportamento cíclico e irritável. Isso comumente representa uma tentativa desesperada para regular ou escapar dessas mudanças afetivas. Comportamento suicida é relatado ser tão alto quanto 25% no TB I.[11] Nos episódios depressivos psicóticos, delírios de humor congruentes de ruína, desastre e niilismo são comuns. Por exemplo, uma criança desenhou pinturas de um fantasma negro tentando dominar o mundo.

- *Psicose* – pode se apresentar como alucinações visuais ou auditivas, somando-se aos delírios de humor congruentes já descritos. Transtorno de pensamento se apresenta como fuga de ideias, mas se torna indecifrável se severo. Sintomas psicóticos variam de acordo com o método de relato e podem estar presentes em 17 a 60% dos pacientes com TBI.

Para avaliar os critérios do DSM-IV-TR, sugere-se usar a estratégia denominada FIND como guia, (roteiro sugerido por Kowatch et al., 2005):

***F** (frequency)* – Frequência com que os sintomas ocorrem ao longo da semana
***I** (intensity)* – Intensidade com que os sintomas causam extremos distúrbios e/ou moderada perturbação em dois ou mais domínios
***N** (number)* – Número de vezes que o sintoma ocorre em um dia
***D** (duration)* – Os sintomas ocorrem quatro ou mais horas em um mesmo dia, de forma continua ou não.

COMPONENTES DE UMA AVALIAÇÃO MINUCIOSA

É importante entrevistar, no mínimo, a criança e um dos pais, mas o ideal é a anamnese com pai e mãe. As crianças às vezes relatam sintomas eufóricos que os pais desconhecem, enquanto os pais focam seus relatos em sintomas de irritabilidade, que afetam bem mais o funcionamento cotidiano da família. As crianças, em separado, podem também relatar ideação suicida, alucinações ou sintomas de ansiedade não revelados a seus pais. Havendo discrepâncias significativas das informações entre os pais e o filho, sugere-se uma intervenção familiar.

É bastante útil obter informações na escola, principalmente ao longo do tratamento. Outros informantes eventuais podem ser os professores das atividades extras (natação, judô, aulas de idiomas, etc.) ou os cuidadores auxiliares (babás, empregadas, motoristas, avós, tios, etc.). Também importante é a obtenção de registros médicos de outros profissionais que tenham tratado a criança, especialmente se estes participarão do monitoramento medicamentoso.

Uma entrevista cuidadosa com a criança com transtorno de humor levará várias horas até estar completa. Pode-se optar por sessões sequenciais ou por entrevistas divididas em tarefas entre profissionais que trabalham em um centro clínico multidisciplinar. Desenvolver uma linha de tempo com o primeiro informante para estabelecer aparecimento, duração e desaparecimento dos sintomas facilita o entendimento do fenômeno bipolar, assim como o surgimento das condições comórbidas. É útil documentar nessa linha de tempo gravidez, parto, amamentação, cuidados necessários na infância, histórico escolar, eventos estressantes e história de tratamentos, pois um entendimento integrado desses fatores são fundamentais. O histórico médico deve ser revisto para conhecer alergias, asma, doenças crônicas, dificuldades fonéticas, traumas (principalmente os cranianos) e o respectivo tratamento. Apesar de nenhum exame laboratorial ou teste de imagem ser diagnóstico de TB, tais dados podem contribuir com informações importantes sobre a criança.

Alguns medicamentos, assim como substâncias ilícitas, podem induzir sintomas de humor. Se há alguma suspeita de uso de substâncias ilícitas, um teste toxicológico deve ser solicitado. Se os sintomas resultam de substância prescrita (p.ex., estimulantes, antidepressivos, hormônios), um período de *wash-out* de 7 a 10 dias é recomendado (2 a 3 semanas para hormônios ou fluoxetina). Se os sintomas continuarem após esse período, o TB deve ser altamente considerado. Somando-se a essa avaliação longitudinal, a obtenção dos sintomas transversais também é essencial. Pode ser útil documentar o pior, o melhor e o atual funcionamento da criança. Um genograma de três gerações pode ser feito para se obter a história familiar de doenças psiquiátricas, pois a presença de TB na família aumenta o risco da criança em 2 a 3 vezes para transtornos de humor.

A avaliação psicológica é fundamental para o auxílio diagnóstico do TB na infância e para a determinação do prognóstico, já que permite mensurar não só as vulnerabilidades, mas também os pontos fortes do paciente. A avaliação inicial traz alguns achados relevantes e serve também como marcador objetivo de avaliação cognitiva da criança. A bateria de testes deve envolver instrumentos de *screening* para as áreas motora e cognitiva. A Escala Wechsler (WISC-III-R) é o instrumento preferencial para o início da avaliação. É comum que crianças bipolares apresentem disparidades entre os escores. Quando o sistema nervoso central (SNC) está intacto, a motivação é uniforme e os subtestes têm diferenças entre si entre 3 e 5, ou seja, são consistentes e guardam semelhanças. Assim, é importante ficar alerta para *spreds* superiores a cinco entre os subtestes. Um estudo piloto com 14 crianças bipolares apontou baixos escores em semelhanças e construção de objetos (Papolos e Papolos, 2006). É recomendado o uso de provas complementares para a mensuração da atenção sustentada; para isso, está disponível no Brasil do teste TCA visual. As funções executivas podem ser melhor examinadas com o teste Wisconsin (que permite mensurar habilidades conceituais abstratas, flexibilidade cognitiva, habilidade de testar hipóteses e o uso de erro como *feedback*), com a torre de Hanói e com o teste Stroop. Para crianças pequenas é possível usar *span* de cores. Para a área motora o teste de praxia de Luria pode ser utlizado. As funções executivas estão localizadas no lobo frontal e representam para o cérebro o maestro de uma orquestra, um executivo de uma corporação ou um general para as forças armadas. Está comprovada a relação do TDAH com disfunções da área frontal, e atualmente suspeita-se que no TB algumas crianças também tenham as áreas frontal e pré-frontal comprometidas, tendo maior impacto na atenção, na capacidade de planejamento e na flexibilidade cognitiva. As crianças com prejuízos nessas funções tendem a atitudes impulsivas. Na solução de um problema ou em um projeto, as pessoas precisam recrutar suas funções executivas: analisar o problema, planejar e implementar estratégias, antecipar problemas, monitorar o progresso do plano implementado, manter flexibilidade para reformular o plano se não estiver funcionando bem, propor novas estratégias, acompanhar a execução do que foi planejado até o final. Crianças bipolares não conseguem se organizar e falham em solucionar problemas, perseverando mesmo quando a estratégia for falha (Papolus e Papolus, 2006).

ETIOLOGIA

A extensa literatura da área tem demonstrado a etiologia genética da TB, com estimativa de um peso de 80% para o fator hereditariedade. Quanto aos fatores psicossociais, estudos têm indicado que baixo nível socioeconômico, exposição a eventos negativos, pobre higiene do sono e irregularidade das rotinas diárias têm sido associadas ao aumento do risco de recaídas (Birmaher, Axelson e Pavuluri, 2007).

TRATAMENTOS: FARMACOLÓGICO E PSICOTERÁPICO

Tratamento Medicamentoso – Algoritmos

Os algoritmos para o tratamento medicamentoso foram desenvolvidos para a fase aguda do tratamento de crianças e adolescentes, com idades de 6 a 17 anos, que preenchem critérios no DSM-IV-TR para o TB I, episódio maníaco ou misto, com ou sem psicose. Não há evidência para tratamento do TB II em crianças e adolescentes, por isso nenhum algoritmo foi desenvolvido. No desenvolvimento dos algoritmos, o painel de consenso estabeleceu quatro níveis de evidência (A-D) que forneceram as bases para a formulação dos estágios e das ramificações dentro do algoritmo. Esses níveis são:

a) estudos clínicos randomizados e controlados em crianças,
b) estudos clínicos randomizados em adultos,
c) estudos abertos e análises retrospectivas e
d) baseado em relatos de caso e consenso do painel.

Um resumo dessas recomendações pode ser visto na **Tabela 10.2**.

O painel recomendou um mínimo de 4 a 6 semanas na concentração plasmática e/ou dose adequada para cada tentativa medicamentosa. Em alguns casos, como no tratamento com lítio, 8 semanas de tratamento podem ser necessárias para avaliar a efetividade de um determinado fármaco.

Tratamentos de continuação e manutenção

Os objetivos básicos do tratamento de manutenção incluem prevenção de recaída e recorrência, redução de sintomas subsindrômicos, risco de suicídio, ciclagem do humor, instabilidade do humor, redução de morbidade vocacional e social e promoção de bem-estar. Infelizmente, há poucos

TABELA 10.2
Resumo dos níveis de evidência

	TB I, mania ou misto sem psicose	TB I, mania ou misto com psicose	Episódio depressivo bipolar
Lítio	A & B	A & B	B & C
Divalproato	B & C	B & C	C
Carbamazepina	B	B	ND
Oxcarbazepina	D	D	ND
Topiramato	C	C	ND
Clozapina	C	C	ND
Risperidona	B & C	B & C	ND
Olanzapina	B & C	B & C	B
Quetiapina	B & C	B & C	B
Ziprasidona	B & C	B & C	ND
Aripiprazol	B & C	B	ND
ISRS	NA	NA	C[a]
Bupropiona	NA	NA	D
Lamotrigina	C	C	B & D

Nota: Nível A consiste de estudos clínicos randomizados e controlados em crianças. Nível B consiste de estudos clínicos randomizados em adultos. Nível C consiste de estudos abertos e análises retrospectivas. Nível D consiste em relatos de caso e consenso do painel. ND= Nenhum Dado; NA= Não Aplicável.
[a] Pode ser desestabilizador do humor.
Adaptado de Kovatch et al. (2005)

estudos prospectivos randomizados. Os resultados de um estudo sugerem que em pacientes jovens com TB com remissão sindrômica em terapia combinada de lítio com divalproato, foi associado com recaída relativamente rápida (Findling et al., 2003b). Em uma série prospectiva, Strober e colaboradores (1990) concluiram que a continuação com lítio diminuiu a taxa de recaída em 18 meses de 92,3% para 37,5% em 37 adolescentes diagnosticados com TB. Como o TB pediátrico é uma condição crônica com alto risco de recaída, recomenda-se que estudos de tratamento de manutenção tenham prioridade. Devido à possibilidade de que a monoterapia medicamentosa possa não ser associada a controle sintomático a longo prazo, futuros estudos de manutenção devem comparar farmacoterapia combinada com tratamento simples (monoterapia). O painel recomendou que a medicação seja diminuída ou descontinuada se o paciente obteve remissão após um período mínimo de 12 a 24 meses. Para aqueles menos sintomáticos ou para aqueles cujo diagnóstico não está tão claro, o tratamento deve ser de curta duração. O risco associado a uma potencial recaída deveria ser comparado com o risco associado à farmacoterapia continuada. Pacientes que demandam maior cuidado são aqueles com uma história de comportamento suicida, agressão grave e/ou psicose. Para muitos pacientes a terapia a longo prazo ou para toda a vida com psicofármacos pode ser a mais indicada. Os fatores implicados em alto risco de recaída devem ser considerados no momento de suspender (ou não) o tratamento farmacológico: administração simultânea de outros agentes que possam desestabilizar o humor, uma doença de longa duração e um alto número de episódios prévios. Infelizmente, há poucos estudos de segurança a longo prazo para a maioria das medicações usadas no TB. Por essa razão, o monitoramento dos efeitos colaterais deve ser cuidadoso, principalmente para aqueles jovens que apresentam efeitos adversos.

Consultar algoritimos complementares na página do livro em www.grupoaeditoras.com.br.

TERAPIAS COGNITIVAS

A natureza imprevisível e o caráter refratário do transtorno bipolar em crianças trazem algumas peculiaridades ao tratamento. Além das dificuldades relativas ao início precoce da doença, temos que lidar com as repercussões no desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Os protocolos educacionais têm se mostrado os mais bem-sucedidos (Pavuluri et al., 2004a; Birmaher, 2009; Suppes e Dennehy, 2009). Os principais objetivos desse modelo de tratamento são melhorar as estratégias do *coping* em relação à própria doença, diminuir os níveis de expressão de afetos dos parentes cuidadores, potencializar as técnicas de solução de problemas da família, assim como as habilidades de comunicação.

O tratamento manualizado de TCC em família mostrou resultados favoráveis. Um estudo de seguimento (*follow up*), 15 meses após término do tratamento, mostrou menor número de recaídas, menores índices de internação nos pacientes tratados, melhor adesão ao tratamento e redução dos sintomas de humor. No entanto, uma limitação dos estudos sobre efetividade dos tratamentos psicossociais é que não há evidências de que um tratamento inicial bem-sucedido possa garantir melhor prognóstico a médio e longo prazo (Miklowitz, 2003; Miklowitz, 2008).

O modelo integrador de terapia focada na família e TCC ou terapia arco-íris (*rainbow therapy)* tem como foco os problemas específicos que famílias de portadores de TB costumam enfrentar (Pavuluri et al., 2004a). O tratamento tem como pressupostos básicos a teoria biológica de excessiva reatividade, bem como o papel dos estressores ambientais nos resultados ao longo do tempo. A intervenção tem três fases distintas. Na primeira, procura fomentar a aliança terapêutica e desenvolver

a psicoeducação. Na segunda, pretende aplicar técnicas específicas da TCC, propiciar experiências positivas, aprendizagem da mensuração da intensidade e das consequências do humor negativo, apoiar pontos fortes e enfrentar pensamentos negativos. O paciente aprenderá a "viver o momento". Na terceira, a ênfase será nos conflitos interpessoais, abordando as questões escola/família, o impacto nos irmãos e a melhor expressão de afetos positivos. Também se quer o desenvolvimento de habilidades sociais, ajudando a criança a criar um conceito – e comportamentos – de bom amigo. Aqui a ênfase é dada na solução de problemas e na busca de apoio social.

Critérios de indicação do tratamento arco-íris

Para iniciar o tratamento, é importante a criança estar estabilizada com a medicação e pronta para aprender novas habilidades. A idade indicada é entre 8 e 12 anos. O ideal é que a terapia seja conduzida por um terapeuta não médico ou por um psiquiatra que tenha boa formação em TCC e em psicologia do desenvolvimento.

Critérios de exclusão

É contraindicado para crianças que não conseguiram estabilizar o humor ou famílias em que um ou dois dos pais tenham psicopatologia severa ou baixa capacidade intelectual.

Na primeira etapa de tratamento, são esclarecidos os seus objetivos. A **Figura 10.1** traz uma síntese que pode ser fornecida à família na primeira consulta, momento em que cada um dos objetivos poderá ser discutido cuidadosamente.

Na Figura 10.1 está representada a metáfora do espectro do humor com os matizes da variação normal e os extremos na variabilidade bipolar. Ela tem um valor clínico significativo, uma vez que oferece na forma de um cartão a síntese das metas a serem alcançadas e mantidas ao longo do tempo. A família poderá consultar o cartão em diferentes momentos do tratamento e mesmo após seu término. A **Figura 10.2** propõe um protocolo que o clínico pode usar como apoio, assim que a criança se estabilizar para exercitar o automonitoramento. Além dos registros no diário do humor, a família deverá se conscientizar quanto à importância de manter rotinas (higiene do sono e previsibilidade) a fim de buscar a manutenção da regulação do humor.



Figura 10.1
Conceito de rainbow adaptado de Pavuluri et al., 2004.

[1] Terapia arco-íris

A **Figura 10.2** apresenta o espectro bipolar e é útil ao clínico para sua reflexão ao analisar os dados do protocolo de variabilidade de humor do paciente e da família. A TCC de crianças bipolares implica avaliações sistemáticas para mensuração da variabilidade do humor.

Pavuluvi e colaboradores (2004a) sugerem a variabilidade em um espectro de 1 a 10 em direção aos dois extremos do humor e associam a intensidade ao diagnóstico da criança. Basco (2009) propõe que se observe a variabilidade do humor em um *ranking* entre -5 a +5 e defina um intervalo

Rainbow Therapy
Terapia Arco-íris



MEDINDO O HUMOR										
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5



+5	Sem dormir, fora de controle.
+4	Muito agitada, agressiva (vontade de bater nas pessoas)
+3	Muito irritada
+2	Energizada
+1	Feliz, ativa
0	Normal
–1	Devagar, para baixo
–2	Triste
–3	deprimida (cansada, sem prazer nas atividades, triste, chorosa).
–4	Paralisada
–5	Pensando em se matar ou se machucar

Figura 10.2
Diário de humor, adaptado de Basco (2009) e Pavuluri e colaboradores (2004).

de variação normal, assim como pontos de corte para entrar em ação visando sair do estado depressivo (Anexo 10.1). Nesse contexto, Papolus e Papolus (2006) propõem uma metáfora para mensurar o estado de ânimo: perguntar à criança quantas montanhas ela estaria disposta a subir no dia da avaliação (Anexo 10.2). Essa forma alternativa de mensuração é utilizada em momentos em que a astenia (cansaço) for um dos principais sintomas. Paciente e família devem conhecer o espectro da variabilidade do humor. A **Figura 10.3** serve para a etapa de psicoeducação.

A busca da funcionalidade do paciente proposta no modelo de intervenção dá-se na busca da manutenção do humor na faixa central do espectro. A família e o paciente aprenderão que a observância da mensuração das variações nos extremos do espectro ajudará a prevenir recaídas.

O tratamento manualizado foi organizado em 12 sessões, e a sequência das consultas foi disposta como descrito no **Quadro 10.1**.

Após apresentar o modelo estruturado de tratamento *rainbow*, consideramos relevante oferecer ao clínico outras técnicas extraídas e adaptadas de diferentes protocolos de intervenção. O curso crônico do TB e a recorrência de comorbidades leva à necessidade de monitoramento dos pacientes a longo prazo. Os objetivos conquistados na etapa inicial de tratamento, a partir do modelo apresentado, deverão ser revisados ao longo do desenvolvimento da criança.

As tarefas do B (*Be a good friend*) podem ser maximizadas com algumas técnicas simples para promover empatia entre familiares. Desenhar *pizzas* com a família verificando quanto tempo cada um investe em atividades da vida, ajuda os pais a dimensionar um tempo para se recompor e também ajuda a criança a visualizar como ela e os pais organizam a rotina. Questões simples como: divida esta *pizza* como você divide o

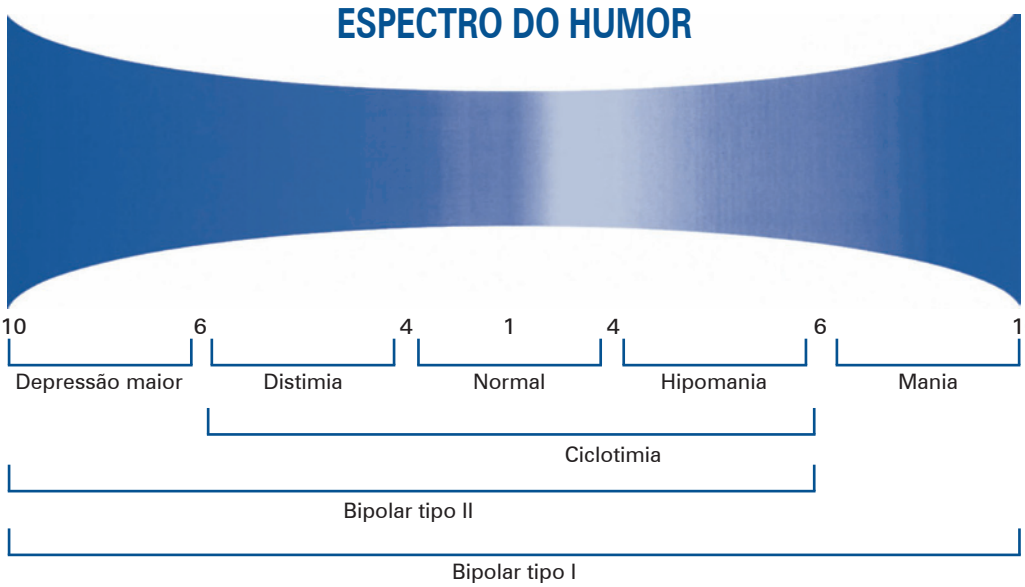


Figura 10.3
Espectro do humor de Pavuluvi e colaboradores (2004a).

QUADRO 10.1
Síntese do tratamento

SESSÃO	PARTICIPANTES	OBJETIVOS
1 e 2	Pais e criança	■ psicoeducação sobre diagnóstico e problemas; ■ identificação da doença (p.ex., desordem cerebral); ■ informações sobre medicações; ■ visão geral da metáfora RAINBOW; ■ discussão da importância de rotinas e relaxamento.
3	Pais	■ discussão da regulação de afetos; ■ encorajamento dos pontos fortes da criança enfatizando "Eu posso fazer em lugar de pensamentos derrotistas"; ■ treinamento parental para orientarem a criança para automonitoramento; ■ reorientação de pensamentos grandiosos, paranoides e de autodepreciação.
4 a 7	Criança	■ introdução do conceito de *rainbow*; ■ técnicas de monitoramento de humor (ver Figura 10.2 e Anexo 10.1, o Diário do humor para os pais); ■ apoio ao paciente e à família, a fim de reconhecer gatilhos; ■ apresentação do modelo ABC; ■ autoinstrução – "Eu posso fazer isso" e dizer não para pensamentos negativos; ■ produção de uma história feliz a respeito de si mesmo; ■ reescrita de uma história triste transformando em uma história feliz.
8	Pais	■ solução de problemas; ■ modelo ABC; ■ discussão sobre comunicação efetiva; ■ encorajamento da validação dos sentimentos da criança; ■ oferta de escolhas para a criança; ■ uso de metáfora de "fogo" não intencional para explosões de raiva.
9	Pais e irmãos	■ oportunidade de os irmãos validarem seus sentimentos; ■ esclarecimentos sobre o impacto do TB e apoio aos irmãos para terem empatia; ■ orientações para os irmãos serem assertivos e saírem da zona de confronto direto; ■ *role playing* para encaminhar como os irmãos poderiam enfrentar as provocações.
10 e 11	Criança e pais	■ levantamento de estressores e solução de problemas; ■ plano de como evitar as reações de raiva e substitui-las por soluções "espertas" (habilidades sociais).
12	Criança e pais	■ reforço dos pontos fortes da criança e dos pais. ■ revisão do baú de tesouros (Figura 10.11); ■ vias para buscar apoio social; ■ desenho com o paciente da árvore de apoio (Figura 10.12)
Módulo escola	Professores e equipe de orientação educacional	■ informações sobre a doença; ■ informações específicas sobre o *rainbow*; ■ material sobre TB e resumo do *rainbow*; ■ apoio sempre que a escola encontrar dificuldades de manejo (deixar contatos telefônicos e *e-mail*).

Adaptado de Pavuluri et al., 2004a.

tempo da sua vida hoje. O tamanho corresponde a um dia ou uma semana trabalhando, se divertindo, exercendo funções paternas, carregando as baterias, etc.

A seguir, foi feita uma adaptação para crianças da técnica de solução de problemas (Basco, 2009) indicada em diferentes protocolos de TCC para bipolares.

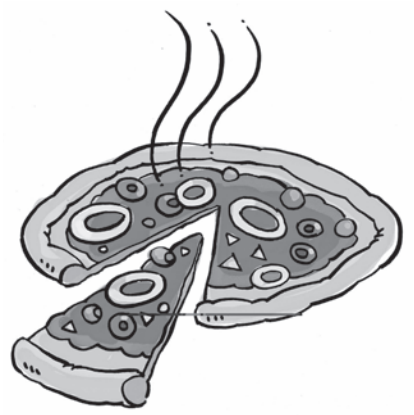


Figura 10.4
Pizza do tempo familiar.

1. Idenfique o problema _____

_____

_____



Figura 10.5
Pare e pense.

2. *Brainstorm* – Coloque ao lado do cérebro as ideias que você tiver para solucionar o problema:



IDEIAS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Figura 10.6
Tempestade de ideias.

3. Agora, coloque na balança cada ideia que você teve e identifique quais as vantagens e as desvantagens de cada uma: (**Figura 10.7**)
4. Tomada de decisão: Você está pronto para um ensaio comportamental, e iremos avaliá-lo na semana seguinte. Esta será sua tarefa da semana, e na próxima consulta avaliaremos os resultados.

A criança deve participar sempre da solução dos problemas, e os pais devem ser incentivados a praticar com a criança para que desenvolva estratégias efetivas: será muito mais fácil desenvolver as habilidades de for-

VANTAGENS



DESVANTAGENS

Figura 10.7
Balança de tomada de decisão

ma antecipatória. Ela internalizará formas apropriadas de enfrentar situações e entenderá as expectativas dos adultos em situações neutras ou estado mental positivo (Pavuluri et al., 2004).

Os episódios depressivos exigem flexibilidade para mudança imediata de direção por parte do terapeuta. As flutuações do humor podem determinar a necessidade de ajudar o paciente a enfrentar sintomas depressivos. O programa *taking action*, de Stark e Kendall (1996), propõe que o objetivo da intervenção, dirigida a pacientes deprimidos, seja motivar a criança, a partir da introdução de novas habilidades, a enfrentar de modo independente seus afetos negativos. Para isso, ela tem de fazer suas tarefas de casa, enquanto os pais trabalham junto com sistema de recompensas. A chave do sucesso é auxiliar a família a modificar as interações e o sistema de comunicação que influenciam os sintomas e as cognições depressivas.

O outro polo da doença remete a momentos depressivos, ocasiões em que temos de estar prontos para modificar a intervenção com a criança. O primeiro passo é ajudar o paciente a identificar os afetos negativos manifestados. Stark e Kendall (1996a), no programa *Taking action*, sugerem que a depressão seja tratada como um problema a ser solucionado.



***CHECKLIST* DE SENTIMENTOS**



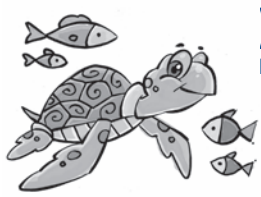
Coloque V ou F	
Triste ou para baixo	
Raiva	
Culpado	
Não amado	
Cansado	
Não gosto de mim mesmo	
Minha vida é dura	
Dores	
Preocupação sobre minha saúde	
Querer ser eu mesmo	
Não poder permanecer sentado	
Nada é divertido	
Dificuldade de dormir	
Dormir mais do que o normal	
Comer mais ou menos do que o usual	
Dificuldade de se concentrar	
Pensou em se machucar	
Se movendo em câmera lenta	

Baseada em Stark & Kendall, 1996b.

Uma vez identificados os sentimentos perturbadores vamos entrar em ação. Definir juntos a lista de coisas prazerosas que a criança pode fazer para começar a enfrentar seu desconforto. Ensine ao seu paciente o modelo de flechas invertidas: quanto menos atividades prazerosas mais estado depressivo e vice-versa.

Mais atividade menos depressão

Vamos aprender a entrar em ação para se sentir melhor. Vamos tentar fazer coisas divertidas que poderão ajudar você a se sentir melhor.



Vamos malhar o ânimo?
A tristeza pode nos deixar um pouco lento por isso a ideia é modificarmos isso.



Vamos aprender juntos o modelo das setas invertidas para ficar mais ligeiros e animados. Vamos mergulhar nesta e acelerar ?

Depressão

Atividades legais

ENTRAR EM AÇÃO (ACTION)

A alcançar novas coisas para se sentir bem
C centralizar no positivo
T tentar pensar sobre soluções de problemas
I inspecionar a situação
O observar sua abertura para o positivo
N nunca fique paralisado pelos pensamentos negativos

COISAS DIVERTIDAS PARA FAZER



Faça aqui sua lista

Tarefa baseada em Stark & Kendall, 1996b.

É muito importante aprender a identificar os gatilhos de mudanças de humor e trabalhar na construção de melhores estratégias de *coping*.

Vamos brincar de cientista e pesquisar sobre sentimentos. Vamos pesquisar quais são os elementos que compõem a fórmula de enfrentamento de raiva de diferentes pessoas. Pergunte para elas como fazem para enfrentar sua raiva. Sua coleta de dados deve ter uma amostra mínima de três sujeitos investigados.

COMPONENTES DA FÓRMULA PARA ENFRENTAR A RAIVA



A segunda etapa da pesquisa inclui a coleta de informações com uma amostra mínima de três pessoas, sobre como elas enfrentam o aborrecimento ou tédio.

- Como você enfrenta o aborrecimento ou tédio?
- Quais elementos compõem a sua formula?



O próximo passo é sua autodescrição. Precisamos descobrir como entrar em ação de modo eficaz e tendo mais chances de que seja de fato divertido para você.

AUTODESCRIÇÃO

As coisas que mais gosto de fazer são:

Os lugares que mais gosto de ir são:

Minhas comidas favoritas são:

Meus programas de TV e cinema favoritos são:

Meus *hobbies* favoritos são:

As coisas que eu gosto em minha personalidade são:

Minhas melhores habilidades físicas são:

Tarefa baseada em Stark & Kendall, 1996b.

É importante estender a ação para o dia a dia do paciente. A seguir, há sugestão de tarefa de casa.



S	T	Q	Q	S	S	D	Coisas que estou a fim de fazer

Tarefa baseada em Stark e Kendall, 1996.

Role playing

Programa pare e pense (stop and think)

As técnicas de dramatização são muito divertidas, e a terapia infantil deve manter um clima amistoso e bem-humorado. O programa *stop and think* (Kendall, 1992a;1992b) sugere trabalhar soluções de problemas com moldura flexível. No original, o autor chama a atividade de "Hollywood aí vou eu"! e sugere uma série de situações hipotéticas que podem ser oferecidas ou sorteadas aleatoriamente entre a criança e o terapeuta ou, ainda, entre crianças, no caso de TCC em grupo. As situações podem ser substituídas conforme as demandas do tratamento ou buscadas junto à escola ou à família, privilegiando aquelas em que a criança vem encontrando dificuldades.

Após realizar o sorteio das situações hipotéticas ou ainda escolher outras situações do dia a dia da criança, é proposta a técnica: luz, câmera e ação!

O roteiro de solução de problemas apresentado do capítulo sobre tratamento de comportamentos impulsivos ganhará uma nova apresentação mais dinâmica e vivencial através dessa técnica. A encenação terá o terapeuta como diretor de cena, que garantirá a execução do *script*. A pauta será a seguinte: defina o problema, pense em três alternativas de solução e como você e a outra pessoa irão se sentir em cada uma das possibilidades. Os papéis são dinâmicos, tanto terapeuta quanto paciente podem trocar as posições. Veja exemplo no **Quadro 10.3**.



Figura 10.8
Luz, câmera, ação!

QUADRO 10.3
Problemas para serem solucionados

SITUAÇÕES HIPOTÉTICAS

1. Você está fazendo seus temas e um amigo o chama para brincar.
2. Você está assistindo à TV, e seu irmão pega o controle remoto e troca o canal.
3. Você escorrega e quase cai, e seus colegas começam a debochar de você.
4. Você está jogando futebol e seus colegas não lhe passam a bola.
5. Seus colegas o chamam de fominha durante o jogo e dizem que você não passa a bola.
6. Você dá uma resposta errada a uma pergunta em sala de aula, e o colega que senta atrás de você começa a rir alto.

Adaptado a partir de Kendall, 1992a.

Tarefas com foco em ansiedade e raiva

Programa coping cat

A tarefa a seguir foi adaptada do programa *coping cat*, (Kendall e Hedtke, 2006) e tem como objetivo treinar o reconhecimento de sentimentos. Solicite à criança que busque, em revistas imagens de pessoas com diferentes sentimentos. Crianças bipolares têm dificuldade em distinguir afetos na expressão das pessoas e cometem erros de atribuição. Outra tarefa interessante (no consultório ou em casa) é a criança definir se foi de propósito ou sem querer uma lista de situações e verificar o possível desfecho em cada interpretação dos fatos (ver modelo no Anexo 10.4).

As próximas tarefas permitem à criança refletir sem uma carga intensa de afetos. É válido lembrar que o TB implica intensidade afetiva, presença de comorbidades e recaídas. Deve-se, então, estar pronto para a qualquer momento ter de lidar com a manifestação de afetos negativos. Nessas circunstâncias, o uso de metáforas é sempre bem-vindo.

Vamos pegar essa onda?
Como seu corpo se sente quando você está com raiva?



O que você faz quando está com raiva?

O que passa na sua cabeça quando você está com raiva?

Figura 10.9
Surfando no mar da raiva.
Baseado em Friedberg e colaboradores (2001).

Surfando no mar de raiva

Autoinstrução

Pare e pense coisas legais, como: "Raiva é como uma onda". Ajudar a criança a entender que quando a onda surge parece enorme, que vai nos derrubar e em segundos chega à areia e vira espuma. "Eu posso surfar essa onda." "Eu preciso estar em contato com pessoas." "Brigar só me faz perder energia."

"Torpedos" da raiva

Sua tarefa dessa semana será estar ligado nos "torpedos" da raiva:

Anote aqui os torpedos que você recebe na sua mente quando está brabo:



Figura 10.10
Torpedos da raiva.

Com os pensamentos automáticos detectados no exercício dos "torpedos" do celular podemos acessar as crenças centrais através de flechas descendentes.

Por exemplo, as flechas descendentes do paciente João (10 anos):

Paciente: Ai meu Deus, vou ficar para trás!
Terapeuta: O que isso significa a seu respeito?
P: Que sou um fracassado!
T: Nesse caso, o tribunal pode ser colocado em ação? **(Quadro 10.4)**
T: Quais são as provas de que esse pensamento é verdadeiro?
T: Vamos instalar um processo com advogado de defesa e acusação?
P: Vamos.
T: O que a acusação diz?
P: Que todo mundo passa na minha frente.
T: Mais alguma coisa?
P: Não.
T: E a defesa o que tem a dizer?
P: Que eu estou na 4ª série.
T: Mais alguma prova da defesa?
P: Eu sou organizado quando preciso.
T: Mais alguma coisa?
P: Se presto atenção, aprendo.
T: Mais alguma coisa?
P: Não.
T: Se você fosse do júri e julgasse essa situação, daria razão ao pensamento "Eu sou um fracassado"?
P: Não...

A técnica foi idealizada para lidar com crenças e esquemas. A analogia com o processo jurídico pode ser assim descrita: investigação (seta descendente), promotoria (evidências que apoiam), defesa (evidências contrárias), réplica da promotoria, tréplica da defesa, júri. Preparação da defesa para o recurso (seta ascendente).

QUADRO 10.4

O processo

 INVESTIGAÇÃO	PROMOTOR (ACUSAÇÃO 1)	DEFESA 1	PROMOTOR (ACUSAÇÃO 2)	DEFESA 2	NOVA FORMA DE VER O PENSAMENTO "ISSO SIGNIFICA QUE"	JÚRI QUEM TEVE MELHORES PROVAS?
Torpedos (pensamentos automáticos)						
						VEREDITO (conclusão)
Termômetro do pensamento Quanto acredito?	Quanto acredito?	Quanto acredito?	Quanto acredito?	Quanto acredito?	Quanto acredito?	Quanto acredito?
 Termômetro das emoções	Emoções	Emoções	Emoções	Emoções	Emoções	Emoções

Adaptado de Oliveira, 2008.

De acordo com o nível de desenvolvimento da criança, a técnica poderá ser simplificada. Com adolescentes ela pode ser aplicada conforme a indicação original do autor (Oliveira, 2008).

Ao terapeuta cabe encontrar formas de abordagem que tornem a árdua tarefa da criança mais lúdica, e o uso de metáforas pode divertir e ajudar.

Esfriar a cabeça no gelo

Vamos esfriar a cabeça no gelo? Faça de conta que está esfriando sentado nessa geleira.



Figura 10.11
Geleira para esfriar a cuca.
Adaptado de Bunge, Gomar e Mandil, 2008.

Tarefa baú do tesouro da família

Além do trabalho com aspectos individuais, é importante estabelecer conexões com as representações de família que a criança tem. A tarefa "Olha o que podemos fazer juntos", proposta por Pavuluri e colaboradores (2004a), pode ser mediada pela construção de um baú do tesouro, desenhado ou feito com uma caixa conforme o desejo da criança. Nele serão depositados os pontos fortes da família. O tesouro será guardado para ser revisto em momentos de tristeza em que o pensamento dicotômico é ativado.



Liste os pontos fortes de cada membro da sua família:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____
10 _____

Figura 10.12
Baú de tesouros da família.
Adaptado de Pavuluri e colaboradores, 2004[a].

Tarefa árvore de apoio social

A árvore de apoio social sugerida no modelo *rainbow* de Pavuluri e colaboradores (2004) recebeu adaptação livre dos autores, influenciados pela abordagem bioecológica de Bronfenbrenner (1996). Essa atividade oferece a criança uma imagem da rede de apoio que envolve seu desenvolvimento. A criança poderá encontrar um mediador que facilitará organizar e visualizar as pessoas e serviços que efetivamente fazem parte de sua rede. O protocolo disponível no Anexo 10.3 pode servir ao clínico e seu paciente como suporte e pode ser revisto em consultas de *follow-up*. Incentive a criança a escrever em cada dimensão do ecossistema o nome de todas as pessoas que ela pode contar.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

A seguir, será apresentado um caso clínico de um menino de 9 anos, João, para ilustrar a avaliação e o tratamento utilizando TCC com crianças bipolares.

Motivo da consulta

Declaração da mãe: "O relacionamento com outras crianças é muito difícil, não tem controle das emoções e tem baixa autoestima".

Declaração de João: considera que precisa de ajuda na seguinte ordem: emagrecer, ter amigos, lidar com a tristeza por causa de críticas, parar de brigar com os pais (banho, temas e TV), de se beliscar, de fazer xixi na cama, aprender a amarrar os tênis.

Declaração da professora: João tem comportamentos disruptivos (p.ex., gritar e bater os pés ruidosamente na aula) o que assusta outras crianças.

Após seis meses desde o início do atendimento, os pais trazem suspeita de automutilação e verbalizações de suicídio, episódios descritos como passageiros: no dia seguinte é como se nada tivesse acontecido.

Impressão geral transmitida: João é um menino gordinho, de rosto bonito e simpático. Na consulta, senta-se atirado na cadeira, visivelmente sem disposição. Parece entediado, conduta percebida em todo o período inicial. Está triste, sem amigos e dizendo que os outros o chamam de gordo. (Conduta inicial de contato com a escola após autorização da família denunciando *bullying*).

Síntese do WISC III R

- QI verbal: 127 – superior
- QI execução: 138 – superior
- QI total: 136 – superior
- Índice de resistência à distração: 99 – médio inferior (memória imediata dígitos)
- Índice de velocidade de processamento: 99 médio inferior
- Índice de compreensão verbal: 118 – médio superior
- Índice de organização perceptiva: 129 – superior

Dados da história atual: Os pais relatam problemas de aprendizagem que resultaram em finalização de 1ª série sem alfabetização. Durante a 2ª série, segundo a família, foi diagnosticado TDAH, passou a usar Ritalina e começou a ter êxito escolar. No momento do início da avaliação, foi descrito que estava conseguindo acompanhar as atividades escolares. Como a professora apontou dificuldades após o recreio, João utilizará metilfenidato de longa duração. Antes do uso de metilfenidato João não parava nas atividades extraclasse, mas depois obteve êxito no judô. No momento da avaliação inicial,

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Escalas Beck-Y

Escala	Escores brutos e ponderados	Classificação
BDI-Y	28 – T escore 60, percentil 15% na tabela americana para idade e sexo	Depressão leve (no limite para moderada)
BAI-Y		Ansiedade moderadamente elevada

IEP

Estilo parental	Escores	Classificação
Estilo parental paterno	7	Estilo parental de risco
Estilo parental materno	-13	Estilo parental de risco

não estava indo ao judô – passava a tarde vendo TV.

Procedimentos e métodos: A avaliação psicológica foi conduzida com base em entrevistas clínicas com os pais e com a criança e nos seguintes instrumentos de medida: escala de autocontrole masculino (EMAC); escala de autoconceito infanto-juvenil (EAC-IJ); HTP; escala de traços de personalidade para crianças (ETPC); inventário de estilos parentais (IEP), teste computadorizado de atenção – versão visual (TCA Visual). Além desses, como provas complementares, foi aplicada a escala de avaliação do comportamento infantil para o professor (EACI-P) e as escalas Beck – Y para avaliação de ansiedade e depressão, (instrumento ainda sem padronização com amostras brasileiras).

Síntese do I.E.P.: Estilo parental de ambos apresenta risco. Atenção para monitoria negativa e abuso físico. Pai com práticas educativas de muito risco. Atenção para monitoria negativa, abuso físico, negligência e punição inconsistente. Foco na intervenção nas práticas negativas em detrimento das práticas positivas.

EMAC: Escala de autocontrole masculino.

Resultados EMAC: Baixo autocontrole nos dois fatores medidos, *indicando baixo autocontrole em relação às emoções; às regras e às condutas sociais.*

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO INFANTIL PARA O PROFESSOR (EACI-P)

Síntese do instrumento: Pode-se concluir que a dimensão hiperatividade se mostra acima do percentil 90 – ponto de corte utilizado na escola como indicador de psicopatologia no fator avaliado. Há um afastamento significativo da média para funcionamento independente e socialização positiva, apresentando no momento da avaliação comportamentos abaixo do esperado para faixa etária e sexo. O fator desatenção também se apresenta no ponto de corte para sexo e idade representando indicador psicopatológico.

ETPC – ESCALA DE TRAÇOS DE PERSONALIDADE PARA CRIANÇAS

Síntese interpretativa ETPC: Resumidamente, a avaliação de João indica que ele tende a ser sensível. Demais fatores na média, não tendo indicadores relevantes na escala.

EAC-IJ – ESCALA DE AUTOCONCEITO

Dimensão	Escore
Pessoal	25% (quartil inferior)
Escola	50% (média)
Familiar	25% (quartil inferior)
Social	25% (quartil inferior)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO INFANTIL PARA O PROFESSOR (EACI-P)

Relatório fatores EACI-P	Escore bruto	Corte para sexo e idade (percentil 90)
FATOR I- Hiperatividade/ problemas de conduta	**63**	48
FATOR II – Funcionamento independente/socialização positiva	**16**	13 (inversa)
FATOR III – Desatenção	**12**	**12**
FATOR IV – Neuroticismo/ansiedade	6	11
FATOR V – Socialização negativa	10	14

Teste HTP (Desenho de casa, árvore e pessoa): Há indicadores de ambiente restritivo, tensão e compensação nos três desenhos. *Do que a arvore mais precisa é de carinho e água*; *A casa precisa de pessoas* e *O menino precisa de "um amigo*". Quando solicitado que diga quem é o sol, afirma: *ninguém*; corroborando o achado de privação ambiental. Existem indicadores de concretismo, depressão, insegurança e inadequação. Os desenhos sugerem necessidade de apoio e percepção do ambiente como rejeitador (atitude compensatória), possíveis defesas maníacas, pois fala que só seus brinquedos e suas brincadeiras são interessantes, os dos outros são chatos (enquanto, na verdade, se ressente de não ter amigos). Percebe-se a presença de indicadores de ansiedade. Mostra-se dependente e imaturo, tendo condutas regressivas e inadequadas (quer voltar à pré-escola, conforme a mãe e a professora). É possível que mostre dominação social compensatória. O protocolo revela ambivalência social, provavelmente relacionada à ansiedade, à insegurança e à tensão. O teste sugere presença de impulsividade.

Uma investigação complementar foi conduzida após seis meses de atendimento em vista à presença de oscilações do humor através dos seguintes instrumentos: BASC – Behavioral Assessment System For Children 1 (versão informatizada TEA, Madri 2004) e BASC Autoinforme nível 2 e Questionário de esquemas de Young (1992), versão parcial.

SÍNTESE INTERPRETATIVA DAS ESCALAS CLÍNICAS DA BASC

O fator atitude negativa em relação à escola apresenta pontuação em nível clinicamente significativo. Percebe-se risco para condutas antissociais. Apresenta atitude negativa com professores em nível clinicamente significativo, percebendo os professores como injustos ou exigentes demais. Revela atipicidade que denota tendência a apresentar mudanças bruscas de humor e condutas estranhas em nível médio. O fator lócus de controle denota escores em nível clinicamente significativos, indicando lócus de controle externo. Os escores acima de 70 sugerem que a motivação possa ser atingida negativamente de modo relevante, comprometendo também a sensação de autocontrole. O nível de estresse social também se apresenta alto (T=60), indicando falta de recursos de enfrentamento. O nível de ansiedade pode ser uma tendência a reagir rápido e de forma negativa para qualquer mínimo contratempo. A subescala de depressão apresenta índices preocupantes, clinicamente significativos, talvez associados à labilidade emocional. Associam-se a esse fator os escores clinicamente significativos do fator sentido de incapacidade. Os escores altos indicam que a criança não é perseverante e tende a rechaçar os objetivos tradicionais da sociedade.

SÍNTESE INTERPRETATIVA DAS ESCALAS ADAPTATIVAS

As relações interpessoais indicam satisfação, e as verbalizações na consulta corroboram esse achado. Com os pais, aponta relações moderadamente problemáticas, o que denota avanço nas interações com eles, já que apresentava características caóticas no início do atendimento. A autoestima e a autoconfiança comprometidas. Os escores indicam sentimento permanente de insatisfação consigo mesmo. Percebe-se também indicador de estado depressivo. A pontuação baixa nesse fator sugere dificuldade para enfrentar os desafios da vida, em especial os emocionalmente difíceis.

A interpretação das escalas (estresse social, ansiedade e depressão) agrupadas sugere alteração emocional grave caracterizada por depressão e ansiedade.

Prováveis esquemas em organização: Foi realizado inventário parcial de esquemas de Young (1992), e há escores altos no esquemas de dependência/incompetência funcional, isolamento social/alienação, grandiosidade/superioridade, autocontrole e autodisciplina insuficientes.

- **Síntese final da avaliação psicológica**: Presença de indicadores na avaliação

psicológica, compatíveis com quadro de TDAH do tipo misto e TB.

- **Hipótese diagnóstica (DSM IV):** 314.01 + TB
- **Indicação terapêutica:** terapia cognitivo-comportamental + acompanhamento neurológico + psiquiátrico + psicopedagógico.

A seguir, um trecho do atendimento psicológico com o diálogo entre terapeuta e paciente. Neste, o modelo ABC de Ellis é demonstrado na prática clínica:

T: Vamos conversar sobre essa situação de não estar fazendo nada na aula, João?
P: Vamos.
T: Vamos usar o ABC para entender isso juntos?
P: Pode ser.

A terapeuta então auxilia João a definir os itens:

A Na sala de aula, a professora propõe a execução de tarefa, e João se recusa a realizá-la.
B "Eu sou forte, posso mostrar minha resistência".
C Não realiza as atividades e não aprende na escola; se sente triste com os maus resultados; pode ser reprovado e perder os amigos que vão passar para próxima série; não aproveita sua capacidade intelectual; poderá não ter uma boa profissão na vida futura.
B2 Vou aproveitar meu QI superior.
C2 Vou me esforçar e fazer os exercícios.

Foi realizada disputa racional e novo pensamento B2, mais funcional, colocado no lugar do B1. Sugere-se utilizar um cartão *flash* com pensamento funcional para ler durante a semana (Vou aproveitar meu QI superior).

CURSO CLÍNICO E PROGNÓSTICO

Traduzir a complexidade do TB ao universo infantil é um grande desafio ao terapeuta de crianças. Papolus e Papolus (2006) apontam que o tempo que decorre desde o início da doença até a formulação do diagnóstico correto é de 10 anos para TB I e chega a 13 anos no caso da TB II. Essa constatação é muito preocupante quando se fala em pessoas em desenvolvimento e um alerta quanto à precariedade do diagnóstico nos primeiros anos da doença. Dessa forma, revela-se a importância do diagnóstico precoce tanto do ponto de vista biológico quanto psicossocial.

Neste capítulo buscou-se reunir informações atualizadas e técnicas de intervenção disponíveis em diferentes programas terapêuticos. A instrumentalização dos terapeutas é fundamental; por outro lado, considera-se que, aliado a técnica, um dos fatores essenciais na abordagem de pacientes é o fator humano. É essencial a disponibilidade humana para acompanhar esses pacientes em momentos caóticos, além da síntese entre ciência e arte.

Novos estudos serão necessários para determinar o impacto da intervenção na infância no curso da doença, mas é mantida a esperança de que o diagnóstico e a intervenção nos primeiros anos possam proteger o paciente e a família das vicissitudes que a falta da compreensão da doença traz. O conhecimento minimiza culpas, estresse social e traz a possibilidade de que à medida que a família compreender, a doença possa ser melhor conduzida, além de aumentar a chance de fortalecer os fatores de proteção.

REFERÊNCIAS

Angst, J., Gamma, A., Sellaro, A., Zhang, H., & Merikangas, K. (2003). Toward validation of atypical depression in the community: Results of the Zurich cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 73, 133-146.

Associação Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 4ª Edição*. Texto Revisado (DSM IV-TR). Washinghton, DC: American Psychiatric Association.

Axelson, D., Birmaher, B., Strober, M., Gill, M.K., Valeri, S., Chiappetta, L., et al. (2006). Phenomenology of children and adolescents with bipolar

spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry, 63, 1139-1148*.

Basco, M. (2009). *Vencendo o transtorno bipolar com a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre, Artmed.

Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Wozniak, J., Chen, L., Ouelette, C., et al. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbity? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 997-1008*.

Biederman, J. (1998). Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 1091-1093*.

Biederman, J., Russell, R., Soriano, J., Wozniak, J., & Faraone, S.V. (1998b) Clinical features of child with both ADHD and mania: does ascertainment sorce make a difference? *Journal of Affective Disorders, 51, 101-112*.

Biederman, J., Faraone, S.V., Wozniak, J., & Monuteaux, M.C. (2000) Parsing the associatin between bipolar, conduct and substance use disorders: a familial risk analysis. *Biological Psychiatry, 48, 1037-1044*.

Birmaher, B., Brent, D.A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., et al. (2000) Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 57*, 29-36.

Biederman, J., Faraone, S.V, Wozniak, J., Mick, E., Kwon, A., & Aleardi, M. (2004a). Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: Findings from a lerge sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *Journal of Affective Disorders, 82 (Suppl.1), S45-S58*.

Biederman, J., Kwon, A., Wozniak, J., Mick, E., Markowitz, S., Fazio, V., et al. (2004b) Absence of gender differences in pediatric bipolar disorder: findings of a large sample of referred youth. *Journal of Affective Disorders, 83, 207-214*.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., & Wozniak, J., (2004c). Pediatric bipolar disorder or disruptive behavior disorder? *Primary Psychiatry, 11, 36-41*.

Birmaher, B., Axelson, D., Strober, M., Gill, M.K., Valeri, S., Chiapetta, L., et al. (2006). Clinical course of children and adolescent bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry, 63, 175-183*.

Birmaher, B., Axelson, D., & Pavuluri, M. (2007). Bipolar disorder. In Martin, A. & Volkmar (org.) *Lewis´s child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Four Edition, Philadelphia, Linppincot Williams & Wilnkins, a Wolters Kluwer business.

Birmaher, B. (2009). *Crianças e adolescentes com transtorno bipolar*. Porto Alegre, Artmed.

Bloch, Y., Levcovitch, Y., Bloch, A.M., Mendlovic, S., Ratzoni, G. (2001) Electroconvulsive therapy in adolescents: similarities to and differences from adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1332-1336.

Bowden, C.L., Calabrese, J.R., Sachs, G., Yatham, L.N., Asghar, S.A., Hompland, M., et al. (2003) A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 392-400.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979).

Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2008) *Terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Aportes técnicos. Buenos Aires: Akadia.

Calabrese, J., Bowden, C., Sachs, G., Ascher, J., Monaghan, E., Rudd, G. (1999) A double-blind placebo-controlled study of lamotrigine monotherapy in outpatients with bipolar I depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 79-88.

Carandang, C.G., Maxwell, D.J., Robbins, D.R., Oesterheld, J.R. (2003). Lamotrigine in adolescent mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 750-751.

Carlson, G.A., & Goodwin, F.K. (1973). The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Archives of General Psychiatry, 28, 221-228*.

Carlson, G.A., & Strober, M. (1979) Affective disorders in adolescence. *Psychiatric Clinical North America, 2, 511-526*.

Carlson, G.A. (1998) Mania and ADHD: comorbity or confusion. *Journal of Affective Disorders, 51, 177-187*.

Carlson, G.A., & Kelley, K.L. (1998) Manic symptoms in psychiatrically hospitalizad children: what do they mean? *Journal of Affective Disorders,51, 123-135*.

Carlson, G.A, Bromet, E.J., Driessens, C., Mojtabai, R., & Schwartz, J.E. (2002) Age at onset, childhood psycopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 159, 307-309*.

Carlson, G.A., & Mick, E. (2003) Drug-induced disinhibition in psychiatrically hospitalizad children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 13, 153-163*.

Carlson, G.A., & Youngstrom, E.A. (2003).Clinical implications of pervasive manic symptoms in children. *Biological Psychiatry, 53, 1050-1058*.

Chambers, C.A., Smith, A.H., & Naylor, G.J. (1982). The effect of digoxin on the response to lithium therapy in mania. *Psychological Medicine, 12, 57-60*.

Chengappa, K.N.R., Kupfer, D.J., Frank, E., Houck, P.R., Grochocinski, V.J., Cluss, P.A., et al. (2003). Relationship of birth cohort and early age of onset of illness in a bipolar disorder case registry. *American Journal of Psychiatry, 160, 1636-1642*.

Correll, C.U., Penzer, J., Kafantaris, V., Nakayama, E., Auther, A., Lencz, T., et al., (2005) *Searching for prodromal symptoms in early-onset bipolar disorder*. Poster apresentado no encontro anual da American Psychiatric Association, Atlanta, GA, Maio.

Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., Stangl, D., Tweed, D., Erkanli, A., et al. (1996) The great smoky mountains study of youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry, 53, 1129-1136*.

Craney, J.L., & Geller, B. (2003) A pré-pubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: Review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disorders, 5, 243-256*.

DelBello, M.P., Carlson, G., Tohen, M., Bromet, E., Schwiers, M., & Strakowski, S. (2003) Rates and predictors of developing a manic or hypomanic episode 1 to 2 years following a first hospitalization for major depression with psychotic features. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13, 173-185*.

Emslie, G., Mayes, T., Laptook, R., & Batt, M. (2003) Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 435-456.

Faedda, G.L., Baldessarini, R.J., Suppes, T., Tondo, L., Becker, I., & Lipschitz, D. (1995) Pediatric-onset bipolar disorder: A neglected clinical and public health problem. *Harvard Review of Psychiatry, 3, 171-195*.

Faedda, G.L., Baldessarini, R.J., Glovinsky, I.P., & Austin, N.B. (2004). Pediatric bipolar disorder: Phenomenology and course of illness. *Bipolar Disorders, 6, 305-313*.

Faraone, S.V., Biederman, J., Wozniak, J., Mundy, E., Mennin, D., & O'Donnell, D. (1997) Is comorbity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1046-1055*.

Findling, R.L., Gracious, B.L., McNamara, N.K., Youngstrom, E.A., Demeter, C.A., Branick, L.A., et al. (2001) Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbity in pediatric bipolar-I disorder. *Bipolar Disorders, 3, 202-210*.

Findling R. L., McNamara, N. K., Gracious, B. L., Stansbry, R., Whipkey, R. E., Demeter, C. A., et al. (2003) Combination lithium and divalproex sodium in pediatric bipolarity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 895-901*.

Friedberg, R.D.; Friedberg, B.A., & Friedberg, R.J. (2001) *Therapeutic exercises for children. Guided self-discovery using cognitive-behavioral techniques*. Professional Resource Press, USA.

Friedman, R.C., Hurt, S.W., Clarken, J.F., & Corn, R. (1983) Primary and secondary affective disorders in adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67(4), 26-235*.

Geller, B., Fox, L.W., e Clark, K.A. (1994) Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6- to 12-year-old depressed children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 461-468.

Geller, B., & Luby, J. (1997) Child and adolescent bipolar disorder: Review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36, 1168-1176*.

Geller, B., Warner, K., Williams, M., & Zimerman, B. (1998a). Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD: Assessment and validity using the WASH-U-KSADs, CBCL and TRF. *Journal of Affective Disorders, 51, 93-100*.

Geller, B., Williams, M., Zimerman, B., Frazier, J., Beringer, L., & Warner, K. (1998b) Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *Journal of Affective Disorders, 51, 81-91*.

Geller, B., Bolhofner, K., Craney, J.L., Williams, M., DelBello, M.P., & Gundersen, K. (2000a) Psychosocial functioning in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 1543-1548*.

Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., Craney, J.L., DelBello, M.P. et al. (2000b) Diagnostic characteristics of 93 cases of prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty and comorbid attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 10, 157-164*.

Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., Bolhofner, K., & Craney, J.L. (2001) Bipolar disorder at prospective follow-up of adults Who had prepubertal major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 158, 125-127*.

Geller, B., Craney, J.L., Bolhofner, K., Nickelsburg, M.J., Williams, M., & Zimerman, B. (2002a) Two years prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry, 159, 927-933*.

Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., DelBello, M.P., Bolhofner, K., Craney, J.L., et al. (2002b) DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 12, 11-25*.

Geller, B., Zimerman, B., Williams, M., DelBello, M.P., Frazier, J., & Beringer, L. (2002c) Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoghts and hypersexuality. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 12, 3-9*.

Geller, B., Tillman, R., Craney, J.L., & Bolhofner, K. (2004) Four-year prospective and natural history of mania in children with prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *Archives of General Psychiatry, 61, 459-467*.

Goldberg, J.F., Harrow, M., & Whiteside, J.E. (2001) Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression. *American Journal of Psychiatry, 158, 1265-1270*.

Harrington, R., & Myatt, T. (2003) Is preadolescent mania the same condiction as adolescent mania? A british perspective. *Biological Psychiatry, 53, 961-969*.

Hazell, P.L., Carr, V., Lewin, T.J., & Sly, K. (2003) Manic symptoms in young males with ADHD predict functioning but not diagnosis after 6 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42, 552-560*.

Jaideep, T., Reddy, Y.C.J., & Srinath, S. (2006) Comorbity of attention déficit hyperactivity disorder in juvenile bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 8, 182-187*.

Judd, L.J., & Akiskal, H.S. (2003) The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in U.S. population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders, 73, 123-131*.

Kafantaris, V., Coletti, D.J., Dicker, R., Padula, G., & Pollack, S. (1998) Are childhood psychiatric histories of bipolar adolescents associated with family history, psychosis, and response to lithium treatment? *Journal of Affective Disorders, 51, 153-164*.

Kendal, P. (1992a) *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. Temple University, Workbook Publishing, Inc.

Kendal, P. (1992b) *Stop and think*. Second edition. Temple University, Workbook Publishing, Inc.

Kendall, P., & Hedtke, K. (2006) *The coping cat workbook*. Second edition, Workbook publishing.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62, 593-602*.

Kirov, G., & Murray, R.M. (1999) Ethnic differences in the presentation of bipolar disorder. *European Psychiatry, 14, 199-204*.

Klein, D.N., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1996) Hypomanic personality traits in community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders, 38, 135-143*.

Kovacs, M. (1996) Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 705-715*.

Kovatch, R.A., Fristad, M., Birmaher, B., Wagner, K.D., Findling, R.L., Hellander, M., et al. (2005) Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder: Child psychiatric workgroup on bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 213-235*.

Kutcher, S.P., Marton, P., & Korenblum, M. (1990) Adolescent bipolar illness and personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 355-358*.

Kutcher, S.P., Robertson, H.A., & Bird, D. (1998) Premorbid functioning in adolescent onset bipolar I disorder: A preliminary report from an ongoing study. *Journal of Affective Disorders, 51, 137-144*.

Leibenluft, E., Chaney, D.S., & Pine, D.S. (2003a) Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry, 53, 1009-1020*.

Leibenluft, E., Chaney, D.S., Towbin, K.E., Bhangoo, R.K., & Pine, D.S. (2003b) Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry, 160, 430-437*.

Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., & Seeley, J.R. (1995) Bipolar disorders in a community sample o folder adolescents: prevalence, phenomenology, comorbity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 454-463*.

Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., & Seeley, J.R. (2000) Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disorders, 2, 281-293*.

Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., & Seeley, J.R. (2003) Bipolar disorders during adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108(Suppl. 418), 47-50*.

Lish, J.D., Dime-Meenan, S., Whybrow, P.C., Price, R.A., & Hirschfeld, R.M.A. (1994) The National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorders, 31, 281-294*.

Luby, J., & Mrakotsky, C. (2003) Depressed preschoolers with bipolar family history: a group at high risk for later switching to mania? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13, 187-197*.

Masi, G., Perugi, G., Toni, C., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N. et al. (2006) Attention-defficit hyperactivity disorder-bipolar comorbity in children and adolescents. *Bipolar Disorders, 8, 373-381*.

Masi, G., Toni, C., Perugi, G., Travierso, M.C., Millepiedi, S., Mucci, M. et al. (2003) Externalizing disorders in consecuvely referred children and adolescents with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry, 44, 184-189*.

McClellan, J., McCurry, C., Snell, J., & DuBose, A. (1999). Early-onset psychotic disorders: Course and outcome over a 2-year period. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 1380-1388*.

McElroy, S.L., Strakowski, S.M., West, S.A., Keck., P.E., & McConville, B.J. (1997) Phenomenology of adolescent and adult mania in hospitalized patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 154, 44-49*.

Miklowitz, D. (2003). A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 67(Suppl 11), 28-33*.

Miklowitz, D. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: states of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 165(11), 1408-1419*.

Mufson, L., Weissmann, M.M., Moreau, D., Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56*, 573-579.

National Institute of Mental Health (2001) National Institute of Mental Health research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 871-878*.

Oliveira, I. (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*.

Papolos, D.F. (2003). Bipolar disorder and comorbid disorders: the case for a dimensional nosology. In B. Geller and M. DelBello (Eds.), *Child and early adolescent bipolar disorder: theory, assessment, and treatment*. New York: Gulford Publications.

Papolus, D., & Papolus, J. (2006) *The bipolar child. The definitive and reassuring guide to childhood's most misunderstood disorder.* Third edition, Broadway Books.

Patel, N.C., DelBello, M., & Strakowski, S.M. (2006) Ethnic differences in symptom presentation of youths with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 8, 95-99*.

Pavuluri, M., Graczyk, P., Henry, D., Carbray, J., Heidenreich, J., & Miklowitz, D. (2004a) Child and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, 528-537*.

Pavuluri, M., Herbener, E.S., & Sweeney, J.A. (2004b) Psychotic symptoms in pediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 80(1), 19-28*.

Pavuluri, M., Birmaher, B., & Naylor, M. (2005) Pediatric bipolar disorder: a review of past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44, 846-868*.

Post, R.M., Leverich, G.S., Fergus, E., Miller, R., & Luckenbaugh, D. (2002) Parental attitudes towards early intervention in children at risk of affective disorders. *Journal of Affective Disorders, 70(2), 117-124*.

Rajeev, J., Srinath, S., Reddy, Y.C.J., Shashikiran, M.G., Girimaji, S.C., Seshadri, S.P., et al. (2003) The índex manic episode in juvenile-onset bipolar disorder: the pattern of recovery. *Canadian Journal of Psychiatry, 48, 52-55*.

Rey, J.M., Walter, G. (1997). Half a century of ECT use in young people. *American Journal of Psychiatry, 154*, 595-602.

Sachs, G.S., Baldassano, C.F., Truman, C.J., & Guille, C. (2000) Comorbity of attention deficit hyperactivity disorder with early- and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 157, 466-468*.

Schneck, C.D., Miklovitz, D.J., Calabrese, J.R., Allen, M.H., Thomas, M.R., Wisniewski, S.R., et al. (2004) Phenomenology of rapid-cycling bipolar

disorder: data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program. *American Journal of Psychiatry, 161, 1902-1908*.

Smith, D.J., Harrison, N., Muir, W., & Blackwood, D.H.R. (2005) The high prevalence of bipolar spectrum disorders in young adults with recurrent depression: toward an innovative diagnostic framework. *Journal of Affective Disorders, 84, 167-178*.

Stanton, D., & Lysne, D.(1999) Children with bipolar disorder [Letter to the editor]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 496*.

Stark, K., & Kendall, P. (1996) *Treating depressed children: therapist manual for "Taking action"*. Workbook Publishing Inc.

Strakowski, S.M., McElroy, S.L., Keck, P.E., & West, S.A. (1996) Racial influence on diagnosis in psychotic mania. *Journal of Affective Disorders, 39, 157-162*.

Strober, M., & Carlson, G. (1982) Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, psychopharmacologic preditor in a three- to four-year prospective follow-up investigation. *Archives of General Psychiatry, 39, 549-555*.

Strober, M., Morrell, W., Lampert, C., Burroughs, J. (1990) Relapse following discontinuation of lithium maintainace therapy in adolescents with bipolar I illness: a naturalistic study. *American Journal of Psychiatry, 147, 457-461*.

Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C., & DeAntonio, M. (1995) Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 724-731*.

Strober, M., DeAntonio, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Lampert, C., & Diamond, J. (1998) Early childhood attention déficit hyperactivity disorder predicts poorer response to acute lithium therapy in adolescent mania. *Journal of Affective Disorders, 51, 141-151*.

Suppes, T., & Dennehy, E. (2009) *Transtorno bipolar*. Porto Alegre, Artmed.

Tillman, R., Geller, B. (2003). Definitions of rapid, ultrarapid, and ultradian cycling and of episode duration in pediatric and adult bipolar disorders: a proposal to distinguish episodes from cycles. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13, 267-271*.

Tillman, R., Geller, B., Craney, J.L., Bolhofner, K., Williams, M., & Zimerman, B. (2004) Relationship of parent and child informants to prevalence of mania symptoms in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry, 161, 1278-1284*.

Tramontina, S., Schmitz, M., Polanczyk, G., & Rhode, L. (2003) Juvenile bipolar disorder in Brazil: clinical and treatments findings. *Biological Psychiatry, 53, 1043-1049*.

Wals, M., Hillegers, M.H., Reichert, C.G., Ormel, J., Nolen, W.A., & Verhulst, F.C. (2001) Prevalence of psychopathology in children of bipolar parent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40, 1094-1102*.

Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., et al. (1999a) Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association, 281, 1707-1713*.

Weissman, M.M., Wolk, S., Wickramaratne, P., Goldstein, R.B., Adams, P., Greenwald, S., et al. (1999b) Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of General Psychiatry, 56, 794-801*.

Wozniak, J., Biederman, J., Kiely, K., Ablon, J.S., Faraone, S.V., Mundy, E., et al. (1995) Mania-like symptoms sugestive of childhood-onset bipolar in clinically referred children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 867-876*.

Wozniak, J., Biederman, Faraone, S.V., Blier, H., & Monuteaux, M.C. (2001) Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 64, 121-131*.

Wozniak, J., Spencer, T., Biederman, Kwon, A., Monuteaux, M., Rettew, J., et al. (2004) The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth. *Journal of Affective Disorders, 82(Suppl. 1), S59-S69*.

Young, J. (1992). G*uia de estratégias para trabalhar com os esquemas* (Adaptado para o Brasil por Mônica G. Armando). Comunicação pessoal de Young, São Paulo, 2007.

Youngstrom, E., Findling, R. L., & Calabrese, J. R. (2004) Effects of adolescent manic symptoms on agreement between youth, parent, and teacher ratings of behavior problems. *Journal of Affective Disorders, 825, S5-S16*.

Zornberg, G.L., Pope, H.G.J. (1993). Treatment of depression in bipolar disorder: new directions for research. *Journal of Clinical Psychiatry, 13*, 397-408.

ANEXO 10.1

Diário do humor

Nome:

Data:

Instruções: Os pais devem preencher esse protocolo através de sua observação e/ou de perguntas à criança. Marque de -5 a +5 o número que melhor descreve o humor de seu filho hoje (use apenas um X na lacuna correspondente ao dia e turno).

Humor	**SEMANA**																				
	Seg			**Ter**			**Qua**			**Qui**			**Sex**			**Sab**			**Dom**		
TURNOS	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
+5 Sem dormir, fora de controle.																					
+4 Muito agitado, agressivo, julgamento prejudicado.																					
+3 hipomaníaco ou muito irritado																					
+2 Energizado																					
+1 Feliz, ativo																					
0 Normal																					
-1 Devagar, para baixo																					
-2 Triste																					
-3 deprimido (cansado, sem prazer nas atividades, triste, choroso).																					
-4 Paralisado																					
-5 Falando em se matar ou alguma atitude de automutilação																					

Obs.: A variabilidade igual ou acima de +3 ou igual ou abaixo de -3 deve ser comunicada ao médico. O que causou a mudança no humor (gatilho)? Quanto tempo a criança levou para se recuperar (horas)? (use o verso para anotar as respostas)

*Protocolo baseado no modelo de Basco, 2009.

ANEXO 10.2

Este protocolo serve para medir a energia do estado de letargia até a hiperatividade. Não é incomum a súbita mudança de disposição energética em um mesmo dia.

Figura A.1- Mensuração de energia

Vamos medir sua energia?

Quantas montanhas dessas você subiria hoje?

5, 4, 3, 2, 1, 0, -1, -2, -3, -4, -5



Figura adaptada a partir da metáfora sugerida por Papolos e Papolos, 2008.

ANEXO 10.3

A árvore de apoio social da criança e sua família

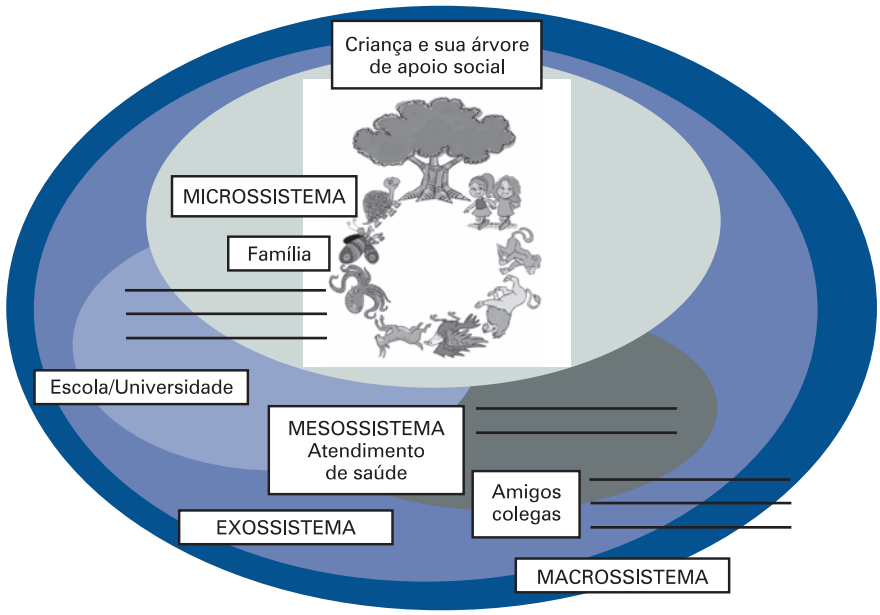


Figura A.2
Árvore de apoio da criança em seu contexto bioecológico.

ANEXO 10.4





DE PROPÓSITO *versus* SEM QUERER

1. Um colega chega à sala e não lhe da oi
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

2. Sua mãe pede para você ajudar a arrumar os brinquedos
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

3. Interrompe a professora falando ao mesmo tempo que ela
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

4. No recreio seu colega respinga leite em seu lanche
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

5. Seu amigo não lhe dá presente de aniversário
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

6. Alguém corta sua vez na fila
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

7. Alguém esbarra na mesa que você está sentado quando não está olhando onde vai
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

8. Alguém pega seu lápis de cor e não lhe devolve
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

9. Um colega debocha de você e xinga-o
   ( ) De propósito ( ) Sem querer

10. Alguém lhe olha de um modo estranho
    ( ) De propósito ( ) Sem querer

A) Como você pode saber se uma situação foi de propósito ou sem querer?

B) Por que é importante aprender se é de propósito ou sem querer?

11

Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade

Circe Salcides Petersen
Eduardo Bunge
Javier Mandil
Martín Gomar

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, serão abordados as fobias específicas, os transtornos de ansiedade generalizada, a fobia social e o transtorno de ansiedade de separação, que apesar de serem entidades clínicas distintas, apresentam-se em um *continuum* que se estende desde as situações específicas até o transtorno de ansiedade generalizada, caracterizado por temores globais e difusos. Os transtornos de ansiedade serão apresentados do ponto de vista descritivo, etiológico, epidemiológico, curso, prognóstico, tratamento cognitivo-comportamental e, finalmente, caso clínico ilustrativo com conceitualização e técnicas de intervenção como modelo.

A ideia de agregar todos os transtornos de ansiedade, a exemplo de Kendall (2006a), tem por objetivo agregar as técnicas de intervenção dirigidas a esses transtornos em um único capítulo. Serão apresentadas técnicas oriundas de tratamentos baseados em evidências, com sugestões de aplicação de modo flexível e fiel, promovendo a transição e disseminação dos tratamentos baseados em evidências. Os fundamentos empíricos para a TCC dos transtornos de ansiedade iniciaram em 1994 com o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou o programa de intervenção *coping cat*, com 47 crianças entre 8 e 13 anos diagnosticadas com transtorno de ansiedade social, ansiedade generalizada e evitação. Os resultados indicaram significativa melhora, com um total de 66% da amostra não mais preenchendo os critérios diagnósticos após intervenção e mantidos após um ano de tratamento. Um segundo estudo com 94 crianças entre 7 e 14 anos indicou que 50% das crianças tratadas tiveram remissão dos sintomas. Estudos com o modelo *coping cat* foram realizados em outras culturas (Barret et al., 1996), na Austrália (Mendlowitz et al., 1999) e no Canadá, nos quais foi demonstrada eficácia da intervenção (Albano e Kendall, 2002; Kendall e Beidas, 2007).

No processo de investigação das diferentes variáveis envolvidas na determinação do transtorno de ansiedade, deve ser contemplado o contexto ecológico da criança. É pertinente envolver a família e a escola na coleta de dados durante o período de avaliação, investigando os possíveis estres-

sores familiares ou sociais envolvidos nos sintomas da criança, já que nos transtornos de ansiedade os conflitos conjugais são possíveis complicadores. Na avaliação inicial, é dada especial atenção aos fatores de risco e proteção que a família e os outros sistemas que envolvem a criança podem representar. Alerta-se para o fato de que risco/proteção são fatores dinâmicos, e a escola, que é um fator de proteção em uma área da vida da criança, pode representar um risco em outra. Por exemplo, as situações de *bullying*, que não raro estão associadas a sintomas de ansiedade na infância. A psicopatologia familiar também é um fator de risco para pessoas em desenvolvimento. Portanto, os estilos parentais, as relações com os pares e as relações familiares também devem ser observadas.

A ansiedade tem sua expressão em quatro dimensões bem definidas: emoções, comportamento, pensamentos e corpo. Os conteúdos dos medos das crianças têm sido definidos em cinco fatores preponderantes: medo de críticas ou de falhar; medo do desconhecido; medo de ser machucado ou de pequenos animais; medo de perigos ou de morte; medo de doenças físicas. Normalmente, à medida que a criança cresce, os medos diminuem (Kendall, 2006a).

EPIDEMIOLOGIA

Os transtornos de ansiedade são os que mais afetam crianças e adolescentes, com uma prevalência entre 4 e 20%. O surgimento dessas manifestações na infância são fortes preditores de transtornos de ansiedade em adultos. O diagnóstico clínico é realizado seguindo os mesmos critérios aplicados aos adultos, com exceção do transtorno de ansiedade de separação, típico da infância e da adolescência (Krain et al., 2007). Apesar da alta prevalência dos transtornos de ansiedade na infância, atualmente são subdiagnosticados e subtratados (Walkup et al., 2008).

CLASSIFICAÇÃO

Os quadros de ansiedade segundo o DSM-IV-R se subdividem em transtorno de ansiedade de separação, fobia social, ansiedade generalizada e fobia específica. Os transtornos de ansiedade de separação (TAS), têm como características principais a ansiedade e a preocupação excessiva relativa à separação da pessoa amada e fator de risco para o desenvolvimento de transtorno do pânico e de agorafobia em adultos. Na fobia social, a característica essencial é o medo persistente relacionado a situações sociais. O comportamento inibido pode ser um preditor relacionado ao temperamento para fobia social em crianças e adultos. No transtorno de ansiedade generalizada, a criança traz excessivas e múltiplas preocupações, apresenta pelo menos uma queixa somática e tem vínculo genético com depressão. A ansiedade é uma resposta humana normal que está presente em todas as pessoas; porém, têm-se como parâmetros intensidade, frequência e duração dos sintomas para estabelecer diagnósticos na infância. Cabe ressaltar que todos os transtornos descritos pelo DSM-IV requerem a presença de estresse significativo e prejuízo nas áreas social, escolar e outras (Krain et al., 2007).

ETIOLOGIA

Os transtornos de ansiedade têm em sua etiologia a combinação de variáveis biológicas e ambientais. O modelo diátese-estresse de psicopatologia ressalta que a história da aprendizagem tem um papel fundamental. Alguns fatores de risco têm sido identificados para os transtornos de ansiedade, incluindo estilos de apego inseguro, temperamento da criança, presença de transtorno de ansiedade nos pais, determinadas características dos estilos parentais, como superproteção e comportamentos de evitação. O temperamento inibido no bebê está associado à irritabilidade, aos medos difusos entre 18 e 30 meses e correlacionado a transtornos de ansiedade. A an-

O modelo etiológico dos transtornos de ansiedade pode ser resumido pela interação dos fatores:

1. influências genéticas e ambientais;
2. circuitos neurais envolvidos nas emoções;
3. processos psicológicos e
4. tendências comportamentais, incluindo temperamento (Reinecke, Dattilio e Freeman, 2009; Krain et al., 2007; Morris e March, 2004).

siedade nos pais tem sido apontada como preditor do transtorno de ansiedade em crianças. Estilos parentais de superproteção e controle demasiado estão associados à baixa autoeficácia em crianças, fator diretamente relacionado aos transtornos de ansiedade.

A etiologia comportamental é baseada no paradigma da evitação aprendida. Dois fatores combinados explicam o fenômeno: condicionamento clássico e operante. O pareamento do estímulo causador de medo e um lugar pode resultar em medos fóbicos específicos; por outro lado, reforços resultantes de evitações desse lugar pela redução de desconforto caracteriza a aprendizagem operante. O oposto de evitação é a exposição, motivo pelo qual é a técnica de intervenção de primeira escolha para os quadros de evitação, uma vez que resultará em um nova aprendizagem adaptativa. Outra possibilidade de comportamento aprendido é o reforço de condutas de evitação da criança por parte dos cuidadores (Shapiro, Friedberg e Bardenstein, 2006).

A etiologia cognitiva se baseia no papel de percepções não realistas e interpretações ameaçadoras dos fatos. O diálogo interno dessas crianças normalmente é marcado por previsões de falhas e perigo. Indivíduos ansiosos são pessimistas em relação à magnitude dos eventos, e normalmente seu erro clássico de processamento de informação é o catastrofismo. Além de superestimar eventos externos, o ansioso subestima sua capacidade de enfrentamento a respeito de eventos negativos. As pessoas que experimentam ansiedade acreditam que estão sob ameaça de dano físico ou social. A interpretação do evento ou do estímulo como ameaçador é essencial nos transtornos de ansiedade. É relevante observar a presença de viés atencional comum nessas circunstâncias, já que a criança provavelmente ficará hipervigilante a estímulos corporais e/ou potencialmente perigosos. A pessoa ansiosa percebe mais sinais de perigo e pode erroneamente interpretar o aumento de ameaças eminentes aumentando sua preocupação e reforçando ainda mais a interpretação superdimensionada (Salkovskis, 2005; Shapiro, Friedberg e Bardenstein, 2006).

CURSO E PROGNÓSTICO

Nem toda resposta ansiosa por parte da criança pode ser considerada patológica, a bibliografia científica considera que o conteúdo dos medos ao longo do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes pode estar relacionado a pautas normais deste. Os medos podem estar relacionados a diferentes formas de adaptação frente a estressores. Os medos mais frequentes de acordo com o estágio evolutivo são os seguintes: do nascimento aos 6 meses: perda de contato físico com a mãe e ruídos intensos; dos 7 aos 12 meses: pessoas ou situações estranhas e ansiedade de separação; dos 2 aos 3 anos: medo de animais; dos 3 aos 6 anos: medo de escuro, tormentas, criaturas imaginárias e perda de entes queridos; dos 6 aos 10 anos: preocupações acerca de dano físico, de perigos e da escola; dos 10 aos 12 anos: preocupações a respeito das amizades; a partir dos 13 anos: preocupações a respeito de relações com o sexo oposto, independência e planos de vida (Sroufe e Rutter,1984).

Os transtornos de ansiedade na infância costumam ter quadros mistos. Em um estudo realizado por Walkup e colaboradores (2008), a maioria das crianças que ingressaram na escola receberam diagnóstico de dois ou mais transtornos de ansiedade (78,7%) e um ou mais diagnósticos secundários (55,3%). Esses fatores representam maior risco para comorbidades e psicopa-

tologia quando adultos (ansiedade, uso de substâncias) e ainda pobre adaptação em diferentes dimensões da vida, como acadêmica, relacionamentos pessoais e familiares. Esses transtornos também predizem transtornos de ansiedade e depressão maior na vida adulta (Walkup et al., 2008). Estudos realizados com crianças e adolescentes que sofrem de ansiedade indicam que a idade de início dos transtornos varia amplamente: a fobia específica, a ansiedade generalizada e a fobia social se manifestam no início da idade escolar; outro grupo de transtornos como a agorafobia, a ansiedade generalizada infantil e o transtorno obssessivo-compulsivo, começam aos 9 a 11 anos; entretanto, aproximadamente aos 13 anos surgiria o transtorno de pânico (Costello, Angold, Burns, Stangl, Tweed, Erkanli e Worthman, 1996)

Fobia social, ansiedade generalizada e ansiedade de separação são entendidos a partir dos mesmos construtos e tratados com intervenções semelhantes. No entanto, a fobia social apresenta comorbidades com transtornos do humor e tem menor resposta da TCC do que os outros dois (Kendall e Suveg, 2006; Puleo, Klungman e Kendall, 2009). Um ensaio clínico randomizado sugere que as crianças com transtorno de ansiedade melhoram com TCC, tanto em grupo quando individual, porém aquelas com altos escores em ansiedade social parecem responder preferencialmente a tratamento individual (Manassis et al., 2002).

PSICOTERAPIA

A TCC para os transtornos de ansiedade envolve diferentes técnicas comportamentais e cognitivas relacionadas aos problemas etiológicos anteriormente descritos. O tratamento normalmente se divide em duas etapas: estratégias facilitadoras e exposição às situações temidas, devendo iniciar com educação afetiva e familiarização com o modelo de tratamento por meio de psicoeducação (Shapiro, Friedberg e Bardenstein, 2006). O tratamento para os transtornos de ansiedade visa ensinar a criança a reconhecer sinais de ansiedade, utilizando-os para enfrentá-la. A criança aprende a identificar os processos cognitivos envolvidos no estado de excessiva ansiedade e recebe treinamento em relaxamento. Para atingir essas metas, algumas estratégias têm demonstrado eficácia e estão compiladas no modelo de tratamento *coping cat* (Kendall, 1994; Kendall et al., 1997).

O desenvolvimento do tratamento não depende somente das técnicas selecionadas, mas também da sensibilidade do terapeuta infantil. Algumas variáveis são significativas e devem ser observadas na avaliação inicial: as comorbidades, o nível de desenvolvimento, os estressores familiares e ambientais e, finalmente, a condição socioeconômica. É necessário o ajuste da sintonia fina entre a fidelidade às técnicas que se mostraram efetivas e a flexibilidade indispensável a um terapeuta.

Os tratamentos manualizados podem ser utilizados como subsídios aos clínicos para a inclusão de módulos personalizados aos pacientes em tratamento. O *coping cat*, (Kendal e Hedtke, 2006a) tem em sua estrutura as seguintes técnicas: ajudar a criança a identificar e nomear seus sentimentos tanto negativos quanto positivos; usar estratégias para manejo de ansiedade, oferecer treinamento comportamental de relaxamento. Parte-se do *role play*, da educação afetiva, da modelagem para uso de estratégias de *coping* mais eficazes, da identificação de reações corporais, das técnicas de relaxamento, do controle de contingências pelo uso de recompensas, da exposição na imaginação e *in vivo* (Kendall e Hedtke, 2006a).

Um ensaio clínico randomizado conduzido com 19 crianças entre 9 e 13 anos indicou significativa melhora após TCC, e as conquistas foram mantidas um ano após a finalização o tratamento. Achados preliminares desse estudo sugerem que a técnica de exposição teve um papel fundamental nos resultados (Kendall et al., 1997). A participação dos pais tem sido alvo de investigação, e ainda é controverso de que forma a sua participação pode contribuir na melhora. Um estudo conduzido com 62 partici-

pantes com transtorno de ansiedade e seus pais investigou três grupos distintos: TCC só com a criança; TCC com os pais e a criança; apenas os pais participaram da intervenção. Os resultados sugerem que em todas as modalidades de intervenção houve redução nos sintomas de ansiedade e depressão, assim como mudanças nas estratégias de *coping*. Aquela que envolveu pais e crianças apresentou maior uso de estratégias ativas de *coping*. A presença dos pais com os filhos mostrou progressos significativos em termos de bem-estar, se comparados com a outra modalidade que incluía apenas os pais (Mendlowitz et al., 1999).

Barrett, Dadds e Rapee (1996) compararam os resultados da aplicação de terapia cognitivo-comportamental individual com uma condição de intervenção que incluía TCC mais um programa de treinamento familiar em manejo de ansiedade. No programa familiar, os pais foram treinados em gestão de contingências, técnicas de comunicação, resolução de problemas e controle de suas respostas emocionais. Setenta e nove crianças e adolescentes de 7 a 14 anos com diagnósticos de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação e fobia social foram sorteados entre as três condições (amostra randomizada): TCC, TCC mais programa de manejo familiar da ansiedade e uma lista de espera como grupo-controle. As três condições de estudo se desenvolveram durante 12 semanas.

Ao término do tratamento, 60% das crianças que fizeram parte do grupo na condição de intervenção individual e de intervenção combinada apresentaram remissão da sintomatologia, em comparação com 30% de melhora apresentado pelas crianças da lista de espera. No seguimento (*follow up*) em 1 ano, a melhora foi registrada em 70% dos participantes na condição de terapia cognitiva individual contra 95% na condição de TCC mais intervenção familiar. Os autores concluem que, ao levar em conta os resultados positivos da intervenção combinada, os componentes familiares da terapia cognitivo-comportamental justificam mais atenção e investigação.

Por outro lado, Khanna e Kendall (2009) compararam a eficácia de TCC individual com TCC envolvendo a família (TCCF) e abordagem familiar focada em apoio e educacional (AFFAE). Através desse estudo, exploraram a associação das técnicas terapêuticas e o treinamento parental nos resultados. As técnicas investigadas foram manejo parental de ansiedade, transferência de controle do terapeuta para os pais na implementação de *coping* eficaz, treinamento de habilidades de comunicação e treinamento de manejo de contingências. A transferência de controle do terapeuta para os pais e o manejo parental de ansiedade contribuíram para a melhora global da criança em FTCC; no entanto, o treinamento parental não contribuiu de modo significativo nos níveis de ansiedade da criança.

Mandil e colaboradores (2009) ressaltam a importância da incorporação de recursos tecnológicos na psicoterapia com crianças e adolescentes (foi publicada uma versão do *coping cat* em formato CD-ROM). De acordo com Khanna e Kendall (2008),

> os resultados das investigações validaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para a ansiedade infantil; existe, no entanto, a necessidade de desenvolver versões dos tratamentos em um formato econômico e transportável. Uma meta pendente é a disseminação dos tratamentos baseados em evidências desde os espaços clínicos aos contextos comunitários.

Devido a isso, surgiu o *Camp cope-a-lot*, um programa interativo que, a partir de jogos, perguntas e desafios, orienta pacientes de 7 a 13 anos em diferentes etapas do tratamento. O *software* foi concebido como um complemento ao tratamento padronizado, e sua implementação, de acordo com os autores, reduz a quantidade de horas de intervenção direta por parte do terapeuta. Os resultados preliminares dos estudos de eficácia relacionados ao programa parecem avaliar a viabilidade da adaptação do manual ao formato computadorizado.

PSICOTERAPIA E MEDICAÇÃO

Até o momento, o mais relevante sobre tratamentos de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes foi o *Estudo multimodal de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes* (Walkup et al., 2008), um estudo clínico multicêntrico, controlado e randomizado com uma amostra de 488 crianças e adolescentes entre 7 a 17 anos, que tinham o diagnóstico primário de transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica ou fobia social. Tiveram 14 sessões de terapia cognitivo-comportamental, sertralina (em doses de até 200 mg/dia), combinação de sertralina e terapia cognitivo-comportamental ou placebo durante 12 semanas. Os resultados indicam que o percentual de crianças que melhoraram muito ou bastante na escala de impressão clínica global foi de 80,7% para tratamento combinado, 59,7% para TCC e 54,9% para sertralina. Todos os tratamentos foram superiores ao placebo (23,7%). A abordagem combinada foi superior a ambas as monoterapias. Os resultados obtidos na escala de ansiedade pediátrica foram similares em magnitude e padrão de resposta; já o tratamento combinado teve melhor resultado que somente TCC, que foi equivalente à sertralina, e todas as terapias foram superiores ao placebo. Eventos adversos, incluidos ideação suicida ou homicida, não foram mais frequentes no grupo de sertralina do que no grupo placebo, e nenhuma criança tentou cometer suicídio (dado que não foi menor levando em conta as controvérsias acerca do uso da medicação em adolescentes com depressão). Foram observadas menos manifestações de insônia, fadiga, sedação ou cansaço associados à TCC do que à sertralina.

Os efeitos positivos da TCC, em comparação com o placebo, agregam nova informação à literatura existente. Mesmo assim, o estudo inclui crianças com sintomas de moderados a severos, diferentemente de outros que foram criticados por incluir crianças com sintomas leves. Antes desse estudo, a TCC para crianças ansiosas era considerada "provavelmente eficaz" (Silverman, Pina, Viswesvaran, 2008). Essa avaliação de TCC junto a outros estudos recentes (Beidel, Turner, Sallee, Ammerman, Crosby e Pathak, 2007; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, Suveg, 2008) sugerem que a modalidade terapêutica constitui um tratamento bem estabelecido, baseado em evidências para a abordagem da ansiedade infantil. Levando em conta que o risco de eventos adversos é menor no grupo de TCC que no grupo de sertralina, alguns pais e filhos podem considerar a TCC como tratamento inicial.

CONCEITOS BÁSICOS DO *COPING CAT*

Alguns conceitos básicos são introduzidos para a criança ao longo do tratamento: o reconhecimento das reações corporais como um indicador da presença da ansiedade, desenvolvimento de habilidades para enfrentar os estados ansiosos e modificar as emoções, introdução de autoinstrução eficaz para enfrentar situações através de reestruturação cognitiva, fazendo com que a organização cognitiva deixe de ser gatilho para ansiedade. É pertinente introduzir a ideia de autoavaliação e autorrecompensa pelos sucessos, mesmo que parciais. Na continuação, serão detalhados os objetivos e as estratégias desenvolvidos ao longo do tratamento (**Quadro 11.1**).

Um dos elementos-chave do tratamento são os quatro passos para enfrentar ansiedade que estão descritos no **Quadro 11.2**.

Dessa forma, o MEDO se transforma em MOEP (Mostrar O que Eu Posso). O programa oferece uma forma de aproximação estruturada, porém a flexibilidade do terapeuta é desejável, maximizando as conquistas mediadas pelo tratamento.

O **Quadro 11.3** apresentado originalmente no manual do terapeuta do Programa *coping cat* (Kendall e Hedtke, 2006a).

QUADRO 11.1
Objetivos e estratégias do Coping cat

Objetivos	Reconhecer os sentimentos de ansiedade e as reações somáticas Detectar os pensamentos catastróficos nas situações que geram ansiedade Desenvolver um plano para enfrentar a ansiedade Avaliar o próprio desempenho e se reforçar
Estratégias	Modelagem Exposição *in vivo* Relaxamento Reforço contingente

QUADRO 11.2
Passos de enfrentamento da ansiedade

Medo paralisando	**M**ostrar
Esperando coisas ruins acontecerem	**O** Que
Diferentes atitudes podem ajudar	**E**u
Oferecendo recompensas a si mesmo	**P**osso

Esquema baseado em Kendall e Hedtke, 2006a, adaptado para a língua portuguesa.

QUADRO 11.3
Esquema do Programa *coping cat*

SESSÃO	OBJETIVO DA CONSULTA
1	Construir *rapport* e orientações gerais do tratamento
2	Aprender a identificar a ansiedade
3	Identificar respostas corporais à ansiedade
4	Promover encontro com pais
5	Treinar o relaxamento
6	Aprender a identificar os pensamentos ansiogênicos e desafiá-los
7	Recompensar a autoinstrução de *coping* eficaz e desenvolver habilidades de solução de problemas
8	Introduzir autoavaliação e autorrecompensa. Praticar situações de inundação de baixa intensidade usando exposição imaginária e revisão das recompensas aprendidas
9	Promover encontro com pais
10	Praticar situações de inundação de baixa intensidade usando exposição
11	Praticar situações de inundação de baixa intensidade usando exposição
12	Praticar situações de inundação de moderada intensidade usando exposição
13	Praticar situações de inundação de moderada intensidade usando exposição
14	Praticar situações de inundação de alta intensidade. Introduzir término do tratamento
15	Praticar situações de inundação de alta intensidade usando exposição
16	Praticar situações de inundação de alta intensidade usando exposição. Término do tratamento

TÉCNICAS ESPECÍFICAS

A seguir, serão descritas com detalhes várias técnicas, que foram selecionadas e adaptadas (*Coping cat* de Kendall, 2006b; Taking action de Kendall, 1996; e It´s only a false alarm de Piacentini, Langley e Roblek, 2007) para que o clínico possa aplicá-las com seu paciente de acordo com a conceitualização do caso. Kendall (2006b) salienta a importância de que a criança possa ser treinada em novas habilidades, entre elas, reconhecer sentimentos.

RECONHEÇA SEUS SENTIMENTOS



Vamos ajudar o Asdrúbal a conhecer os sentimentos?

Que sentimentos as pessoas têm?
Liste todos que você conhece nos espaços abaixo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Como você sabe quando...

Alguém está brabo?



_____
_____
_____
_____
_____
_____

Alguém está triste?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Alguém está feliz?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Alguém está surpreso?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Adaptado a partir do Programa *coping cat* (Kendall, 2006b).



Observe essas pessoas e escreva como você imagina que cada uma delas está se sentindo.



Tarefa de casa: selecione em revistas imagens de rostos de pessoas e classifique os sentimentos delas.

Desenhe como seu corpo se sente quando você está com medo:



Adaptado a partir do *coping cat* (Kendall, 2006b).

COMO SEU CORPO LHE AVISA QUE ESTÁ ANSIOSO?

Faça um círculo na parte do corpo em que você sente coisas estranhas quando está com medo. Descreva seus sentimentos.



(continua)

COMO SEU CORPO LHE AVISA QUE ESTÁ ANSIOSO? (continuação)



_____



_____



_____



_____



_____

COMO SEU CORPO LHE AVISA QUE ESTÁ ANSIOSO? (continuação)

A seguir, algumas perguntas sobre seu corpo.

O que você pensa quando seu estomago dói?





Escore 1 a 10

O que você pensa se começa a suar?





Escore 1 a 10

O que você pensa se seu coração começa a bater mais forte?





Escore 1 a 10

Quando você sente medo?





Escore 1 a 10

Tarefas adaptadas do Programa *coping cat* (Kendall, 2006b).

Algumas dessas atividades podem ser utilizadas em consulta ou como tarefa de casa. É importante estruturar o tratamento de crianças, e o roteiro clássico de sessão é bem-vindo: inicie a sessão com uma revisão do estado de ânimo e a seguir retome o tema de casa; siga para a construção da agenda da consulta e, no término, é conveniente fazer um resumo dos principais tópicos e indicar uma nova tarefa de casa.

A criança aprenderá que a ansiedade é como um sistema de alarme que pode soar inadvertidamente em algumas situações (sugere-se trabalhar com a ideia de alarme falso).

É SOMENTE ALARME FALSO



Outra maneira de representar graficamente o referido conceito (Bunge, Gomar, Mandil, 2008) é pedir à criança que pense nos alarmes antifurto disponíveis nos veículos. Há alarmes que são ativados com um golpe ou com uma tentativa de forçar a porta, mas também há outros que são ativados com qualquer movimento ou vibração.

O alarme pode servir para avisar sobre um perigo, mas se dispara constantemente, pode ser muito incômodo:



Reconheça seus pensamentos

Pensamento automático:

- Vamos desafiar esse pensamento?
- Outras pessoas já tiveram esse pensamento?
- O que aconteceu com elas?

Como desafiar esse pensamento automático?

Liste aqui:

1. _____
2. _____
3. _____

Algumas dicas de enfrentamento de seus pensamentos invasivos

- É só um falso alarme!
- Eu sou mais forte do que meu pensamento!
- Quanto mais eu enfrento mais fraco ele fica!
- Nem tudo que eu penso é verdadeiro!

APRENDA A ENFRENTAR SEUS MEDOS

A exposição tem sido indicada como técnica de primeira escolha no tratamento dos transtornos de ansiedade, mas a dessensibilização é a técnica mais comum usada para contracondicionamento. Esta envolve treinamento de relaxamento, construção de uma hierarquia das evitações por grau de desconforto (use SUDS), dessensibilização na imaginação e dessensibilização *in vivo*. Essa técnica pode apresentar alguma limitação com crianças com menos de 9 anos em função de noção de hierarquia e dificuldades em usar dessensibilização na imaginação (Boettcher e Piacentini, 2006). Nesse caso, *role play* com fantoches pode ser inte-

ressante (fantoches de dinossauros, bruxas ou outros personagens que normalmente aterrorizam as crianças nas histórias infantis podem representar os medos, e outro personagem pode representar a criança). Essa técnica permite trabalhar com inundação e estratégias de *coping*. É interessante a ideia de inverter os papéis quando a criança demonstra dificuldade de enfrentar seus medos; assim, o terapeuta pode demonstrar saídas assertivas e de autoinstrução de que o paciente se valerá posteriormente.

A utilização de experimentos é muito bem recebida pelas crianças. Partindo da premissa de que existe um cientista dentro de cada uma, foram adaptadas algumas atividades com gráficos. À primeira vista parece difícil de isso ser conduzido por uma criança, mas em média a partir dos 7 anos ela está apta a realizá-las. O paciente faz as anotações em uma consulta simulada ou durante uma situação de exposição imaginária ou *role play*. Depois, o terapeuta deve se certificar de que o paciente compreendeu qual variável está em cada eixo do gráfico, como ele deve fazer os registros em casa e a importância do retorno da tarefa de casa.

A **Figura 11.1** acompanha a exposição. Dessa forma, o paciente constata o declínio de seu desconforto. É importante que o paciente tenha sido instrumentalizado com técnicas cognitivo-comportamentais de enfrentamento para encarar o desafio. O escore de unidade subjetiva de estresse (Subjetive Units of Distress Scores – SUDS) é comumente usado durante a TCC de crianças com transtornos de ansiedade, particularmente antes, durante a após sessões de exposição, (O'Neil et al., 2009). A seguir uma forma usual de apresentar a SUDS para a criança: um termômetro (**Figura 11.2**).

Para que o paciente verifique o declínio de seu conforto também é usada a metáfora do valente, na qual a criança revisa todas as situações desconhecidas enfrentadas ao longo da vida, avaliando como "a montanha

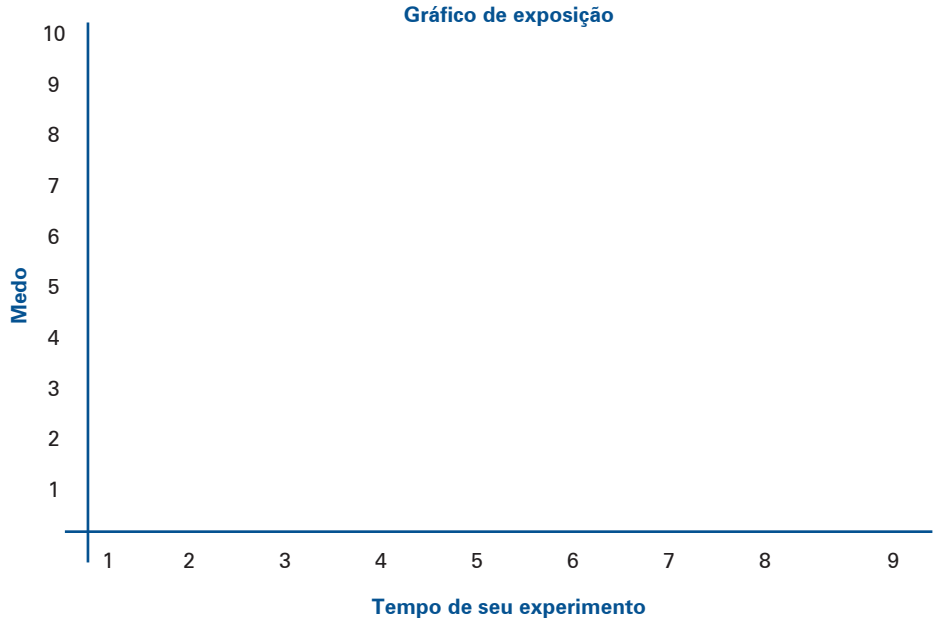
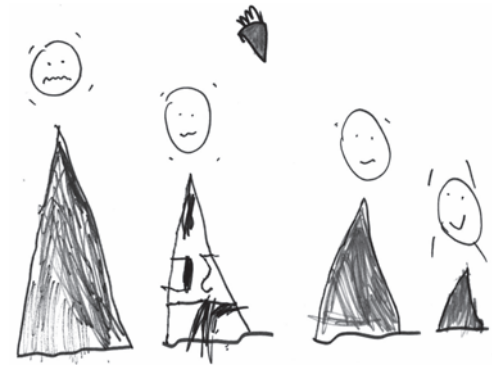


Figura 11.1
Gráfico de exposição
Baseado em Piacentini, Langley e Roblek, 2007



Figura 11.2
Termômetro do medo.
Baseado em March e Benton, 2007.

do medo" que foi diminuindo, como por exemplo o primeiro dia na escola, quando aprendeu a nadar ou a andar de bicicleta, dormir no escuro, etc. A seguir, um desenho de uma criança com a avaliação de seus próprios medos.



APRENDA A QUESTIONAR SEUS PENSAMENTOS

A criança é convidada em um contexto lúdico a ser o detetive que investiga a própria situação. O exercício a seguir trabalha com o erro de processamento comum em ansiosos, o catastrofismo. Algumas variantes podem ser utilizadas, como ter uma lupa e desenhar personagens com balões de pensamentos e diálogos propondo, dessa forma, a disputa cognitiva.

VAMOS INVESTIGAR OS MEDOS E AS ANSIEDADES?



Muitas vezes, quando nos preocupamos, nos perguntamos:
e se acontecer algo de ruim?
Às vezes, imaginamos que o pior acontecerá e que não o enfrentaremos. A esses pensamentos chamaremos TERRÍVEIS SUSPEITAS. A seguir, um exercício para enfrentá-las.

Quando penso E SE...
_____
_____
_____me assusto e me preocupo muito.

Você deve se perguntar:

Até que ponto estou seguro de que o que me preocupa acontecerá realmente?

( ) Pouco seguro ( ) Bastante seguro ( ) Completamente seguro

Aconteceu alguma vez antes?

( ) sim ( ) não

(continua)

VAMOS INVESTIGAR OS MEDOS E AS ANSIEDADES? (continuação)

Se não aconteceu antes, por que aconteceria agora?

_____
_____
_____
_____
_____

Agora que você já respondeu a essas perguntas, o que diria às terríveis suspeitas?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Há outra forma de se representar graficamente como uma mesma situação é interpretada de diversas maneiras e como o pensamento da criança interfere em suas emoções. Nos quadros a seguir, a criança expressa medo, e há o balão de pensamento em branco. Dessa forma, é possível questionar o pensamento e gerar uma visão alternativa, a fim de modificar sentimentos.



O quanto é certo que ocorrerá? (1 a 10)

O que de pior poderia acontecer?

O que você faria nesse caso?

Já aconteceu outra vez?

Como você resolveu?



Adaptado de Bunge, Gomar, Mandil (2008)

HABILIDADES SOCIAIS

Kendall (2006) aponta que é comum na configuração familiar de ansiosos as mães serem controladoras. Evidências sugerem que a inibição como característica do temperamento da criança é um fator de vulnerabilidade a transtornos de ansiedade. O ambiente atenua essa característica, e uma das variáveis relacionada a ele é a presença de mãe extrovertida. Por isso, o encorajamento familiar é um fator significativo, e é importante treinar habilidades sociais. O exercício a seguir tem este objetivo.



AUTORREGISTRO



	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Digo coisas positivas para os outros				
Dou minha própria opinião				
Cumprimento				
Dou sugestões nas brincadeiras				
Digo coisas positivas para mim mesmo				

TREINAMENTO DE TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

O trabalho com relaxamento é fundamental com portadores de transtorno de ansiedade, seja através de treinamento de respiração diafragmática ou de relaxamento progressivo muscular. O relaxamento diafragmático consiste em pedir à criança que imagine a existência de um tubo da ponta de seu nariz até sua barriga, onde há um balão, o qual terá que inflar, contar até cinco e desinflar. Bunge, Gomar e Mandil (2007) ressaltam a importância da utilização de metáforas no momento de dar instruções aos pequenos pacientes. Um estudo interessante foi realizado com o objetivo de investigar a preferência e o maior compromisso das crianças na implementação de instruções de relaxamento com o uso de metáforas comparada com instruções literais. Uma amostra de 33 crianças em idade pré-escolar foi submetida a treinamento em relaxamento muscular com instruções diretas e metafóricas, como por exemplo: "Imagina que você é uma tartaruga entrando em sua carapaça". As crianças foram inqueridas sobre os exercícios preferidos. Os resultados mostraram que todas as crianças preferiram as instruções metafóricas em lugar das literais, e aquelas com estilo atribucional internalizante e bom nível intelectual aceitaram de maneira mais ampla a implementação de metáforas (Heffner, Greco e Eifert, 2003).

Com o relaxamento progressivo dos músculos (RPM), os pacientes aprendem a influenciar de maneira ativa seu estado corporal para manejar melhor o estresse. Sandor (1982) considera que o RPM de Jacobson mostra uma orientação mais fisiológica do que psicológica, em que a pessoa aprende a avaliar as tensões nos diferentes grupos musculares e consequentemente aprende a relaxá-los. O paciente percebe o refinamento de suas percepções sinestésicas, aprende a registrar a diminuição da tensão muscular vivenciando o relaxamento psíquico de modo consciente. Pela repetição dos exercícios, o paciente pode chegar a uma verdadeira automatização do procedimento. Para o autor, o repouso físico e o mental condicionarão também os estados emocionais.

Um exemplo de exercício RPM induz os pacientes a contrair e relaxar os diferentes músculos do corpo. Os pacientes devem ser instruídos a provocar tensão nas partes indicadas do corpo (mão, bíceps, testa, etc.) por 5 a 7 segundos, ao que se segue pausa de relaxamento de 30 e 40 segundos, na qual se convidará a tomar consciência do

repetitivo relaxamento. O terapeuta dá os comandos de contrair e soltar nos tempos indicados. Com crianças menores de 9 anos, é possível haver dificuldades para aplicar relaxamento com olhos fechados. Kendall (2006b) propõe uma metáfora: brincar com o corpo como se fosse uma boneca de pano (relaxado) ou um robô (tenso). O exercício a seguir é uma adaptação dessa técnica.



VAMOS RELAXAR?

Como o corpo se sente quando estamos relaxados e como se sente quando estamos tensos? Pense em quando você se sente feliz e relaxado. Imagine que você está nessa situação. Como seu corpo se sente? Agora coloque seu dedo em riste. A sensação é diferente de quando seu corpo está relaxado?

Quando você fica tenso seu corpo enrijece como um robô. Tente ficar rígido, como um robô. Meu robô favorito é o R2D2, do filme *Guerra nas estrelas*. Pense no seu robô favorito. Eu vou pedir para você caminhar como um robô. Basta deixar seus músculos tensos (duros) e você vai conseguir. Agora relaxe os músculos. Fique atirado na cadeira, como um boneco de pano.

Descreva como você se sentiu ao representar o robô e ao se comportar como um boneco de pano.

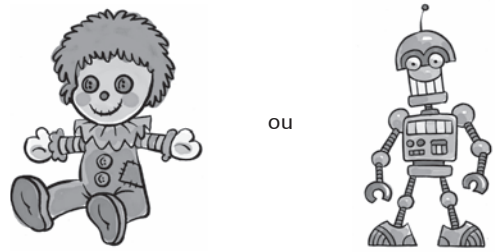


Figura 11.2
Boneco de pano ou robô.
Adaptada de Kendall, 2006b.

Robô

_____

_____

Boneco de pano

_____

_____

Obs. Acesse conteúdo *online* na página do livro em www.grupoaeditoras.com.br.

PLANO DE ENFRENTAMENTO DA ANSIEDADE

A metáfora das bolhas de sabão apresentada no início deste capítulo pode ser experienciada concretamente. De acordo com a idade da criança, o uso de mediadores concretos é bem-vindo.



Seus medos são como essas bolhas. Ela cresce, depois flutua para longe e se desfaz.

Escreva abaixo seus medos:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

Agora ordene de maior a menor. Marque em número de bolhas o quão intensos eles são. Pinte no interior das bolhas a intensidade. Veja o exemplo:

1 Ir à casa de amigos sozinho © © © © © © © © ©

2 Telefonar para convidar para brincar © © © © © © ©

3 © © © © © © © © © ©

4 © © © © © © © © © ©

5 © © © © © © © © © ©

6 © © © © © © © © © ©



Lembre-se que seus medos são como bolhas de sabão...

Técnica adaptada Frieberg, Frieberg e Friedberg, 2001.

Agora que já sabemos quais situações deixam você ansioso, vamos trabalhar três passos para enfrentá-las.



Situação

Primeiro passo

Seus sentimentos

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Segundo Passo



Seus pensamentos

_____

_____

_____

_____

_____

Terceiro Passo



Suas ações

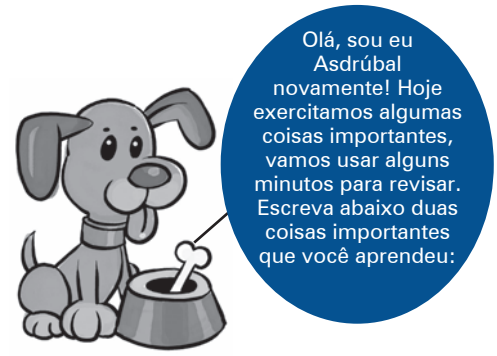
_____

_____

_____

_____

_____



_____

_____

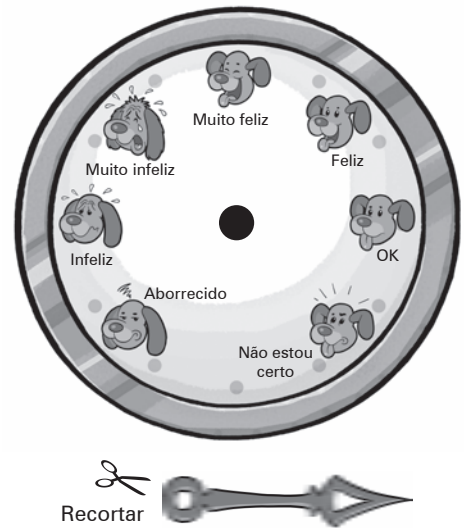
_____

_____

O terapeuta orientará a criança sobre a variabilidade de humor normal através da seguinte tarefa:

- Construa um barômetro de sentimentos. Use cartolina e represente os sentimentos evidenciados em seu rosto, coloque-se como números de relógio conforme o exemplo a seguir e com clipes prenda um ponteiro apontando para o sentimento.

Veja o exemplo:





Exercícios baseados em Kendall, 2006b.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Os pais de Marcos, 10 anos, buscam atendimento psicológico para o filho que tem apresentado medo e não consegue ir de um andar da casa para o outro. Vive com os pais e com uma irmã mais velha (15 anos). Afirma temer que os objetos se movam, assim como coisas apavorantes como fantasmas. Teme ficar só e ir de um andar para o outro, mesmo com a mãe em casa.

HD – Fobia específica

Estratégias eleitas para intervenção: exposição imaginária, exposição *in vivo*, relaxamento e reestruturação cognitiva.

Foi realizada a técnica de flechas descendentes e constatou-se que a crença central disfuncional é "Eu sou frágil quando estou sozinho". Realizou-se o exercício de área de transição (March e Benton, 2007) para preparar o início da exposição.



Figura 11.4
Antes *versus* depois de enfrentar.
Adaptada de March e Benton, 2007.

Breve diálogo com o paciente

A partir da disputa racional, Marcos conseguiu começar a questionar sua forma de pensar.

T: Qual a situação que provoca medo?
P: Ficar só.
T: Mais alguma outra?
P: Ir ao outro andar, mesmo com a mãe em casa.
T – O que você pensa nesse momento?
P – Que objetos podem se mover.
T: Mais alguma coisa?
P: Sim, em coisas apavorantes como fantasma.
T: O quanto você acredita que esse pensamento é verdadeiro?
P: Uns sete.
T: Vamos brincar de detetive? (pegar uma lupa na gaveta). Você tem provas de que esse pensamento de que os objetos se movem é verdadeiro?
P: Nenhuma...(risos)
T: O quanto você acredita nele agora?
P: Cinco.
T: Vamos ver se você pode encontrar provas de que os fantasmas andam lá pela sua casa?
P: Não tenho nenhuma também.
T: O quanto você acredita nessa ideia agora?
P: Seis.
T: (Começa a fazer bolhas de sabão.) – Você sabe que os medos são como essas bolhas?
P: Como assim?
T: Crescem e parecem enormes, mas não duram nada.
T: Vamos enfrentar esses medos e estourar o medo como fizemos com essas bolhas?
P: Pode ser.
T: Vamos imaginar que você está subindo lá no primeiro andar?

O paciente aceita. Inicia-se a dessensibilização imaginária e propõe-se o início da exposição *in vivo*.



Marcos define com a terapeuta a hierarquia de enfrentamento

Cartão *flash* da consulta

É um alarme falso
(desenhe um alarme)



Programa hierárquico de exposição.

DIA	TAREFA	PONTOS
Quinta	Buscar objeto no andar superior.	10
Sexta	Buscar objeto no andar superior e descer sem correr.	20
Sábado	Sobe e joga *videogame* por 5 minutos (mínimo).	40
Domingo	Sobe e lê um livro por 10 minutos (mínimo).	50
Segunda	Sobe e escolhe uma atividade ficando 15 minutos (mínimo).	50
Terça	Levar relatório para terapeuta na consulta às 15h40min.	





RECOMPENSAS	PONTOS PARA TROCA
Jogar sinuca lá em cima com a mãe	10
Ver DVD com a mãe	20
Ir ao clube com a mãe para andar de bicicleta	40
Ir ao clube velejar com a mãe	100

Na semana seguinte nova hierarquia de enfrentamento é definida para dar seguimento à exposição.

Marcos 04/11/2008

DIA	TAREFA	PONTOS	Termômetro de ansiedade (de 1 a 10)
Terça	Buscar objeto no último andar ligando as luzes sozinho.	10	6
Quarta	Buscar objeto no último andar ligando as luzes sozinho.	10	4
Quinta	Buscar objeto no último andar ligando as luzes sozinho.	10	2
Sexta	Fazer algo no último andar e ficar 20 minutos, ligar e desligar as luzes sozinho.	20	2
Sábado	Buscar objeto no último andar ligando as luzes sozinho, sem correr na escada. Dormir sozinho após a mãe dar boa noite. Deixar luz acesa.	15+15	1
Domingo	Buscar objeto no último andar ligando as luzes sozinho. Seguir dormindo sozinho.	15 +15	1
Segunda	Buscar objeto no último andar ligando as luzes sozinho. Seguir dormindo sozinho.	15 + 15	0,5
Terça	Levar relatório para a terapeuta na consulta às 15h40min.		OK

RECOMPENSAS	PONTOS PARA TROCA
Ir com pai no clube (escolhe brincadeira na hora); sugestão: bicicleta	20
Lutar boxe no Nintendo Wii com alguém da família	30
Jogar War com o pai ou outra pessoa da família	60
Passeio de barco levando um amigo	90

Após essa semana foi construído um gráfico junto com o paciente para que ele mesmo pudesse avaliar seu desempenho.

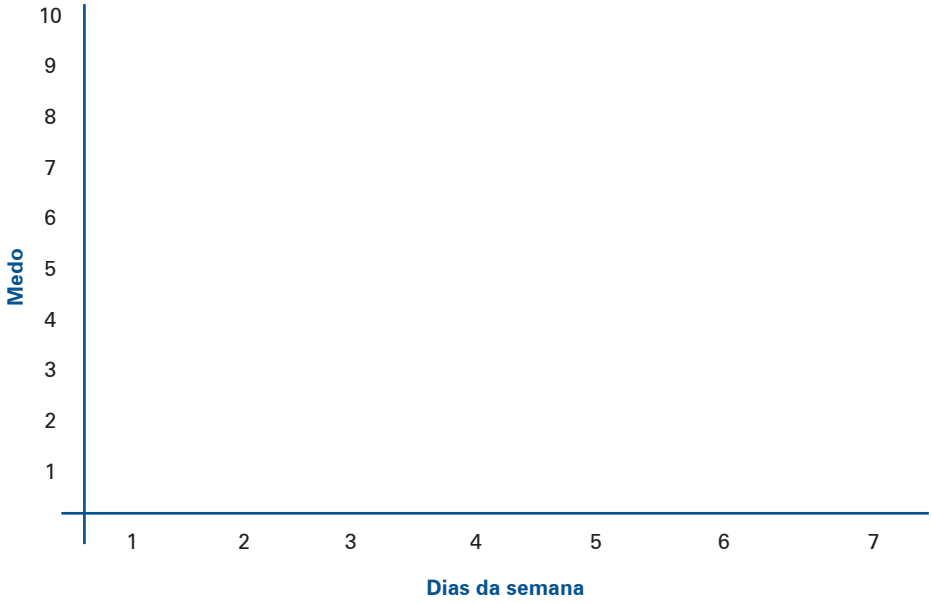


Figura 11.5
Evitação *versus* enfrentamento.

Outra maneira de se representar a hierarquia de exposição é "a escada do valente" (para os meninos) e "a escada da princesa" (para as meninas). As escadas se dividem em passos para enfrentar os medos, e os degraus mais baixos incluem os temores mais fáceis de enfrentar. À medida que aumenta a dificuldade, subir os degraus; ao mesmo tempo, cada degrau que o paciente supera deve ser elogiado.



Adaptado de Bunge, Gomar e Mandil (2008).

Cartão *flash* da consulta

+ E + M
(Quanto mais evitação
mais medo)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes são altamente prevalentes, muitas vezes sendo subdiagnosticados ou ainda tratados com modelos que não contam com apoio empírico e que não foram submetidos a provas que avaliem sua eficácia. A terapia cognitivo-comportamental para crianças an-

siosas pode ser considerada um tratamento bem estabelecido, com uma sequência organizada de intervenções e com uma margem de flexibilidade para ser adaptada às características particulares de cada paciente e família. A partir deste marco, o terapeuta pode utilizar metáforas, jogos e recursos visuais adequados ao nível evolutivo e aos interesses da criança a fim de motivar o autoquestionamento cognitivo, a autorregulação emocional e o enfrentamento independente. Há também o formato computadorizado de módulos de tratamento, já que esse pode ser um dos caminhos de desenvolvimentos futuros em TCC de crianças. De acordo a Khanna e Kendall (2008), esse empreendimento permitirá a difusão do tratamento baseado em evidências em contextos mais amplos. Concordando com o interesse de favorecer a expansão da terapia cognitivo-comportamental para a ansiedade infantil, a intenção foi a de expor neste capítulo uma revisão dos estudos que avaliam a eficácia do programa, seus fundamentos clínicos e uma descrição das intervenções adaptadas à cultura sul-americana.

DICA: Flexibilidade com fidedignidade

O tratamento da ansiedade conta com itens básicos e fundamentais:

- reconhecimento de sentimentos e respostas fisiológicas;
- prática de estratégias de *coping* em situações reais;
- solução de problemas;
- exposição.

REFERÊNCIAS

Albano, A. & Kendall, P. (2002) Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with ansiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry,* 14, 129-134.

Boelttcher, M. & Piacentini, J. (2007) Cognitive and behavioral therapies. In Martin, A. & Volkmar (org.) *Lewis´s child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Four Edition, Philadelphia, Linppincot Williams & Wilnkins, a Wolters Kluwer Business.

Barrett, P., Dadds, M. & Rapee, R. (1996) Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 333-342.

Beidel, D.C., Turner, S.M., Sallee, F.R., Ammerman, R.T., Crosby, L.A. y Pathak, S. (2007) SET-C *versus* fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46,*1622-32.

Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2008a) *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos.* Buenos Aires: Akadia.

Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2007) Implementación de metáforas en la terapia cognitiva con niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVI Nº III.

Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., Stangl, D.K., Tweed, D. L., Erkanli, A., & Worthman, C.P. (1996) The great smoky mountain study of youth: goals, designs, methods, and prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry, 53*, 1129-1136.

DSM IV R (20) *Manual diagnóstico estatístico dos transtornos mentais*. Artmed, Porto Alegre.

Friedberg, R.; Friedberg, B. & Friedberg, R. (2001) *Therapeutic exercises for children guied self-discovery cognitive-behavioral techniques*. Sarasota, Professional resource Press.

Isolan, L.; Pheula, G.; Manfro, G. (2006) *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34 (3); 125-132.

Heffner, M., Greco, L.A. & Eifert, G.H. (2003) Pretend you are a turtle: children's responses to metaphorical and literal relaxation instructions. *Child Family and Behaviour Therapy, 25*, 19-33.

Khanna, M.S. & Kendall, P.C. (2008) Computer-assisted CBT for child anxiety: the coping cat CD-ROM. *Cognitive and Behavioral Practice. 15 (2),* 159-165.

Kendall, P. (1994) Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 62(1), 100-110.

Kendall, P.; Flannery-Schroeder, E.; Panichelli-Mindel, S.; Southam-Gerow, M.; Henin, A. & Warman, M. (1997) Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clincal trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 65(3), 366-380.

Kendal, P. & Pimentel, S. (2003) On the physiological symptom constellation in young with generalized anxiety disorder (GAD). *Journal of Anxiety Disorders*. No 17, 211-221.

Kendall, P. (2006) *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. Third Edition, New York, Guilford Publications, Inc.

Kendall, P. & Hedtke, K. (2006a) *Cognitive--Behavioral therapy for anxious children: therapist manual. Coping Cat*. Third Edition edition, Workbook publishing.

Kendall, P. & Hedtke, K. (2006b) *The coping cat workbook*. Second edition, Workbook publishing.

Kendal, P. & Suveg, C. (2006) Treating anxiety disorder in youth. In Kendal, P. (2006) *Child and adoslescent therapy*. New York, Guilford Press.

Kendall, P.; Beidas, R. (2007) Smoothing the trail for dissemination of evidence-based practices for youth: flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice.* Vol 38(1), 13-20.

Kendal, P. & Treadwell, K. (2007) The role of self--statements as a mediator in treatment for younth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Kendall, P.C., Hudson, J.L., Gosch, E., Flannery--Schroeder, E. & Suveg C. (2008) Cognitive behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of consulting and clinical psychology, 76 (2),* 282-97.

Khanna, M.S. & Kendall, P.C. (2009) Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 77(5), 981-986.

Krain, A.; Ghaffari, M.; Freeman, J.; Garcia, A.; Leonard, H. & Pine, D. (2007) Anxiety Disorders In Martin, A. & Volkmar (org.) *Lewis´s child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Four Edition, Philadelphia, Linppincot Williams & Wilnkins, a Wolters Kluwer Business.

Manassis, K.; Mendlowitz, S.; Scapillato, D.; Avery, D.; Fiksenbaum, L.; Freire,M.; Monga, S. & Owens, M. (2002) Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.

Miller, G. & Cohen, S. (2001) Psychological interventions and the immune system a meta-analytic review and critique. *Health Psychology*, *20*(1), 47-63.

Mandil, J., Bunge, E., Gomar, M., Borgialli, R. & Labourt, J. (2009). La implementación de recursos tecnológicos en la clínica con niños y adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVIII Nº I. No. 3, 380-389.

March, J. & Benton, C. (2007) *Talking back to OCD. The program that helps kids and teens say "no way" and parents say "way to go"*. New York, The Gilford Press.

Mendlowitz, S.; Manassis, K..; Bradley, S.; Scapillato, D.; Miezitis, S. & Shaw, B. (1999) Cognitive--behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(10):1223-9

Muris, P.; Mayer, B.; Adel, M.; Ross, T. & Wamelon, J. (2009) *Predictors of change following cognitive--behavioral treatment of children with anxiety problems: a preliminary investigation on negative automatic thoughts and anxiety*

Krain, A.; Ghaffari, M.; Freeeman, J.; Garcia, A.; Leonard, H & Pine, D. (2007) Anxiety disorders. In Martin & Volkmar (2007) *Lewis's child and adolescent psychiatry a comprehensive textbook*. Fourth Edition, Wolkers Kluwer, Lippincot Wiliams & Wilkins Health.

O'Neil, K.; Benjamin, C.; Beidas, R.; Crawley, S. & Kendall, P. (2009) *SUDS scores across exposure sessions in the treatment of anxiety-disordered Youth.* ScholarOne abstracts. Disponível em http://abct2009.abstractcentral.com/planner, acessado em 09/14/09.

Piacentini, J.; Langley, A. & Roblek, T. (2007) *It´s only a false alarm*. Workbook. Oxford University Press.

Puleo, C.; Klungman, J. & Kendall, P. (2009). *CBT for socially phobic youth: differential short-and long--term treatment outcomes*. ScholarOne abstracts. Disponível em http://abct2009.abstractcentral.com/planner, acessado em 09/15/2009.

Reinecke, M.; Dattilio, F. & Freeman, A., (2009) *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Relatos de caso e a prática clínica*. LPM editora.

Rutter, M. & Sroufe, A. (2000). Develpomental psychopatology: concepts and challenges. *Development an Psychopathology*, 12, 265-296.

Salkovskis, P. (2005) *Fronteiras da terapia cognitiva*. Casa do Psicólogo, São Paulo.

Sandor, P. (Ed.) (1982). *Técnicas de relaxamento*. São Paulo: Vetor.

Shapiro, J.; Friedberg, R. & Bardenstein, K. (2006*) Child and adolescent therapy science and art*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey

Silverman W.K., Pina, A.A. y Viswesvaran, C. (2008) Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 1, 37,* 105-30.

Sroufe, L.A., & Rutter, M. (1984) The domain of developmental psychopathology. *Child Devolpment*, 16, 433-443.

Walkup, J.T., Albano, A.M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S., Sherrill, J., Ginsburg, G.S., Rynn, M., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S. & Kendall, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine, 26, 359,* 2753-2766.

12

Dicas das trincheiras sobre terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade

Philip C. Kendall

Neste capítulo serão apresentadas "dicas das trincheiras". Trata-se de uma compilação de sugestões de diversos terapeutas, que trabalham com jovens há muitos anos, aplicando o *Coping Cat Program*.

O programa sintetiza seus objetivos através de um acrônimo, FEAR (do inglês, medo), em que cada letra representa um passo. Este é o plano de quatro passos para lidar com a ansiedade:

Fica assustado?
Espera que coisas ruins aconteçam?
Atitudes e ações que podem ajudar
Resultados e recompensas

FLEXIBILIDADE E FIDELIDADE

Os manuais devem ser modelos de orientação, e não livros de receita rígidos. A abordagem é estruturada, mas boas habilidades clínicas e flexibilidade do terapeuta são necessárias para individualizar o programa. Os terapeutas precisam ter conhecimento das estratégias de uma intervenção única e dos ajustes necessários para tornar o programa adequado à criança e à família.

A terapia se beneficia da sensibilidade do terapeuta às condições comórbidas, ao nível de desenvolvimento, aos estressores familiares e ambientais, à condição socioeconômica e ao funcionamento em casa e na escola. O programa de tratamento pode ser aplicado com flexibilidade, mas com fidelidade, ou seja, modificar os componentes cognitivos e/ou comportamentais do tratamento para melhor ajudar a criança. Em outras palavras, o terapeuta se focaliza no propósito e nos objetivos da sessão e modifica as tarefas/atividades para ajustá-las às necessidades de cada criança.

Para encorajar os terapeutas a experimentar a flexibilidade de tratamento, mas com fidelidade, a terceira edição do manual de tratamento *coping cat* inclui “desafios” apresentando atividades ou conteúdos que podem ser modificados para satisfazer as necessidades de uma criança.

Espera-se que os desafios “F 1 e x” sirva como um lembrete para os terapeutas permanecerem flexíveis quando apresentarem o conteúdo do tratamento e ajude-os a escolher uma atividade ou um conteúdo que se preste facilmente ao uso flexível.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 1: Construir o *rapport* e a orientação do tratamento

Como terapeuta, torne a primeira sessão divertida! Jogar no início ou no final da sessão e passear pela clínica com a criança ajuda a dissipar os medos em relação ao tratamento.

Prossiga lentamente porque a situação de terapia provoca ansiedade, e o terapeuta às vezes se torna outra pessoa a quem a criança sente que tem de agradar.

É útil que o terapeuta tenha conhecimento dos interesses da criança antes da primeira sessão. Saber um pouco sobre ela demonstra que o terapeuta quer conhecê-la.

O terapeuta começa a normalizar a ansiedade da criança explicando que esta é uma reação normal e que problemas assim são comuns entre crianças. O terapeuta pode discutir o quanto é provável que outras crianças na escola tenham problemas com ansiedade.

É importante que o terapeuta reconheça, escute e responda as preocupações da criança em relação a estar em tratamento.

Quando for observada resistência ou raiva, é útil perguntar à criança: "Há alguma coisa que talvez tornasse sua vinda mais divertida? Também pode-se dar à criança alguns dias para ela pensar sobre ser parte do tratamento. A posição do terapeuta é a de não forçar a criança a mudar ou insistir na participação se não houver problemas. Em vez disso, o terapeuta se oferece como alguém que poderia ser capaz de ajudar a criança em algo que não parece ir tão bem quanto ela gostaria.

O terapeuta descreve seu papel para a criança como sendo seu "treinador". Ou seja, como um treinador ou tutor que quer melhorar uma habilidade ou aprender a realizar algo desafiador, o terapeuta fornece estrutura e dicas úteis. É enfatizado que ambos trabalham como um "time": o terapeuta tem algumas sugestões a oferecer, e a criança se conhece melhor.

Pode ser útil, especialmente para crianças pequenas, o terapeuta convidar o(s) pai(s) para participar da sessão a fim de rever tarefas, discutir confidencialidade, marcar a próxima sessão e fornecer um breve resumo do tratamento.

O terapeuta revisa a confidencialidade e seus limites da confidência tanto com o(s) pai(s) como com a criança. Como um time, o terapeuta discute com o(s) pai(s) e com a criança quais aspectos do tratamento e das sessões serão compartilhados com o(s) pai(s).

A importância da presença semanal é enfatizada para o(s) pai(s). Caso a criança precise faltar a uma sessão, um telefonema com pelo menos 24 horas de antecedência é esperado. Entretanto, deve-se informar que é importante para a criança comparecer todas as semanas para obter os melhores resultados do tratamento.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 2: Identificar sentimentos de ansiedade

Todos os conceitos podem ser introduzidos se referindo primeiro a outras pessoas em vez de focados nos sentimentos ou nas experiências da criança. Por exemplo, o terapeuta discute como a criança sabe o que amigos ou membros da família estão sentindo, de acordo com as expressões faciais e posturas corporais. Começar com pessoas que são familiares à criança sem ter que focar imediatamente nas preocupações específicas.

Às vezes, o terapeuta percebe sofrimento na criança mesmo quando está apenas representando suas próprias experiências com ansiedade. Essas crianças tendem a ter dificuldade para diferenciar sua própria experiência emocional das experiências alheias. Nesses casos, prosseguir lentamente em direção ao desempenho de papel independente usando o procedimento "saída conjunta".

O terapeuta conversa sobre como os animais mostram seu medo, por exemplo, o

pelo do gato fica em pé ou um cão coloca seu rabo entre as pernas. Mencionar que mesmo os animais às vezes ficam nervosos ou assustados ajuda a normalizar a ansiedade.

Represente diferentes emoções e suas respostas somáticas (p.ex., dor de estômago) de uma forma divertida para a criança entender o material da sessão. Agir displicentemente durante o *role play* diminui os sentimentos de acanhamento da criança e incentiva a criatividade, ao mesmo tempo em que estabelece um agradável precedente para futuras sessões.

Ao começar a construir a hierarquia do medo, é útil que o terapeuta tenha uma ideia antecipada das situações que a criança desejará colocar na hierarquia (geralmente obtidas em uma avaliação inicial). Se ela está tendo dificuldade para pensar nas situações a colocar na hierarquia, o terapeuta menciona algumas ideias específicas, sugerindo que "outras crianças com quem trabalhei ficavam ansiosas em relação a _____. Você gostaria de trabalhar nisso também?".

Histórias sobre um grupo imaginário de crianças em uma situação estressante é particularmente útil com crianças pequenas ou de funcionamento baixo com dificuldade para descrever/gerar situações nas quais se sentem ansiosas.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 3: Identificar respostas somáticas à ansiedade

A revisão da tarefa STIC (Show That I Can) dá ao terapeuta a oportunidade de rever conceitos passados e introduzir os que serão apresentados na sessão atual.

O terapeuta conta suas experiências ansiosas durante as tarefas STIC ou em outras ocasiões ao pedir que a criança conte as suas. Experiências recentes ou passadas ajudam a normalizar a ansiedade.

O terapeuta e a criança iniciam uma atividade de "desenho do corpo". Em um grande pedaço de papel, terapeuta e criança desenham um esboço de um corpo ou traçam o corpo da criança, que é então "preenchido" com o desenho dos vários sintomas físicos de ansiedade que as pessoas experimentam (p.ex., coração batendo, palmas das mãos suadas, nó na garganta, etc.). A criança e o terapeuta se revezam circulando ou rotulando os sintomas físicos específicos de cada pessoa.

O terapeuta e a criança brincam com um jogo de adivinhação para tornar a aprendizagem sobre respostas somáticas mais divertida. Ambos se revezam adivinhando que emoção o outro está sentindo quando seu corpo reage de uma determinada forma (atuação).

O terapeuta usa a analogia do "alarme de incêndio" para ajudar a explicar a experiência de respostas somáticas. Os sintomas físicos nos alertam quando há perigo. Entretanto, às vezes o alarme dispara quando não há emergência (alarmes falsos) porque o sistema de alarme está funcionando mal ou é acionado em excesso. Nesses casos, o terapeuta ajudará a criança a aprender a "mandar os bombeiros de volta" porque não há perigo, mantendo assim a diversão.

A escala de avaliação da ansiedade é um indicador de alarme de incêndio. Quando ela alcança um determinado nível, o alarme soa: quando você alcança um determinado nível, sabe que é hora de fazer algo ou de pedir ajuda. Essa analogia dá à criança uma razão por que se está prestando atenção aos sentimentos.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 4: Primeiro encontro com os pais

Ao explicar o programa de tratamento aos pais, mostra-se um livro do ***coping cat*** em

branco para que eles tenham um melhor entendimento da estrutura das sessões.

Estabeleça expectativas para a terapia: a meta não é a eliminação total da ansiedade, mas o ensino de habilidades para saber como e quando manejar a excitabilidade ansiosa.

Estabeleça expectativas sobre a autorevelação da criança: os pais não precisam relatar sempre ao terapeuta o que aconteceu ou ficar preocupados se a criança não o relatou. Deve-se informar aos pais que não submetam a criança a interrogatório após cada sessão.

Discuta quaisquer preocupações que os pais sentem desconforto em compartilhar com a criança.

Reúna informações sobre o entendimento dos pais em relação à ansiedade. Essa informação avalia o quanto os pais precisam ser educados sobre a natureza e o curso de desenvolvimento da ansiedade da criança.

Após conversar com os pais, talvez seja necessário ensinar-lhes como lidar com a ansiedade da criança e, ainda, com as próprias ansiedades em relação a ela. O terapeuta normaliza a tendência dos pais a querer proteger ou tranquilizar seu filho para evitar situações de sofrimento. Entretanto, eles são informados sobre os "perigos da esquiva" explicando que, a longo prazo, a esquiva na verdade mantém a ansiedade. Explique que reforçar comportamento "corajoso" (com elogio, recompensas) é preferível. Também explique de que forma os pais são modelos de comportamento tanto "desejável" como "indesejável".

Um terapeuta pode querer explicar a "transferência de controle": a mudança efetiva envolve uma transferência gradual do conhecimento, das habilidades e dos métodos do terapeuta para a criança e para os pais.

É importante que o terapeuta saliente os pontos fortes da criança (em vez de apenas falar sobre a ansiedade). Isso facilita a aprendizagem durante as sessões de tratamento.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 5: Treinamento de relaxamento

O terapeuta chama atenção delicadamente para a tensão muscular que percebeu na criança, mesmo que ela não tenha consciência disso.

Algumas crianças ficam nervosas ou se sentem desconfortáveis quando o terapeuta está começando o procedimento de relaxamento. Garantir à criança que talvez seja estranho a princípio, mas que o relaxamento ficará mais fácil com a prática. Em alguns casos, o terapeuta fica de costas, de modo que a criança se sinta mais confortável para realizar os exercícios de relaxamento.

Para facilitar o processo, o terapeuta faz os exercícios junto com a criança. O terapeuta grava o CD/vídeo de exercício antes da sessão (para evitar contratempos) e então o usa durante a sessão para ambos treinarem juntos.

Grave o CD/vídeo de relaxamento da criança antes da sessão para assegurar que a gravação esteja livre de distrações/desvios indesejados que podem ocorrer durante a sessão.

O terapeuta experimenta diferentes roteiros e estratégias de relaxamento (p. ex., meditação, imaginação orientada) e se foca nas técnicas que a criança preferir.

Lembre-se que o exercício é usado para ensinar a criança como são músculos relaxados se comparados a músculos tensos. A criança é encorajada à prática, de modo a relaxar seus músculos sem usar o exercício. Uma vez que ela relaxe sem tensionar primeiro, ela é capaz de se tornar relaxada imperceptivelmente em qualquer ambiente.

Explicar o procedimento de relaxamento aos pais ajudará as crianças a lembrar tanto os passos quanto o exercício. Crianças com mais idade preferem que o terapeuta não envolva os pais e se sentem mais confortáveis praticando sozinhas.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 6: Identificar autodiálogo ansioso e aprender a contestar pensamentos

Para ajudar a criança a identificar seu autodiálogo ansioso, o terapeuta pede que ela desenhe uma figura de si mesma em uma situação ansiosa e, em seguida, que desenhe balões de pensamento acima das figuras a serem preenchidos. Essa atividade é especialmente útil para crianças criativas ou que tendem a ter dificuldade para verbalizar seus pensamentos ou suas emoções.

Para crianças com mais idade, é útil ilustrar a ideia do autodiálogo fornecendo exemplos de programas de televisão nos quais a personagem principal é o narrador.

O terapeuta verifica com a criança se ela acredita em seus pensamentos de enfrentamento, porque é capaz de pensar em alternativas, mas não acreditar que sejam válidas. Uma criança talvez precise ser encorajada a gerar pensamentos que não causem sofrimento e sejam relevantes à situação em particular, percebendo seus méritos verdadeiros.

As crianças também identificam pessoas imaginárias ou reais que admira como "boas de enfrentamento" e as usam como modelos. Às vezes, se o paciente não gerar pensamentos de enfrentamento ou se não estiver disposto a considerar outras possibilidades, ele pensará como seria o herói ou o "bom enfrentador".

Advertência: tenha o cuidado de não cair na armadilha de tentar convencer a criança de que um evento assustador provavelmente não acontecerá. Uma boa estratégia é o terapeuta e a criança inverterem os papéis – deixar a criança "representar" o papel do treinador ou detetive e tentar convencer o terapeuta de que é improvável uma situação aconteça. Também é útil discutir com a criança o que poderia ser feito se seu pior medo possível viesse a se realizar.

O terapeuta e a criança podem fazer uma lista curta ou longa de armadilhas do pensamento, salientando aquelas tipicamente usadas por alguém conhecido ou pela própria criança. Quando adequado, a criança leva a lista para casa e fixa-a na geladeira a fim de se lembrar das "armadilhas" potenciais.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 7: Rever autodiálogo ansioso e de enfrentamento e desenvolver solução de problemas

Tenha em mente que o ***brainstorming*** é feito sem comentário avaliativo. Os méritos das várias opções não são examinados até a lista ser concluída – não se quer inibir a criança nem desacreditar uma boa ideia antes de lhe dar uma chance.

É uma boa ideia o terapeuta ter algumas sugestões em mente quando considerar soluções alternativas, como tentar mudar a situação (enfrentamento instrumental); gritar ou chorar (intervenção emocional); distrair-se (pensar em outra coisa); pensar de outra forma (pensamentos de enfrentamento); buscar apoio emocional (família, amigos); não fazer nada.

Para integrar informação de sessões anteriores, o terapeuta escolhe algumas figuras de balões de pensamento da Sessão 6 que demonstrem situações potencialmente provocadoras de ansiedade (p.ex., uma menina deixando cair a bandeja com seu almoço), e a criança e o terapeuta relembram os "pensamentos" da última sessão, contestam aqueles pensamentos, geram pensamentos de enfrentamento e definem como tornar a situação menos provocadora de ansiedade. Mas é mais fácil para a criança praticar quando fala sobre outro (criança no desenho animado).

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 8: Introduzir autoavaliação e autorrecompensa e revisar habilidades aprendidas

Para crianças com mais idade, usar analogias como "uma comissão" por esforço/vendas no trabalho ou contratos maiores e mais longos para atletas baseados no desempenho é útil para introduzir o conceito de recompensa baseada no esforço.

Crianças ansiosas estabelecem padrões altos e raramente se recompensam por suas realizações; em vez disso, tendem a se apoiar em fontes externas para o senso de realização. Encoraje a criança a sentir orgulho de suas realizações e peça que descreva uma situação na qual ela sentiu orgulho de si mesma. Mencione para a criança como alguém (p.ex., artista de TV) se sentiu orgulhoso porque fez algo desafiador.

O terapeuta encoraja a criança a escolher sua atividade favorita para os dois fazerem juntos após a sessão, visando recompensá-la por seu esforço até então nas sessões de tratamento. Recompensas sociais são momentos formidáveis. Tenha a certeza de permitir um tempo para a recompensa e complete o plano.

Encoraje a criança a se recompensar com autoafirmações positivas, como "eu fiz um bom trabalho" ou "eu consegui!". Também é útil se recompensar em situações em que ela seja incapaz de proporcionar a si mesma uma recompensa material imaginando um evento ou uma cena agradável. Por exemplo, quando uma criança enfrenta uma situação estressante na escola, ela pode se recompensar imaginando-se dando pulos de alegria ou fazendo uma dança da vitória.

Com um paciente mais jovem, é útil fazê-lo explicar o plano de enfrentamento de quatro passos a seu(s) pai(s) na frente do terapeuta, de modo que o terapeuta ajude se necessário. Com crianças maiores, sugere-se que conte sozinha aos pais sobre os passos, a menos que ela queira a presença do terapeuta.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessões 10 a 14: Praticar situações provocadoras de ansiedade – tarefas de exposição

As dicas para os terapeutas fornecidas até este ponto foram específicas para cada sessão de tratamento. As que se seguem – uma lista mais longa – se aplicam a TODAS as sessões que incluem tarefas de exposição (Sessões 10 a 16). (Para mais detalhes, ver Kendall et al., 2005).

Esteja preparado e seja confiante. Ou seja, saiba que aspectos da situação são causadores de sofrimento e tenha em mente ideias para tratá-los. Seja encorajador e exale confiança: é espantoso como as crianças "tentarão" se tiverem o preparo certo. Seu estilo influenciará a disposição dela para se envolver. As tarefas de exposição nunca são punitivas.

Ao se preparar para completar uma tarefa de exposição imaginária ou *in vivo*, tenha a certeza de perguntar à criança sobre aspectos da situação com probabilidade de serem incômodos, de modo que encontrem formas de enfrentar as possíveis dificuldades antes da tarefa de exposição.

Faça a criança se imaginar lidando com uma situação para começar a usar várias estratégias de enfrentamento. A prática ajuda na situação real.

Se a criança for extremamente ansiosa, o terapeuta continua com as tarefas de exposição imaginárias até que o nível de ansiedade seja reduzido e ela seja capaz de demonstrar o uso do plano de enfrentamento.

O envolvimento da criança é fundamental. Aumente o envolvimento solicitando sugestões no planejamento das tarefas

de exposição. O terapeuta lança ideias, mas inclui as opiniões da criança sobre como tornar a exposição proveitosa. As sugestões da criança são evidência de envolvimento e são bem recebidas.

A hierarquia do medo pode precisar ser mudada ou retificada durante as sessões de exposição para refletir mudanças no nível de medo nas situações relatadas. Algum grau de ajuste é esperado. Entretanto, tenha o cuidado de não aceitar o autorrelato (p.ex., "Oh, aquela situação não é mais estressante para mim") de que a hierarquia precisa ser mudada. Em vez disso, teste a situação com a criança como um "experimento", de uma forma não confrontativa.

Não seja levado a "proteger" a criança de suas emoções negativas. Um dos aspectos da exposição *in vivo* é o terapeuta permitir que ela fique ansiosa. Qualquer tendência natural de tranquilizar, confortar, "salvar" ou protegê-la deve ser contida para que ela desenvolva habilidades independentes de enfrentamento. As crianças podem tentar evitar a experiência *in vivo* envolvendo o terapeuta em conversa excessiva sobre a situação e sobre suas dificuldades. As preocupações são tratadas, mas aborda a situação.

Não "brigue" com a criança sobre uma tarefa de exposição. Se ela for resistente a participar, seja paciente. Além disso, o terapeuta pode trabalhar com a criança a fim de modificar um pouco a tarefa de exposição atual ou gerar uma situação de prática alternativa. Embora alguma negociação seja aceitável, é importante que o terapeuta não permita que a criança evite experiência genuína com a prática na situação temida.

Durante as tarefas de exposição, o terapeuta necessita estar consciente do comportamento de "esquiva sutil", pois isso não permitirá que a criança enfrente as situações "completas". Por exemplo, a criança socialmente ansiosa pode estar imaginando e praticando uma "atividade de ir para a escola", mas na atividade pode se isolar e não falar com ninguém. A experiência preferida incluiria envolvimento em uma conversa. Outro exemplo seria a criança com ansiedade de separação levar um objeto especial para uma situação provocadora a fim de fazê-la parecer segura. Ainda, a criança ansiosa usa distração para pensar em algo completamente diferente quando está na situação provocadora de ansiedade. Embora todos esses comportamentos permitam enfrentar a situação, de certa forma, a criança é impedida. Tudo bem que ela tenha um comportamento como desses como estratégia de enfrentamento (porque esse é um processo gradual), mas eventualmente é preferível que enfrente a situação sem quaisquer "muletas".

Várias experiências ***in vivo*** podem ser praticadas no consultório: criar situações de testagem, fazer a criança discursar ou ler um poema na frente de uma pequena plateia, usar uma câmera de vídeo para filmá-la e fazê-la se apresentar a outras pessoas do consultório.

Muitas tarefas de exposição de ocorrência natural acontecem em lugares públicos (p.ex., *shoppings*, galerias, igrejas, restaurantes, parquinhos, etc.) ou em situações acadêmicas e sociais organizadas nas escolas com a ajuda de professores e orientadores. O uso de tarefas de exposição de ocorrência natural é encorajado devido a sua natureza menos planejada da vida real.

Outras experiências de exposição são planejadas no consultório, mas realizadas com a ajuda dos pais quando ocorrem naturalmente (p.ex, ir a uma festa ou convidar um amigo para uma visita). O envolvimento dos pais permite ao terapeuta maior flexibilidade no planejamento, mas isso depende da capacidade e da motivação deles. Situações como viagens familiares, separações ou tentativas de criar equipes (banda/esportes) são oportunidades naturais.

Avaliações da SUDS feitas durante a situação de exposição têm múltiplos usos. As avaliações da SUDS fornecem *feedback* para a criança sobre o nível de ansiedade no contexto temido. As avaliações da SUDS são tratadas como "dados" relativos ao que acontece com a ansiedade da criança em uma situação específica. A criança e o terapeuta representam os dados em um gráfico e discutem as avaliações da SUDS (p.ex.,

As avaliações de ansiedade diminuíram? As avaliações aumentaram primeiro antes de diminuir? As avaliações para cada tarefa de exposição seguem um padrão?). Para aumentar os ganhos, a maioria das tarefas de exposição exige a permanência da criança em contato com o estímulo temido ou com a situação provocadora até que a SUDS seja reduzida em pelo menos 50%.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 15: Praticar situações provocadoras de alta ansiedade usando tarefas de exposição

Considere que a terapia estará terminando e o relacionamento terapêutico não será mais em um esquema regular. Essa transição pode ser difícil para algumas crianças, que podem começar a falar sobre aumento de ansiedade e sobre sintomas físicos durante as últimas semanas de tratamento, quase sugerindo um desejo de que as sessões continuem. Informar à criança a partir da Sessão 12 quantas ainda restam ajuda-a a entender que seu tempo está chegando ao fim. Encoraje-a a falar sobre o fim da terapia e ajude-a a imaginar possíveis sentimentos durante as últimas semanas ou após o final da terapia. A aplicação do plano FEAR também é sugerida quando a criança mostra sinais de sofrimento associado ao término do tratamento.

Lembre-se que é importante fornecer amplo apoio para a criança na crença de que ela agora está pronta para funcionar bem sem o terapeuta. Não é perfeito, mas é o melhor. Também é uma boa ideia discutir situações difíceis futuras e meios de lidar com as dificuldades usando o plano FEAR.

DICAS DAS TRINCHEIRAS

Sessão 16: Sessão de encerramento

Durante a última sessão, ofereça à criança uma última recompensa pela participação no programa. Indica-se uma recompensa social, como jogar com o terapeuta, fazer uma "festa de *pizza*" com os pais e com o terapeuta, sair para tomar um sorvete ou compartilhar alguma outra atividade. O tempo é reservado para diversão, e o foco é mantido em realizações presentes e futuras. A sessão pode ter duração maior que a usual.

O terapeuta discute com os pais da criança como apoiar o que foi aprendido e a encorajar o uso dos passos do FEAR e a disposição em tentar novas tarefas.

REFERÊNCIAS

Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2006). *Coping Cat Workbook*. (2a. ed). Ardmore, PA: Workbook Publishing. www.WorkbookPublishing.com

Kendall, P.C. & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (Terapia cognitivo-comportamental para crianças ansiosas: Manual do terapeuta) (3a. ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing. www.WorkbookPublishing.com

Kendall, P.C., Gosch, E., Furr, J., & Sood, E. (2008). Flexibilidade dentro da fidelidade. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 987-993.

Kendall, P. C. & Beidas, R. (2007). Facilitando o caminho para a disseminação de práticas baseadas em evidências para o jovem: Flexibilidade dentro da fidelidade. *Psicologia Profissional: Pesquisa e Prática*, 38, 13-20.

Kendall et al. (2005) Conduzindo TCC com crianças ansiosas? Exposições de pensamento *Cognitive and Behavioral Practice, 12,* 136-148.

13

Programa *Friends* para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes

Cristina Akiko Iizuka
Paula M. Barrett

INTRODUÇÃO

Com frequência, a ansiedade é reconhecida como uma das formas mais prevalentes de psicopatologia infantil (Chavira, Stein, Bailey e Stein, 2004; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler e Angold, 2003; Donovan e Spence, 2000; Rapee, Schniering e Hudson, 2009) e está associada a diversos outros danos psicossociais, como, por exemplo, dificuldades de relacionamento social, emocionais ou no âmbito acadêmico (Donovan e Spence, 2000).

Se não for tratada em seu estágio inicial, a ansiedade infantil pode levar ao abandono escolar e, posteriormente, limitar o desenvolvimento profissional. Além disso, pode causar aumento do uso de medicamentos, depressão e abuso de drogas durante a adolescência e vida adulta (Donovan e Spence, 2000; Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards e Sweeney, 2005). Há estudos evidenciando a relação entre elevados níveis de ansiedade durante a infância e ocorrência de transtornos de ansiedade na vida adulta (Mattison, 1992).

Além do sofrimento de crianças ou jovens e de suas famílias que vivenciam transtornos de ansiedade, esses transtornos são uma preocupação para o sistema de saúde público, devido ao alto risco do desenvolvimento de futuras psicopatologias e dos custos envolvidos em relação ao uso mais frequente do sistema de saúde (Donovan e Spence, 2000; Last, Hansen e Franco, 1998; O'Connell, Boat e Warner, 2009; Rapee et al., 2005).

Apesar dos dados evidenciando a elevada prevalência de transtornos de ansiedade e do reconhecimento dos danos que a ansiedade pode gerar na vida das pessoas, ainda há falta de entendimento no que concerne à origem da sintomatologia da ansiedade e dos múltiplos fatores responsáveis pela manutenção, exacerbação ou redução de sintomas no decorrer da vida (Bosquet e Egeland, 2006).

Poucos estudos de revisão foram realizados focando a eficácia e a eficiência de prevenção de ansiedade e a intervenção durante os estágios iniciais da ansiedade tanto para crianças quanto para adolescentes (Feldner, Zvolensky e Schmidt, 2004; Greenberg, Domitrovich e Bumbarger, 2001; Neil e Christensen, 2009).

DESENVOLVIMENTO DA ANSIEDADE

Durante a infância há períodos críticos no desenvolvimento da criança que podem aumentar ou diminuir a probabilidade do desenvolvimento de psicopatologias no decorrer de sua vida (Crockenberg e Leerkes, 2000, 2005). Apenas recentemente, estudos começaram a examinar tal aspecto e focar nas diferenças individuais com o objetivo de aumentar o conhecimento em relação às fases iniciais de disfunções emocionais e comportamentais.

Segundo a teoria do desenvolvimento de psicopatologia, o crescimento saudável no decorrer da vida requer o adequado cumprimento de uma série de tarefas que marcam cada estágio, como, por exemplo, regulação emocional e apego durante a infância, manejo de impulsos durante a idade pré-escolar, ajuste ao ambiente escolar durante o início da fase escolar, bem como criação e manutenção de relacionamentos com amigos durante a adolescência (Hartup, 1983, 1987; Parker, Rubin, Price e de Rosier, 1995). É considerado fator de risco quando a pessoa não consegue lidar adequadamente com uma ou mais tarefas durante esses estágios. Isso pode levar ao aparecimento de sintomas e, subsequentemente, prejudicar a trajetória do crescimento da criança, podendo causar futuros danos nas próximas fases e posterior ocorrência de psicopatologia (Ialongo, Edelsohn e Kellan, 2001). Atualmente, há evidências sugerindo a associação entre o fracasso em cumprir tais tarefas críticas diretamente relacionadas a cada estágio de desenvolvimento (p.ex., regulação emocional e apego durante a infância) com o transtorno de ansiedade infantil.

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE ANSIEDADE INFANTIL

A literatura relacionada à ansiedade infantil tem fornecido informações para um melhor entendimento de fatores que podem levar crianças a um maior risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. As manifestações de tais fatores de risco podem ser identificadas em crianças pré-escolares (Biederman et al., 2001; Hirshfeld-Becker et al., 2008; Rosenbaum et al., 2000; Rosenbaum et al., 1988). Os modelos atuais sobre a etiologia da ansiedade enfatizam uma complexa interação entre fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais (Barrett e Farrell, 2007; Chorpita e Barlow, 1998; Zahn-Waxler, Klimes-Dougan e Slattery, 2000). Contudo, há falta de estudos que consideram possíveis intervenções com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de transtornos de ansiedade em crianças novas (em idade pré-escolar). A seguir serão descritos alguns fatores de risco para crianças em idade pré-escolar.

FATORES INTRÍNSECOS

Temperamento vulnerável

Características de temperamento podem ser consideradas predisponentes para a criança vivenciar maior ansiedade durante a infância. Segundo Kagan e Snidan (1991a), aproximadamente 15% das crianças apresentam maior probabilidade de desenvolverem ansiedade desde a infância e vivenciarem medo persistente e intenso, além de timidez e isolamento social em resposta a pessoas e/ou situações estranhas. Feng, Shaw e Silk (2008) classificaram tais crianças como aquelas que herdaram temperamento de comportamento inibido (*behavioural inhibition*).

O comportamento inibido tem sido definido como predisposição de uma pessoa a reagir com medo, cuidado e isolamento quando em situações ou com pessoas desconhecidas (Biederman et al., 1993; Fox, Henderson, Rubin, Calkins e Schmidt, 2001; Hirshfeld-Becker et al., 1992; Kagan e Snidman, 1991a). Crianças com comportamento inibido tendem a se agarrar mais a

seus pais (ou à pessoa que passa mais tempo com elas) quando expostas a situações novas; se recusam a se aproximar de brinquedos novos e apresentam dificuldades de se relacionar com outras crianças (Fox et al., 2001; Rubin, Burgess e Hastings, 2002). Além disso, crianças com comportamento inibido tendem a apresentar mais respostas fisiológicas, tais como aumento de frequência cardíaca, aumento dos níveis de cortisol, salivar e outros sintomas somáticos associados às respostas de ansiedade quando expostas a situações não familiares (Kagan, Snidman, Zentner e Peterson, 1999).

O comportamento inibido em crianças tem sido relacionado com respostas de ansiedade (Kagan et al., 1999) e posterior desenvolvimento de transtornos de ansiedade (Feng et al., 2008). Resultados do estudo longitudinal realizado por Prior, Smart, Sanson e Oberklaid (2000) demonstraram que crianças de 3 a 4 anos com temperamento tímido-inibido apresentavam maior risco de transtornos de ansiedade 10 anos depois (quando as crianças tinham 13 a 14 anos). Tal fato provavelmente ocorre devido à complexa inter-relação das diversas influências na criança, como fatores genéticos, biológicos e ambientais (Fox, Henderson, Marshall, Nichols e Ghera, 2005).

Contudo, há evidências de que o comportamento inibido em si não é o fator determinante para que a criança apresente posterior transtorno de ansiedade. Estudos demonstram que diversas crianças que apresentam comportamento inibido durante a infância mudam tal padrão e apresentam menos comportamentos de isolamento e menos sintomas de ansiedade no decorrer do crescimento (Biederman et al., 2001; Degnan e Fox, 2007; Kagan, Reznick e Snidman, 1988; Schwartz, Snidman e Kagan, 1999). Isso sugere que, embora o comportamento inibido seja um fator de risco para posterior desenvolvimento de transtorno de ansiedade, há outros fatores internos e externos que influenciam a continuidade ou não do comportamento inibido durante a infância. A combinação entre esses outros fatores definirão se a criança desenvolverá posterior transtorno de ansiedade.

Características de temperamento de crianças em situação de risco, mas que são capazes de se adaptar positivamente quando expostas a situações ameaçadoras têm sido identificadas na literatura sob o termo "resiliência" (Luthar, Cicchetti e Becker, 2000). Rothbart e Derryberry (1981) propuseram um modelo de temperamento que está de acordo com a literatura relacionada à resiliência. Os autores sugerem que há dois fatores que contribuem para a continuação ou término do comportamento inibido: reatividade e regulação. Reatividade se refere à excitação comportamental e fisiológica da criança, ao passo que regulação se refere ao processo neural ou comportamental que influencia o nível de reatividade da criança e posteriormente no desenvolvimento (Davidson, Putam e Larson, 2000). Por meio de uma complexa interação entre fatores fisiológicos, comportamentais e contextuais, as crianças desenvolvem estratégias para regular sua reação fisiológica a determinadas situações. Com o passar do tempo, tais respostas se tornam um repertório formal de habilidades que as crianças utilizam para regular emoções e comportamentos em outras situações (Calkins, 1994; Calkins e Degnan, 2006). A habilidade para regular reações emocionais em diversos contextos é considerada colaboradora para o desenvolvimento da resiliência, podendo, consequentemente, diminuir os comportamentos inibidos e a ansiedade com o decorrer do tempo (Degnan e Fox, 2007).

A identificação de fatores que potencialmente diminuem os comportamentos inibidos pode fornecer informações para o desenvolvimento de programas de intervenção precoce para diminuir os níveis de ansiedade no decorrer da vida. Tal fato tem levado pesquisadores a enfatizarem a urgência de programas de prevenção e tratamento de ansiedade o mais cedo possível para crianças, antes que transtornos mentais se desenvolvam (Bienvenu e Ginsburg, 2007; La Greca, Silverman e Lochman, 2009). Os programas de intervenção precoce apresentam diversas

vantagens no contexto clínico, entre as quais, pode-se citar o impacto positivo no desenvolvimento da criança e o aumento no processo de resiliência (Hirshfeld-Becker et al., 2008). Rapee e colaboradores (2005) sugerem que intervenções que tenham o objetivo de prevenção devem começar enquanto as crianças são novas. O período ideal para que tal tipo de intervenção ocorra é antes que as crianças apresentem os primeiros sinais de ansiedade ou comportamento inibido. Contudo, apenas recentemente os pesquisadores têm focado sua atenção em programas de prevenção com essa população.

Regulação da emoção e ansiedade

O processo de regulação da emoção foi definido por Eisenberg e Spinrad (2004) como o processo de iniciar, evitar, inibir, manter ou modular a ocorrência, forma, intensidade ou duração de estados de emoção internos, de respostas fisiológicas relacionadas à emoção, processos de atenção, estado motivacional e comportamentos concomitantes da emoção, com o intuito de adaptação biológica e social ou alcance de metas individuais. Atualmente, o papel da regulação da emoção tem sido considerado fundamental para o desenvolvimento de sintomas e transtornos de ansiedade (Bosquet e Egeland, 2006). A hipótese é de que caso a criança não aprenda habilidades para regular suas emoções, isso pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de ansiedade.

FATORES EXTRÍNSECOS

Além dos fatores internos citados anteriormente, há também fatores externos, como o ambiente em que a criança vive, que também influencia o seu desenvolvimento psicológico. Essa sessão apresentará fatores extrínsecos que têm sido identificados pela literatura como fatores que influenciam no desenvolvimento de transtornos de ansiedade.

Comportamento dos pais

Pesquisas têm apresentado relação entre o comportamento de pais superprotetores e controladores com problemas de comportamento durante a infância (McLeod, Weisz e Wood, 2007; Rapee, 1997). Mães com dificuldades de lidar com o próprio estresse e ansiedade apresentam maior risco de terem filhos tímidos ou ansiosos (Hastings, Nuselovici, Rubin e Cheah, 2010). Apesar da evidência de que o risco pode ser genético, fatores ambientais também contribuem para que a criança desenvolva ou não transtornos de ansiedade.

Comportamentos específicos de pais, como controle excessivo ou intromissão, têm sido associados a comportamentos inibidos e isolamento social em crianças (Rubin et al., 2002; Rubin, Cheah e Fox, 2001; Rubin, Hastings, Stewart, Henderson e Chen, 1997). Controle excessivo se refere ao comportamento de pais em controlar o comportamento dos filhos e ao encorajamento de dependência (McLeod, Weisz et al., 2007). A hipótese é de que tal nível de controle e superproteção podem resultar em baixa autoeficácia por parte das crianças e aumento da ansiedade (McLeod, Wood e Weisz, 2007; Wood, 2006). Entretanto, é possível que haja uma relação recíproca, na qual pais superprotetores permitam comportamento arredio por parte das crianças e os comportamentos arredios encorajem a superproteção. Por outro lado, comportamentos de pais calorosos, sensíveis e que encorajam independência e autonomia nas crianças podem contribuir para comportamentos mais bem adaptados, maior autoeficácia, o que pode potencialmente reduzir os níveis de ansiedade a longo prazo (McLeod, Weisz et al., 2007).

Os pais podem influenciar positivamente o processo de resiliência e dar suporte ao desenvolvimento de habilidades adequadas de regulação emocional. Para tal, eles devem estar alertas e sensíveis às diversas emoções que seus filhos vivenciam. Eles devem auxiliar suas crianças a manejar situações de estresse e ensinar técnicas de

enfrentamento (Fox et al., 2005). A rejeição por parte dos pais também tem sido hipotetizada como debilitante no processo de regulação de emoção e provável aumento de ansiedade (Gottman, Katz e Hooven, 1997). Dessa forma, sugere-se que a rejeição por parte dos pais pode ser considerado fator de risco no desenvolvimento de transtornos de ansiedade (McLeod, Weisz et al., 2007).

Personalidade materna

A literatura tem sugerido que há uma relação entre a personalidade da mãe e o comportamento inibido (Degnan e Fox, 2007). Pequisas indicam que o neuroticismo materno pode estar relacionado a maior possibilidade da presença do comportamento inibido (Degnan, Henderson, Fox e Rubin, 2008). Em um estudo de Coplan, Arbeau e Armer (2008), os autores concluíram que o temperamento tímido em crianças era mais significativo quando as mães apresentavam alto neuroticismo e superproteção, quando comparado a mães sensíveis ou mães autoritárias. Por outro lado, mães que apresentavam altos níveis no construto de extroversão, encorajavam comportamentos de aproximação, em vez de serem supercontroladoras ou intrusivas, diminuindo a chance da criança desenvolver ou manter comportamento inibido. Além disso, essas mães respondiam às emoções de seus filhos de forma qualitativamente diferente dos pais que eram omissos (Belsky, Crnic e Woodworth, 1995; Mangelsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang e Andreas, 1990).

Estresse dos pais

Elevados níveis de estresse dos pais também têm sido considerados fator de influência no desenvolvimento de ansiedade nas crianças (Bayer, Sanson e Hemphill, 2006; Costa, Weems, Pellerin e Dalton, 2006). A literatura sugere que o estresse dos pais pode interferir na qualidade da relação pais-filhos e prejudicar o comportamento da criança (Dadds e Roth, 2001; Gartstein et al., 2010). Um ciclo negativo pode se desenvolver se uma criança ansiosa apresenta demanda excessiva por suporte e reafirmação, mas os pais sentem que não conseguem tolerar esse nível de demanda. Tal fato pode gerar estresse adicional e levar os pais a rejeitarem e se afastarem da criança ou a utilizarem técnicas coercitivas de controle (Dadds e Roth, 2001). Uma dinâmica disfuncional desse tipo pode prejudicar significativamente o desenvolvimento da autoeficácia e a habilidade da criança em lidar com situações estressantes (Dadds e Roth, 2001). Esses processos podem ser intensificados se os pais apresentam técnicas inadequadas de enfrentamento ou regulação emocional. Como os pais podem se sentir frustrados e sufocados pelo comportamento desafiador da criança, ela pode se sentir mais ansiosa e irritada, levando os pais a rejeitarem ou criticarem mais a criança (Dadds e Roth, 2001).

Diversos fatores contextuais da vida de uma pessoa têm sido identificados como aqueles que contribuem para maior nível de estresse nos pais e, consequentemente, maior probabilidade de ansiedade nos filhos, como eventos traumáticos, conflito parental, pouco suporte social, estressores diários e baixo nível socioeconômico (Cicchetti e Toth, 1998). Tais fatores de estresse podem influenciar a criança, pois esta percebe os pais como pessoas com baixo controle, além de expectativas negativas, autoculpa e desespero (Denham, 1998). Ensinar os pais a identificarem e manejarem seus níveis de estresse e aumentarem suas percepções em relação a ciclos negativos de interação com seus filhos pode ser um fator importante quando se trata de planejar programas de intervenção preventivos.

Teoria do apego

A teoria do apego tem sido definida como um sistema inato no cérebro do bebê que desenvolve e influencia processos motivacionais, emocionais e de memória relacionados

à pessoa que dele cuida, e forma a base de como a criança perceberá e se relacionará com o mundo ao seu redor (Bowlby, 1969; Siegel e Hartzell, 2003). Um apego seguro envolve comportamento responsivo dos pais em relação aos sinais que o bebê demonstra e pode aumentar estados emocionais positivos e moderar estados negativos. Além disso, o apego seguro pode aumentar a confiança da criança em sua habilidade de autorregulação (Bowlby, 1969; Kochanska, 2001; SouthamGerow e Kendall, 2002).

Golse (1998) ressalta que o comportamento de apego é instintivo, evolui ao longo da vida e não é herdado. O que se herda é o potencial ou o tipo de código genético que permite à espécie desenvolver melhores resultados adaptativos, caracterizando sua evolução e preservação. Por meio de experiências repetidas, as respostas emocionais dos pais se tornam arraigadas na memória das crianças em forma de expectativas e, posteriormente, em forma de modelos mentais ou esquemas de apego (Siegel, 1999). Mais recentemente, Sroufe e colaboradores (2005) realizaram um estudo a longo prazo no qual os pesquisadores indicaram que a presença de um apego seguro durante a infância predizia maior competência social com outras pessoas e maiores níveis de autoeficácia e persistência em resolução de problemas, quando comparadas a pessoas que apresentam apego inseguro durante a infância. Portanto, pode-se dizer que a relação de apego é considerada um grande fator de resiliência durante a infância (Sroufe et al., 2005).

A teoria do apego propõe que a função primária da relação de apego é para proteger o bebê de ameaças e provê-lo com proteção e uma base segura na qual ele pode explorar o meio ambiente (Waters e Cummings, 2000). Bowlby (1973) acrescenta que crianças com apego seguro durante a infância têm maior probabilidade de desenvolver adequada autoconfiança, além de melhores habilidades de solução de problemas e de interação com outras pessoas e maior segurança em ambientes não familiares.

Siegel e Hartzel (2003) descrevem a importância do apego entre pais e filhos para modelar futuras interações que a criança apresentará com outras crianças, seu senso de segurança para explorar o mundo ao seu redor, sua resiliência ao estresse, sua habilidade em lidar com emoções, além de sua capacidade de criar relações interpessoais importantes para o futuro.

Dessa forma, pode-se ver que a relação de apego representa um papel fundamental em auxiliar a criança a regular seus medos e ansiedades (Berlin, Cassidy e Belsky, 1995; Bowlby, 1969, 1973; Thompson, 2000). Bowlby (1973) sugeriu que os níveis de susceptibilidade ao medo e à ansiedade são baseados na responsividade e disponibilidade das principais figuras de apego (p.ex., pais). Uma característica comum de apego inseguro é a presença de pais inconsistentes e a falta de proximidade para confortar as crianças quando elas apresentam sinais de medo. Tais respostas negativas e de rejeição podem resultar na criança questionando a disponbilidade dos pais, prejudicando o desenvolvimento de habilidades de autorregulação de emoção, podendo levar a problemas de transtornos de ansiedade (Gottman, et al., 1997). Além disso, pesquisadores sugerem que crianças com apego inseguro são incapazes de desenvolver estratégias emocionais e cognitivas adequadas para enfrentar situações difíceis (Carlson e Sroufe, 1995). Isso aumenta a vulnerabilidade dessas crianças para desenvolverem futuros problemas psicopatológicos (Kochanska, 2001).

Outros fatores ambientais

Além dos fatores citados, baixo nível socioeconômico, conflito parental, abuso de criança, ambiente caótico do lar, problemas de alcoolismo e criminalidade também foram demonstrados como fatores de adversidade e, consequentemente, fatores de maior risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ou outros problemas psicopatológicos em crianças em um estudo longitudinal realizado por Fergusson e Horwood (2005). Philips e colaboradores (2005) adicionaram: mudança frequente de parceiro

por parte da mãe, criminalidade por parte do parceiro da mãe e elevado número de adversidades como fatores de predição para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade em adolescentes. Tais fatores ressaltam a importância de se considerar a complexa interação entre os diversos fatores de risco concomitantemente, uma vez que há uma tendência de que vários deles ocorram simultaneamente na mesma pessoa (Sameroff et al., 2003).

Prevenção e intervenção precoce

Nas últimas décadas, têm-se notado uma mudança de foco de tratamento para prevenção e intervenção precoce em crianças e adolescentes (Greenberg et al., 1999). Programas de intervenção precoce são necessários para indivíduos, famílias e comunidades para prevenir o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão. Isso tem sido alcançado por meio do aumento de resiliência emocional e a promoção de habilidades de enfrentamento positiva antes que dificuldades emocionais mais sérias se manifestem (Barrett e Ollendick, 2004).

Recentemente, tem-se notado também um aumento no corpo de pesquisas que examinam a efetividade de programas de prevenção em escolas para diversos transtornos psicológicos (La Greca et al., 2009). Essa mudança de foco foi encorajada pelo fato de que poucas crianças com transtornos de ansiedade ou depressão são encaminhadas para tratamento com profissionais adequados. Muitas das crianças e adolescentes sofrem por anos e quando recebem tratamento desistem ou não respondem positivamente (Donovan e Spence, 2000; Essau, 2005; Farmer, Burns, Phillips, Angold e Costello, 2003; Farrell e Barrett, 2007). Segundo Donovan e Spence (2000), a falta de sucesso nos tratamentos em muitos casos ocorre porque ele é oferecido muito tardiamente, quando os efeitos associados com o transtorno já estão enraizados e mais difíceis de serem revertidos. Dessa forma, acredita-se que oferecer tratamento quando os sintomas de transtorno de ansiedade já estejam presentes pode não ser o melhor momento para redução da incidência de transtorno de ansiedade na infância (Barrett e Turner, 2001).

Atualmente, há diversas pesquisas focando na intervenção precoce e como forma de não só melhorar a saúde mental das crianças como também de contribuir para o desenvolvimento de resiliência a longo prazo. Programas de intervenção precoce têm se mostrado eficientes para reduzir o número de crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade (Barrett, Farrell, Dadds e Boulter, 2005; Dadds, Spence, Holland, Barrett e Laurens, 1997; Lock e Barrett, 2003). Tais programas oferecem excelente relação custo-benefício e podem reduzir futuros gastos com serviços especializados, além de diminuir a incidência de casos de depressão, uma vez que o transtorno de ansiedade é tipicamente comórbido com depressão (Bienvenu e Ginsburg, 2007; FlannerySchroeder, 2006).

Embora a literatura aponte que os programas de prevenção e intervenção precoce sejam altamente efetivos, há falta de evidência em relação a quais são as melhores estratégias e qual a melhor idade para que tais intervenções ocorram (Dadds e Roth, 2008).

Tipos de prevenção

Intervenções preventivas podem ser classificadas em três níveis: indicada, seletiva e universal, cada uma com suas vantagens e desvantagens (Mrazek e Haggerty, 1994). Programas de intervenção indicada são aqueles que lidam com indivíduos ou grupos que foram previamente identificados por apresentaram sinais ou sintomas de algum transtorno mental ou biológico (Mrazek e Haggerty, 1994). Programas de intervenção seletiva focam em indivíduos ou subgrupos expostos a fatores de risco, como crianças com pais ansiosos ou divorciados (Spence, 1996). Ambos os programas citados lidam com indivíduos que apresentam fatores de risco. Mais recentemente, muitos pesquisa-

dores têm focado sua atenção em programas de intervenção universal para ansiedade e implementado tais programas em escolas (McLoone, Hudson e Rapee, 2006; Owens, Slee e Shute, 2002). As escolas podem desempenhar um papel fundamental na promoção do desenvolvimento social e emocional de seus alunos. Como apresentado na **Figura 13.1**, os programas universais podem ser apresentados a todos os alunos em salas de aula, independentemente da presença de sintomas. Tais programas geralmente objetivam o aumento de resiliência e saúde mental em geral (Barrett e Turner, 2001).

Programas universais de prevenção de ansiedade em escolas têm apresentado resultados promissores (Neil e Christensen, 2009). As principais vantagens dos programas universais em escolas são:

a) os conteúdos geralmente são incluídos na grade curricular, portanto, os alunos não precisam de horário extra para tais programas;
b) não há necessidade de transporte;
c) atinge todas as crianças e adolescentes que frequentam a escola, independentemente dos fatores de risco a que estão expostos;
d) evita a estigmatização de que determinada criança é "doente mental" e precisa de tratamento;
e) promove encorajamento entre os alunos dentro da sala de aula; e

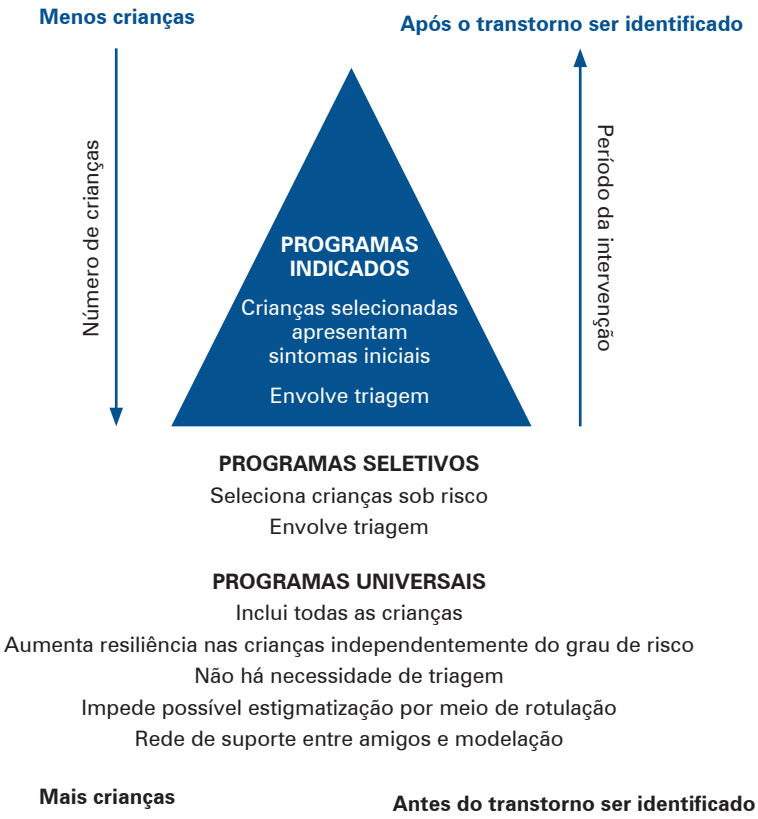


Figura 13.1
Tipos comuns de prevenção e intervenção precoce em escolas.

f) reduz dificuldades psicossociais dentro da classe (Masia-Warner, Nangle e Hansen, 2006).

Assim, pode-se dizer que tais programas promovem um ambiente de aprendizado e desenvolvimento saudável para os alunos.

Tratamento precoce para ansiedade infantil

A prevalência de ansiedade em crianças em idade escolar varia entre 4 e 25%, com média de 8% (Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick e Shek, 2000; Cole, Peeke, Martin, Truglio e Seroczynski, 1998; Tomb e Hunter, 2004). A prevalência atual pode ser ainda maior, pois há muitas crianças e adolescentes que não recebem nenhum tipo de auxílio e, portanto, não constam nas estatísticas (Neil e Christensen, 2009).

Programas de intervenção e prevenção precoces em crianças são extremamente importantes, uma vez que se sabe que os primeiros sinais do desenvolvimento de transtornos de ansiedade podem ocorrer muito cedo na vida da criança. Fornecer tais programas para pais e crianças, com o intuito de que todos aprendam a manejar suas ansiedades e enfrentar situações desafiadoras de forma positiva, tem o potencial de reduzir o impacto negativo que a ansiedade pode causar ao longo da vida da pessoa e evitar que se torne transtorno de ansiedade. Além disso, pode aumentar as chances de que a criança seja mais bem-sucedida acadêmica e socialmente (Derryberry e Reed, 1994).

As escolas de educação infantil e de ensino fundamental podem desempenhar papel imprescindível na promoção da saúde mental por meio de implementação de programas universais, com o objetivo de aumentar o aprendizado social e emocional. Como apresentado na **Figura 13.1**, programas universais que incluem todas as crianças da sala de aula têm o potencial de atingir mais crianças e adolescentes. A seguir, será apresentado o programa *FRIENDS* como programa universal para prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes na escola (Barrett, 2008a, 2008b, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d).

O programa *FRIENDS*

Nenhuma criança está imune a algum tipo de pressão na sociedade atual. Mesmo as crianças que não estão expostas a situações extremas de adversidade ou trauma provavelmente vivenciarão algum grau de pressão ao seu redor (Goldstein e Brooks, 2005). O programa *FRIENDS* é baseado na suposição de que toda criança sofrerá pressão em algum momento em sua vida e é importante que ela aprenda a enfrentar tais situações de forma saudável. Assim, quando ocorre a situação desafiadora (como mudança de escola, divórcio dos pais, entre outros), a criança já possui um repertório de habilidades necessárias (como, por exemplo, habilidades de solução de problemas, pensamento positivo e relaxamento) para superá-la.

O programa *FRIENDS* se baseia no desenvolvimento e manutenção de habilidades e comportamentos positivos, fortalecendo as habilidades que os indivíduos já possuem. Ele é baseado no referencial de promoção de resiliência, considerando a interação entre a criança e os sistemas/contextos em que ela está inserida, incluindo a família e a comunidade (Garmezy, 1985; Werner e Smith, 1982, 1992). Dessa forma, o programa envolve ativamente as crianças, as famílias, os professores e a escola no processo de intervenção. O programa ensina habilidades específicas para crianças, pais e professores para que estejam preparados para lidar com situações desafiadoras e adversas.

O principal objetivo do programa é desenvolver resiliência emocional. A resiliência emocional é considerada a capacidade do indivíduo de se recuperar de situações de trauma excessivo, de privação, medo ou estresse de forma saudável e construtiva (Atkinson, Martin e Rankin, 2009). De acordo com Goldstein e Brooks (2005), resiliência se refere a respostas positivas e

adaptadas frente a situações de risco, adversidade ou estresse signiticativos. Os autores descrevem resiliência como resultado em vez de um construto psicológico. Por isso, variáveis que predizem resiliência (fatores de proteção) têm sido pesquisadas para serem incluídas no programa. Os fatores de proteção são definidos como caraterísticas ou processos que moderam ou diminuem os efeitos negativos do estresse ou dos fatores de risco. Consequentemente, resultados positivos em termos comportamentais e psicológicos são esperados.

Além de se basear no conceito de resiliência, o programa *FRIENDS* também utiliza os princípios da terapia cognitivo-comportamental (TCC). TCC é a forma de psicoterapia que combina estratégias de tratamento comportamentais tradicionais com estratégias cognitivas. A principal diferença entre TCC e outras formas de psicoterapia é que a TCC foca na modificação de comportamento e cognição que são considerados como "mantenedores do problema" (aqui e agora), em vez de tentar resgatar antecedentes históricos de comportamentos maladaptados ou por meio da identificação de padrões (Hersen e Rosqvist, 2005).

Segundo Hollon e Beck (1994), a TCC tem sido uma das formas de psicoterapia mais estudada na literatura. Os autores mostram que mais de 120 estudos clínicos foram publicados na literatura entre 1986 e 1993, e sua proliferação tem continuado. Segundo Hersen e Rosqvist (2005), há protocolos estruturados de tratamento baseado nos princípios de TCC para a maior parte dos transtornos psicológicos. Isso ocorre pela possibilidade de a TCC ser adaptada para uma grande variedade de transtornos e problemas (Beck, 1997; Salkovskis, 1996).

Nos últimos 15 anos, estudos têm indicado a TCC como efetiva para redução de ansiedade e estresse emocional em crianças e adolescentes (Barrett, Dadds e Rapee, 1996; Kendall, 1994). Gloaguen e colaboradores (1998) realizaram uma pesquisa sobre a efetividade da TCC para transtorno de ansiedade generalizada e encontraram que o grupo experimental (com TCC) apresentou melhoras superiores aos grupos de lista de espera ou aos grupos com terapia não diretiva ou grupos placebo. Adicionalmente, os resultados com TCC foram mantidos por tempos relativamente longos após o encerramento do tratamento.

Um grande número de estudos examinou a efetividade do programa *FRIENDS* para reduzir ansiedade e depressão individualmente ou em grupo, em contexto clínico ou escolar (Barrett et al., 1996; Barrett, 1998; Barrett, Duffy, Dadds e Rapee, 2001; Pahl e Barrett, 2010; Shortt, Barrett e Fox, 2001; Stopa, Barrett e Golingi, 2010).

A TCC para crianças deve enfatizar o desenvolvimento e a manutenção de habilidades e comportamentos produtivos, em vez de a redução de comportamentos indesejáveis. É geralmente orientada à ação, diretiva e frequentemente educativa (Seligman e Ollendick, 2005). O programa *FRIENDS* incorpora alguns aspectos da TCC que coexistem com áreas de aprendizagem socioemocional. Ele foca no ensino de habilidades cognitivas para solução de problemas (p.ex., lidar com situações interpessoais desafiadoras); identificação e controle de respostas fisiológicas (p.ex., respiração abdominal para controle da ativação fisiológica); reestruturação cognitiva (p.ex., mudar pensamentos negativos para pensamentos produtivos); treinamento de atenção (p.ex., focar atenção em aspectos positivos de uma determinada situação); exposição gradual a situações de medo (p.ex., criar planejamento passo a passo de enfrentamento); suporte da família e amigos. Intervenções de aprendizado socioemocional auxiliam as crianças a acumularem conhecimentos e habilidades que facilitam o processamento emocional que interagem com o contexto social em que a criança está inserida (Zins, Elias e Greenberg, 2003).

A **Figura 13.2** apresenta a interação entre os diversos processos que influenciam o sucesso do programa de intervenção. Por exemplo, se uma criança irá mudar de escola e perceber essa situação como ameaçadora (cognição), seu corpo irá responder coerentemente a essa percepção (fisiologia: sudorese na palma das mãos, dor de barri-

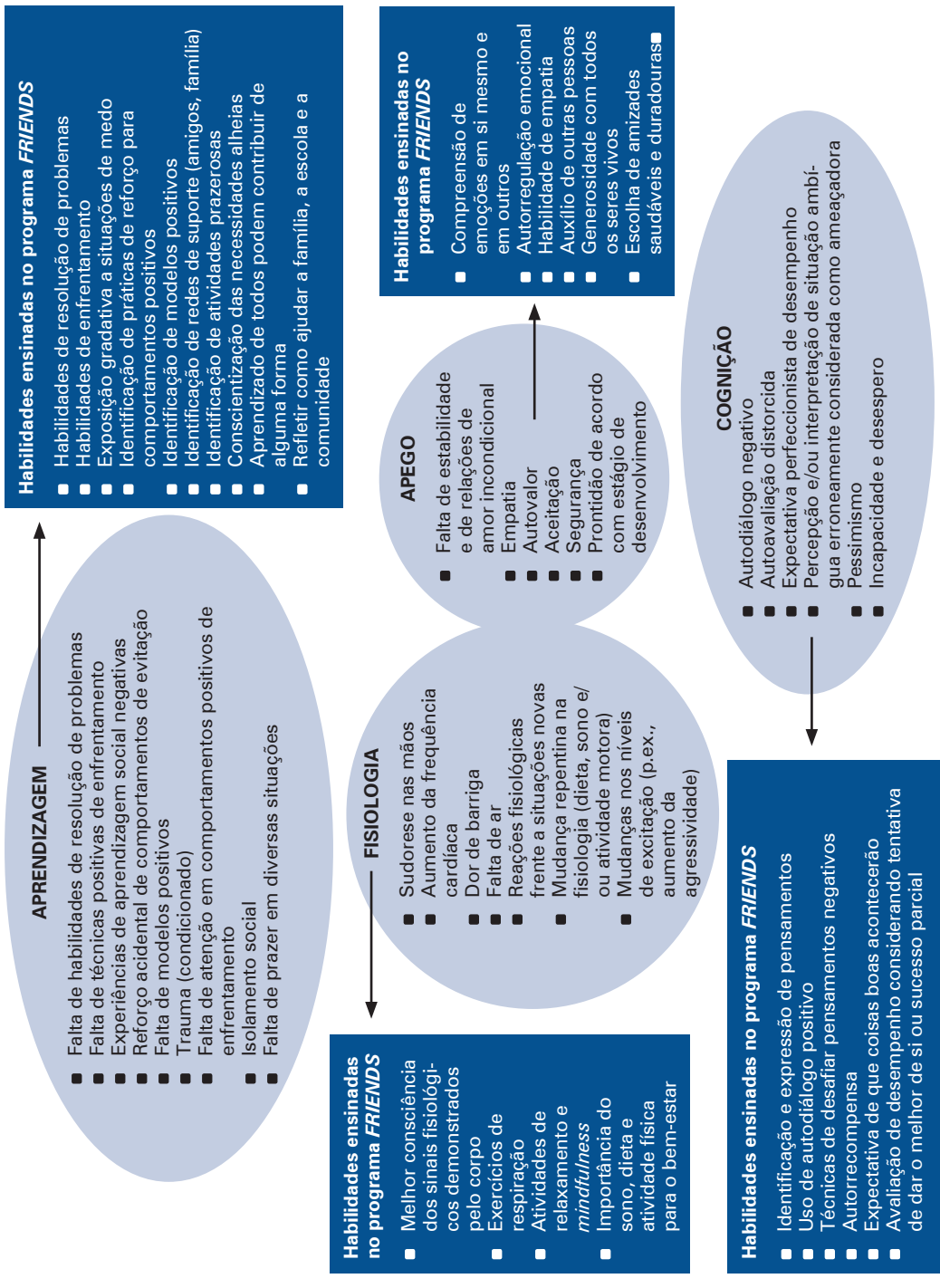


Figura 13.2
Modelo teórico para prevenção e intervenção precoce de ansiedade (Barrett, 2010b, p. 7). As flechas indicam como o programa *FRIENDS* direciona cada um dos processos.

ga ou aumento dos batimentos cardíacos). Essa situação pode levar a criança a evitar contato com outras crianças (apego), o que irá dificultar o processo de aprendizado e impedir que ela se divirta na escola. O programa *FRIENDS* procura cobrir cada um desses processos (cognição, fisiologia, apego e aprendizagem) individualmente, por meio do ensino de técnicas e habilidades específicas.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O programa *FRIENDS* (Barrett, 2008a, 2008b, 2010a, 2010b, 2010c, 2010d) é composto por 10 sessões principais e 2 de reforço. Ele possui três versões para cobrir as necessidades das diferentes faixas etárias, considerando as diferentes fases de desenvolvimento, desde a criança em idade pré-escolar (*Fun FRIENDS* de 4 a 6 anos), passando pelos anos iniciais do ensino fundamental (*FRIENDS for Life* de 7 a 10 anos), até o segundo ciclo do ensino fundamental e o ensino médio (*My FRIENDS* de 11 a 17 anos). Embora a base do programa seja a mesma para todos os grupos, cada programa possui atividades diferentes de acordo com o estágio de desenvolvimento e as habilidades das respectivas faixas etárias. Isso se reflete no conteúdo e nas atividades de cada sessão.

O programa foi desenvolvido para ser facilmente implementado em todas as faixas etárias, tanto para programas indicados (como, por exemplo, clínica) quanto para programas de prevenção universal (como, por exemplo, escolas). É recomendado que o programa dure de uma hora a uma hora e meia por sessão e que sejam realizadas uma a duas sessões por semana durante um ou dois bimestres escolares. Todas as sessões devem ser acompanhadas por um professor e um auxiliar (dependendo do tamanho do grupo).

Há duas sessões de reforço para revisar os componentes centrais do programa e auxiliar os participantes a manterem as habilidades aprendidas durante as sessões. É recomendado que a primeira sessão de reforço seja feita um mês após a décima sessão do programa, e a segunda sessão, três meses após a décima sessão do programa. As sessões de reforço são extremamente importantes para manutenção das habilidades a longo prazo. Os professores podem utilizar essas sessões para preparar os alunos para futuros eventos desafiadores (como por exemplo, algum acampamento, competição ou provas, entre outros); ou para discutir eventos difíceis da vida (como, por exemplo, hospitalização de familiares, doenças, divórcio dos pais, etc.).

O programa apresenta uma excelente relação custo-benefício, uma vez que envolve apenas o custo do treinamento de professores/funcionários e o material para professores (manual) e alunos (livro de atividades). Uma vez que os funcionários da escola ou instituição forem adequadamente treinados por pessoal credenciado no programa, este pode ser implementado nas salas de aula como programa de intervenção universal preventivo (ver **Figura 13.3**).

O manual de professores (Barrett, 2008a, 2010b, 2010d) é um guia de fácil uso que descreve passo a passo todos os detalhes necessários para realizar as sessões do programa de forma satisfatória. O manual contém informações gerais a respeito de desenvolvimento infantil, além de informações básicas a respeito de fatores de risco e fatores de proteção para ansiedade e depressão infantil. Adicionalmente, o manual descreve brevemente a teoria por trás do programa, os objetivos e conteúdos de cada sessão, o tempo aproximado para cada atividade, os materiais necessários para cada sessão e o que é esperado que a criança aprenda na sessão.

O livro de atividades das crianças (Barrett, 2008b, 2010a, 2010c) contém atividades a serem realizadas durante as sessões, além de informações para os participantes lerem com seus familiares e atividades a serem realizadas em casa. É recomendado que cada participante tenha seu livro de atividades para poder consultá-lo a qualquer momento.

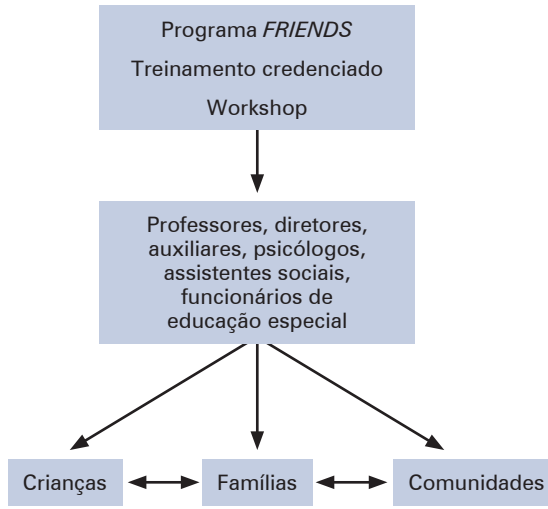


Figura 13.3
Modelo do programa *FRIENDS* como programa de intervenção preventivo implementado em escolas/instituições

O programa *FRIENDS* se baseia no aumento e no desenvolvimento de habilidades e competências positivas em crianças e jovens. O programa integra elementos-chave da perspectiva cognitivo-comportamental e os combina com estratégias de terapia familiar e abordagens interpessoais.

Os componentes familiar e interpessoal incluem o estabelecimento e a utilização de suporte social, manejo de conflito e aprendizado da importância em ajudar o próximo. A principal linha de raciocínio que permeia todo o programa é o ensino/aumento de habilidades, que podem ser utilizadas quando as crianças e os jovens passam por situações difíceis, sejam medos ou preocupações específicas para uma determinada situação ou desafios corriqueiros do dia a dia.

O programa foi desenvolvido a partir do acrônimo: *FRIENDS* para auxiliar os participantes a se lembrarem das habilidades aprendidas durante as sessões e utilizá-las em outros ambientes. Cada letra da palavra se refere a uma habilidade específica, e cada habilidade facilita o aprendizado da próxima.

FRIENDS

F = feelings (emoções)
R = remember to relax (lembre de relaxar)
I = *I can do it! I can try my best!* (eu posso!)
E = *explore solutions and coping step plan* (explore soluções e planeje enfrentamento)
N = *now reward yourself!* (agora se recompense!)
D = *don't forget to practise* (não se esqueça de praticar)
S = smile! stay calm for life! (sorria! fique calmo!)

Duas sessões para pais são recomendadas aos que estão interessados no envolvimento de seus filhos no programa *FRIENDS*. As sessões têm aproximadamente duas horas de duração e foram desenvolvidas para educar os pais acerca do desenvolvimento

infantil. O conteúdo das sessões engloba o desenvolvimento e a transição de medos e preocupação normais para cada faixa etária, conhecimentos básicos de fatores de risco e proteção para ansiedade infantil e os conteúdos abordados no programa. Adicionalmente, essas sessões objetivam tanto auxiliar os pais a manejarem os comportamentos ansiosos de seus filhos como reconhecer/modificar comportamentos não produtivos em si mesmos.

Apesar da literatura evidenciar a importância da família no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos de ansiedade e depressão infantil, poucos programas incorporam a participação da família em seu conteúdo. É recomendado que a primeira sessão de pais ocorra antes da implementação do programa; assim, os pais já sabem o que esperar. E que a segunda sessão deve ocorrer aproximadamente no meio do programa.

O formato e a duração das sessões para os pais são flexíveis e devem ser adaptados de acordo com a disponibilidade dos participantes (uma sessão mais longa ou mais sessões mais curtas no decorrer do programa). O importante é que o maior número possível de pais participe.

Um guia para descrever como a sessão de pais deve ocorrer está incluído no final do manual para professores. Além disso, é recomendado que os pais sejam encorajados a participar do programa. Se possível, ao final de cada sessão, os pais podem ser convidados a conversar com os professores para se familiarizar com o conteúdo que foi tratado durante a sessão e utilizar os conceitos em casa. Cerca de 10 a 15 minutos de prática diária dos conceitos abordados durante a semana são sugeridos para aumentar as chances de que a criança aprenda habilidades de enfrentamento e resiliência e as utilize em situações da vida real, tanto em casa como na escola ou em outros contextos.

O programa foi desenvolvido para ser implementado tanto por professores em salas de aula como também por psicólogos em clínica. Este capítulo focará a implementação do programa em escolas, moderado por professores.

CONTEÚDO DO PROGRAMA

Primeira sessão: introdução

O objetivo da primeira sessão do programa é apresentar os participantes entre si para que se sintam mais à vontade durante as sessões, além de explicar os objetivos e fundamentos do programa *FRIENDS*. Essa sessão descreve aos participantes a importância das habilidades que serão tratadas no decorrer do programa para auxiliá-los a lidar com situações desafiadoras e a utilizar o melhor que cada um tem em si para se tornarem pessoas melhores.

Os participantes são encorajados a refletir sobre diversos aspectos de suas vidas e a estabelecerem metas para si mesmos.

Segunda sessão: F = *feelings* (emoções)

A maior lição da segunda sessão para o programa *FRIENDS* é encorajar os participantes a identificarem, compreenderem e expressarem seus sentimentos, além de identificarem e compreenderem as emoções alheias (conceito de empatia).

Adicionalmente, essa sessão objetiva levar os participantes a compreenderem os sinais fisiológicos apresentados por seus organismos em resposta a diversas emoções. Como, por exemplo, aumento de batimentos cardíacos e/ou sudorese na palma das mãos quando estão nervosos.

Terceira sessão: *R = relax* (relaxamento)

O principal objetivo da terceira sessão é auxiliar os participantes a identificarem sinais

fisiológicos quando vivenciam determinadas emoções. Essa sessão ensina aos participantes a importância do relaxamento para lidar com preocupações e estresse que prejudicam o bem-estar físico e psicológico. Técnicas de relaxamento são apresentadas.

Adicionalmente, os participantes são encorajados a refletir sobre atividades que os fazem sentir bem.

Quarta sessão: *I can do it! I can try my best!* (Eu posso! Eu posso tentar o meu melhor!)

O principal objetivo da quarta sessão é levar os participantes a compreender o conceito de diálogo interno (*self-talk*). Essa sessão ensina os participantes que é possível aumentar os diálogos internos positivos (p.ex., pensar que o copo está meio cheio em vez de meio vazio em um número maior de situações).

A analogia do semáforo é introduzida:



Pensamentos vermelhos se referem a pensamentos improdutivos, negativos e que prejudicam o bem-estar. Estes significam PARE.

Pensamentos amarelos significam que é momento de reflexão.

Pensamentos verdes se referem a pensamentos produtivos, positivos e que auxiliam no bem-estar. Estes significam VÁ EM FRENTE.

Quinta sessão – continuação: *I can do it! I can try my best!* (Eu posso! Eu posso tentar o meu melhor!)

A quinta sessão reforça os conceitos introduzidos na sessão anterior, encorajando os participantes a refletirem e praticarem situações em que podem mudar de pensamentos negativos (vermelhos) para pensamentos produtivos (verdes).

Nessa sessão, ensina-se aos participantes que é possível ter diversos tipos de pensamento perante a mesma situação, e que os pensamentos positivos são mais produtivos para enfrentar diferentes situações. A relação entre pensamento, sentimento e emoção é introduzida nessa sessão.

Sexta sessão: *E = explore solutions and coping step plan* (explorar soluções e planejar enfrentamento)

O objetivo da sexta sessão é encorajar os participantes a explorarem possíveis soluções para determinadas situações e/ou problemas que estejam vivenciando. Uma das formas de fazê-lo é dividindo a situação em passos menores (exposição gradual de acordo com uma hierarquia, partindo dos passos mais simples e fáceis, indo gradualmente para os passos mais complexos até atingir a meta). No programa, tal técnica é chamada de Planejamento Passo a Passo para Enfrentamento (*Coping Step Plan*).

Sétima sessão – continuação: *E = explore solutions and coping step plan* (explorar soluções e planejar enfrentamento)

A sétima sessão reforça os conceitos de exploração de soluções, abordados na sessão anterior, com o objetivo de dar maior confiança aos participantes em suas habilidades de resolução de problemas.

Adicionalmente, essa sessão ensina aos participantes a importância de criar uma rede de suporte social para ajudá-los a lidar com diversas situações. Os participantes são encorajados a identificar pessoas para fazerem parte de seu "time" (pais, parentes, professores, técnicos de esporte, entre outros) para auxiliá-los a superar diversas situações.

Oitava sessão – continuação: *E = explore solutions and coping step plan* (explorar soluções e planejar enfrentamento)

Como o componente de resolução de problemas é extremamente importante, a oitava sessão continua lidando com o mesmo tema. Os participantes são encorajados a pensar em situações pessoais desafiadoras e desenvolver um planejamento passo a passo para superar tal situação.

Além disso, a oitava sessão aborda os benefícios de se ter um mentor. Os participantes são encorajados a identificar um ou mais mentores e os motivos de tal escolha.

Nona sessão: *N = now reward yourself!* (agora se recompense!)

Além de monitorar o planejamento passo a passo para enfrentamento de situações pessoais desafiadoras, a nona sessão leva os participantes a aprender a autorrecompensa quando atingem alguma meta ou dão o melhor de si. Recompensa não significa a aquisição de bens materiais, mas "se dar ao luxo de" fazer atividades que gostam com pessoas que gostam como, por exemplo, convidar amigos para ouvir música, ir ao parque ou ter a companhia dos pais em casa.

Para o grupo de adolescentes, essa sessão encoraja os participantes a refletir como eles podem criar um mundo melhor e estratégias para lidar com o *bullying*.

Décima sessão: *D = don't forget to practise* (não se esqueça de praticar); *S = stay calm for life* (fique calmo!)

A décima sessão tem como objetivo encorajar os participantes a treinar as habilidades abordadas durante o programa em diferentes situações no dia a dia e a estabelecer estratégias para utilizar essas habilidades quando em situações desafiadoras no futuro.

Além disso, essa sessão parabeniza os participantes pela participação no programa, bem como por todo tempo e energia utilizados para tal.

Primeira sessão de reforço

O objetivo da primeira sessão de reforço do programa é auxiliar os participantes a perceberem os benefícios de se enfrentar situações difíceis com otimismo e que tais situações são oportunidades para aprendizado.

As habilidades abordadas durante as sessões são lembradas e os participantes são encorajados a refletir a respeito de formas para incorporar o uso de tais habilidades no dia a dia e em situações futuras. Uma festa é organizada para a sessão seguinte com a ajuda dos participantes.

Segunda sessão de reforço

Para a última sessão do programa, sugere-se a realização de uma pequena festa previamente organizada com a ajuda dos participantes e a entrega de certificados (contidos na capa do livro de atividades). Os componentes do programa são revisitados por meio de diversos jogos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa *FRIENDS* tem se mostrado efetivo, tanto quando é moderado por psicólogos como por professores. Esse fato sugere que o programa pode ser implementado por pessoas que não são especializadas em saúde mental, como professores, por exemplo, desde que tenham conhecimento em desenvolvimento infantil. O fato mais encorajador é que estudos demonstraram que crianças que apresentavam elevados níveis de ansiedade antes da implementação do programa apresentaram redução significativa dos sintomas após o término da intervenção, quando comparadas a grupos controle.

Além disso, o programa pode ser implementado em sistemas já existentes (sistema educacional), com estrutura preexistente (escolas) e com o uso de profissionais com alto potencial de auxiliar na melhora da saúde mental (professores). Isso aumenta a viabilidade da implementação do programa e a relação custo/benefício. Além disso, os professores podem utilizar o vocabulário adquirido durante o programa no ensino de outras disciplinas, reforçando as habilidades aprendidas em outros contextos.

Até o momento, estudos sobre a aceitabilidade do programa por parte de seus participantes (validação social) mostraram altos níveis de satisfação com o programa *FRIENDS* e altos índices de realização de tarefas de casa (Barrett, Shortt, Fox e Wescombe, 2001). Ou seja, pais, crianças e adolescentes responderam questionários em relação à satisfação com o programa e aceitabilidade dos componentes do tratamento e, ainda, sobre a realização das atividades de casa, mostrando-se altamente satisfeitos com o programa.

Há um crescente número de pesquisas evidenciando que a TCC, como forma de intervenção em escolas para prevenção de transtornos de ansiedade e depressão, tem enorme potencial para melhorar a saúde e o bem-estar de crianças, adolescentes e suas famílias. Depende de psicólogos, pesquisadores, professores e diretores implementarem tais programas em suas respectivas instituições ou de argumentarem a favor da criação de políticas e estratégias universais de prevenção para saúde mental e melhor bem-estar dos alunos e funcionários.

REFERÊNCIAS

Atkinson, P.A., Martin, C.R., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, 137-145.

Barrett, P., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 333-342.

Barrett, P., & Farrell, L. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health, 12*(2), 43-51.

Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*(4), 459-468.

Barrett, P.M. (2008a). *Fun Friends: A facilitator's guide to building resilience in 4 to 7 year old children* (2nd ed.). Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barrett, P.M. (2008b). *Fun Friends: Family Adventure* (2nd ed.). Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barrett, P.M. (2010a). *Friends for life: Activity book for children* (5th ed.). Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barrett, P.M. (2010b). *Friends for life: Group leaders' manual for children* (5th ed.). Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barrett, P.M. (2010c). *My Friends youth resilience program: Activity book for youth* (5th ed.). Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barrett, P.M. (2010d). *My Friends youth resilience program: Group learders' manual for youth* (5th ed.). Brisbane: Barrett Research Resources Pty Ltd.

Barrett, P.M., Duffy, A.L., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 135-141.

Barrett, P.M., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(10), 1005-1014.

Barrett, P.M., & Ollendick, T.H. (2004). *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (Vol. xvii). New York: John Wiley & Sons Ltd.

Barrett, P.M., Rapee, R.M., Dadds, M.M., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*(2), 187-203.

Barrett, P.M., Shortt, A.L., Fox, T.L., & Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change, 18*(2), 63-77.

Barrett, P. M., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children:

Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 399-410.

Bayer, J.K., Sanson, A.V., & Hemphill, S.A. (2006). Parent influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology, 27*(6), 542-559.

Beck, A.T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 6*, 276-284.

Belsky, J., Crnic, K., & Woodworth, S. (1995). Personality and parenting: Exploring the mediating role of transient mood and daily hassles. *Journal of Personality, 63*(4), 905-929.

Berlin, L.J., Cassidy, J., & Belsky, J. (1995). Loneliness in young-children and infant-mother attachment – A longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly-Journal of Developmental Psychology, 41*(1), 91-103.

Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry, 158*(10), 1673-1679.

Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfeld-Becker, D.R., et al. (1993). Behavioral inhibition as a temperamental risk factor for anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 2*, 667-684.

Bienvenu, J.O., & Ginsburg, G.S. (2007). Prevention of anxiety disorders. *International Review of Psychiatry, 16*(6), 647-654.

Bosquet, M., & Egeland, B. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology, 18*(2), 517-550.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 1. Attachment). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss* (Vol. 2. Separation: Anxiety and anger). New York: Basic Books.

Boyd, C.P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T.H., & Shek, D.T.L. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology, 161*(4), 479-492.

Calkins, S.D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs for the Society for Research on Child Development, 59*(240), 53-72.

Calkins, S.D., & Degnan, K.A. (2006). Temperament in early development. In R. Ammerman (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3). New York: Wiley.

Carlson, E., & Sroufe, L.A. (1995). The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental processes and psychopathology* (Vol. 1. Theoretical perspectives and methodological approaches, pp. 581-617). New York: Cambridge University Press.

Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., & Stein, M.T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and Anxiety, 20*(4), 155-164.

Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.

Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist, 53*(2), 221-241.

Cole, D.A., Peeke, L.G., Martin, J.M., Truglio, R., & Seroczynski, A.D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 451-460.

Coplan, R.J., Arbeau, K.A., & Armer, M. (2008). Don't fret, be supportive! Maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 359-371.

Costa, N.M., Weems, C.F., Pellerin, K., & Dalton, R. (2006). Parenting stress: An examination of specificity to internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28*, 113-122.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844.

Crockenberg, S.C., & Leerkes, E.M. (2000). Infant social and emotional development in family context. In C. Zeanah (Ed.), *The handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 60-90). New York: Guilford.

Crockenberg, S.C., & Leerkes, E.M. (2005). Infant temperament moderates associations between childcare type and quantity and externalizing and internalizing behaviors at 2 1/2 years. *Infant Behavior & Development, 28*(1), 20-35.

Dadds, M., & Roth, J.H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. In M. W.

Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 75-81). London: Oxford University Press.

Dadds, M., & Roth, J.H. (2008). A universal intervention trial for preventing anxiety problems in young children. *Journal of Child and Family Studies, 17*, 320-335.

Dadds, M.R., Spence, S.H., Holland, D.E., Barrett, P.M., & Laurens, K.R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 627-635.

Davidson, R.J., Putam, K.M., & Larson, C.L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation: A possible prelude to violence. *Science, 278*, 591-594.

Degnan, K.A., & Fox, N.A. (2007). Behavioral inhibition and anxiety disorders: Multiple levels of a resilience process. *Development and Psychopathology, 19*, 729-746.

Degnan, K.A., Henderson, H.A., Fox, N.A., & Rubin, K.H. (2008). Predicting social wariness in middle childhood: The moderating roles of child care history, maternal personality and maternal behavior. *Social Development, 17*, 471-487.

Denham, S.A. (1998). *Emotional development in young children*. New York: Guildford Press.

Derryberry, D., & Reed, M.A. (1994). Temperament and the self-organisation of personality. *Developmental Psychopathology, 6*, 653-676.

Donovan, C.L., & Spence, S.H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 20*(4), 509-531.

Eisenberg, N., & Spinrad, T.L. (2004). Emotion--related regulation: Sharpening the definition. *Child Development, 75*(2), 334-339.

Essau, C.A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety, 22*(3), 130-137.

Essau, C.A., Condradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research, 15*(4), 470-481.

Farmer, E.M.Z., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E.J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services, 54*(1), 60-66.

Farrell, L., & Barrett, P.M. (2007). Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health, 12*(2), 58-65.

Feldner, M.T., Zvolensky, M.J., & Schmidt, N.B. (2004). Prevention of anxiety psychopathology: A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology-Science and Practice, 11*(4), 405-424.

Feng, X., Shaw, D.S., Kovacs, M., Lane, T., O'Rourke, F.E., & Alarcon, J.H. (2008). Emotion regulation in preschoolers: The roles of behavioral inhibition, maternal affective behavior, and maternal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(2), 132-141.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Ridder, E.M. (2005). Rejoinder. *Journal of Marriage and Family, 67*(1), 131-136.

FlannerySchroeder, E. (2006). Reducing anxiety to prevent depression. *Amerian Journal of Preventive Medicine, 31*(6 Suppl 1), S136-142.

Fox, N.A., Henderson, H.A., Marshall, P.J., Nichols, K.E., & Ghera, M.A. (2005). Behavioural inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology, 56*, 235-262.

Fox, N.A., Henderson, H.A., Rubin, K.H., Calkins, S.D., & Schmidt, L.A. (2001). Continuity and discontinuity behavioral inhibition and exuberance: Psychopysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Development*.

Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford: Pergamon.

Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 34*(4), 416-430.

Gartstein, M.A., Bridgett, D.J., Rothbart, M.K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K., et al. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: Contributions of maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Developmental Psychology, 46*(3), 651-668.

Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*(1), 59-72.

Goldstein, S., & Brooks, R.B. (2005). *Handbook of resilience in children*. New York: Kluwer Academic/ Plenum.

Golse, F. (1998). From kinetic to macroscopic models. In S. E. d. l. Recherche (Ed.). Orleans: SMF.

Gottman, J.M., Katz, L.F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Greenberg, M., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention and Treatment,4*(1). Retrieved from http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre004001a.html

Greenberg, P.E., Sisitsky, T., Kessler, R.C., Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., Davidson, J.R.T., et al. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(7), 427-435.

Hartup, W.W. (1983). Peer relations. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychologyÇ Socialization, personality, and social development*. New York: Wiley & Sons.

Hartup, W.W. (1987). Development of antisocial and pro-social behavior: Research, theories, and issues. *Contemporary Psychology, 32*(10), 848-849.

Hastings, P.D., Nuselovici, J.N., Rubin, K.H., & Cheah, C.S.L. (2010). Shyness, parenting and parent-child relationship. In K.H. Rubin & R.J. Coplan (Eds.), *The development of shyness and social withdrawal* (pp. 107-130). New York: Guilford.

Hersen, M., & Rosqvist, J. (2005). *Encyclopedia of behavior modification and cognitive behavior therapy*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Hirshfeld-Becker, D.R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L.R., Rettew, D.C., Dufton, L., et al. (2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard Review of Psychiatry, 16*(2), 113-125.

Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Snidman, N., et al. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*, 103-111.

Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., p. 428-466). New York: Willey.

Ialongo, N.S., Edelsohn, G., & Kellan, S.G. (2001). A further look at the prognostic power of young children's reports of depressed mood and feelings. *Child Development, 72*(3), 736-747.

Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*(4849), 167-171.

Kagan, J., & Snidman, N. (1991a). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychology Science, 2*, 40-44.

Kagan, J., & Snidman, N. (1991b). Temperamental factors in human-development. *American Psychologist, 46*(8), 856-862.

Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M., & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Developmental Psychopathology, 11*, 209-224.

Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 100-110.

Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development, 72*(2), 474-490.

La Greca, A.M., Silverman, W.K., & Lochman, J.E. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 373-382.

Last, C.G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(4), 404-411.

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.

Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.

Mangelsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang, S., & Andreas, D. (1990). Infant proneness to distress temperament, maternal personality, and mother-infant attachment: Associations and goodness of fit. *Child Development, 61*(3), 820-831.

Masia-Warner, C., Nangle, D.W., & Hansen, D.J. (2006). Bringing evidence-based child mental health services to the schools: General issues and specific populations. *Education and Treatment of Children, 29*, 165-172.

Mattison, R.E. (1992). Anxiety disorders. In S.R. Hooper, G.W. Hynd & R.E. Mattison (Eds.), *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment* (p. 179-202). New Jersey: Erlbaum.

McLeod, B., Weisz, J.R., & Wood, J.J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(8), 986-1003.

McLeod, B., Wood, J.J., & Weisz, J.R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 155-172.

McLoone, J., Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2006). Treating anxiety disorders in a school setting. *Education and Treatment of Children, 29*, 219-242.

Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Neil, A.L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 208-215.

O'Connell, M.E., Boat, T., & Warner, K.E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press.

Owens, L., Slee, P.T., & Shute, R.H. (2002). Victimization among teenage girls. What can be done about indirect harassment. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 215-241). New York: Guilford Press.

Pahl, K.M., & Barrett, P.M. (2010). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun FRIENDS program. *Advances in School Mental Health Promotion, 3*(3), 14-25.

Parker, J., Rubin, K.H., Price, J., & de Rosier, M. (1995). Peer relationships, child development, and adjustment. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 2, pp. 96-161). New York: Wiley.

Phillips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A., Najman, J.M., & Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(1), 13-24.

Prior, M., Smart, D., Sanson, A., & Oberklaid, F. (2000). Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety disorder in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(4), 461-468.

Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17*, 47-67.

Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 488-497.

Rapee, R.M., Schniering, C.A., & Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 311-341.

Rosenbaum, D., Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Kagan, J., Snidman, N., Friedman, D., et al. (2000). A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *The American Journal of Psychiatry, 157*(12), 2002-2010.

Rosenbaum, J., Biederman, J., Gersten, M., Hirshfeld-Becker, D.R., Herman, J.B., Kagan, J., et al. (1988). Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 45*, 463-470.

Rothbart, M.K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M.E. Lamb & A.L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rubin, K.H., Burgess, K.B., & Hastings, P.D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development, 73*, 483-495.

Rubin, K.H., Cheah, C.S.L., & Fox, N.A. (2001). Emotion regulation, parenting and display of social reticence in preschoolers. *Early Education and Development, 12*, 97-115.

Rubin, K.H., Hastings, P.D., Stewart, S., Henderson, H.A., & Chen, X. (1997). The consistency and concomitants of inhibition: Some of the children, all of the time. *Child Development, 68*, 467-483.

Salkovskis, P.M. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.

Schwartz, C.E., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(8), 1008-1015.

Seligman, L.D., & Ollendick, T.H. (2005). Children behavior therapy. In A. Freeman (Ed.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Springer.

Shortt, A.L., Barrett, P.M., & Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(4), 525-535.

Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.

Siegel, D.J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: Penguin.

SouthamGerow, M., & Kendall, P.C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications

for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 189-222.

Spence, S.H. (1996). The prevention of anxiety disorders in childhood. In P. Cotton & H. Jackson (Eds.), *Early intervention and prevention in mental health* (p. 87-107). Melbourne: Australian Psychological Society.

Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A., & Collins, W.A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

Stopa, J.E., Barrett, P.M., & Golingi, F. (2010). The prevention of childhood anxiety in socioeconomically disadvantaged communities: A universal school-based trial. *Advances in School Mental Health Promotion, 3*(4), 5-24.

Thompson, R.A. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development, 71*(1), 145-152.

Tomb, M., & Hunter, L. (2004). Prevention of anxiety in children and adolescents in a school setting: The role of school-based practioners. *Children and Schools, 26*(2), 87-101.

Waters, E., & Cummings, E.M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development, 71*, 164-172.

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: Mc Graw-Hill.

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Wood, J.J. (2006). Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development, 37*, 73-87.

Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology, 12*(3), 443-466.

Zins, J., Elias, M., & Greenberg, M. (2003). Facilitating success in school and in life through social and emotional learning. *Perspectives in Education, 21*(4), 55-67.

PARTE IV

ABUSO, NEGLIGÊNCIA E OUTRAS SITUAÇÕES TRAUMÁTICAS

14

Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao estresse pós-traumático na infância

Valquiria A. C. Tricoli

INTRODUÇÃO

As consequências psicológicas de acidentes, violências e outras ocorrências traumáticas são reconhecidas na atualidade. Até 1980, os termos "reação extrema ao estresse", "neurose traumática", "síndrome pós-Vietnã" (Hernández, 2005) eram utilizados, passando-se ao uso de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após a publicação do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* em sua terceira versão (APA, 1980).

Os estudos com TEPT tiveram início com adultos e somente a partir de 1990 o interesse foi expandido para a infância. Inicialmente, os estudos não identificaram em crianças um grau significativo a ponto de gerar uma categoria diagnóstica, inclusive os pesquisadores não encontraram sintomas específicos (p.ex., pensamentos intrusivos) entre elas (Garmezy e Rutter, 1985).

Nas últimas duas décadas, houve um refinamento dos critérios diagnósticos do TEPT, pois evidências empíricas demonstraram como os **eventos estressores ocorridos na infância podem vir a afetar o desenvolvimento do indivíduo e aumentar o risco da manifestação de diversos transtornos, uma vez que geraram prejuízos psicológicos, comportamentais, sociais e cognitivos** (Kristensen, Dell'Aglio, Leon e D'Incão, 2004; Margolin, 2005; Kristensen, Caminha e Silveira, 2007). Os problemas desencadeados pelo TEPT vêm aumentando, pois a sociedade está cada vez mais violenta, e as pessoas mais estressadas. O abuso sexual na infância, por exemplo, leva a diversos problemas ou transtornos psicológicos, entre eles: o TEPT, a depressão, a ansiedade, os transtornos alimentares, a psicose, o transtorno de conduta, o transtorno de personalidade antissocial (Kristensen, Caminha e Silveira, 2007). Há outros de eventos estressores descritos na etiologia do TEPT, que ocorrem com crianças e adolescentes, como acidentes envolvendo meios de transporte, violência doméstica, desastres naturais ou doenças crônicas (Huizinga, Visser e Vande-Graaf, 2005; Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993).

Este capítulo abordará a epidemiologia, a classificação, os critérios diagnósticos, a etiologia, o curso, o prognóstico e o tratamento do TEPT com a apresentação de um caso clínico com ênfase na TCC, com o objetivo de oferecer ao clínico uma visão atualizada sobre o tema, bem como estabelecer

uma proposta de intervenção para o atendimento de crianças portadoras de TEPT.

EPIDEMIOLOGIA

Os estudos que exploram a prevalência de TEPT na infância fazem associação entre a magnitude e a intensidade do trauma com a sintomatologia do transtorno (Hernández, 2005). Um estudo realizado por Nader, Pynoos, Fairbanks e Frederick (1990) encontrou o quadro de TEPT em 74% das crianças diretamente expostas a uma situação traumática há 14 meses e taxas proporcionalmente menores em crianças não envolvidas diretamente no evento.

Convém ressaltar que, até 1991, o TEPT era um problema sequer considerado na infância; sendo assim, os dados encontrados não são precisos em termos de prevalência (Hernández, 2005). Tanto no caso de adultos quanto de crianças, a prevalência de TEPT ocorreu em uma proporção de 1/3 ou 1/4 da população em risco de desenvolvê-lo (Green, 1994), considerando-se que aproximadamente 3/4 da população geral foi exposta a situações suscetíveis ao quadro de TEPT.

- Associação entre magnitude e intensidade do transtorno.
- Prevalência de 1/3 ou 1/4 da população que venha a desenvolver o transtorno.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Os critérios diagnósticos para o TEPT surgiram da necessidade de classificar pessoas previamente saudáveis que se apresentavam em uma condição crônica com sintomas persistentes após uma situação de risco, como a participação em confrontos com armas. Assim, em 1980, na terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III), estabeleceram-se critérios diagnósticos para o TEPT.

O diagnóstico inicial de TEPT foi realizado, em sua grande parte, por observações clínicas em veteranos de guerra; no entanto, algumas condições cotidianas poderiam produzir efeitos similares aos encontrados entre os combatentes (Yehuda, 2002).

Uma das grandes críticas aos critérios do DSM é a baixa precisão em apontar os efeitos dos eventos traumáticos em crianças muito jovens, bem como os efeitos a longo prazo de maus-tratos na infância (Yule, 2001).

Convém ressaltar que os critérios diagnósticos empregados na 10ª edição da *Classificação internacional de doenças* (CID-10) também consideram três agrupamentos sintomáticos no diagnóstico do TEPT; sendo assim, as características típicas do transtorno envolvem episódios de revivência ou repetição do trauma ocorrendo em um contexto persistente de entorpecimento emocional, distanciamento em relação a outras pessoas, anedonia e evitação de situações e atividades relacionadas ao trauma (APA, 1994, 2000 e WHO, 2005).

Kristensen, Caminha e da Silveira (2007), baseados em Scheeringa, Peebles, Cook e colaboradores (2001), apontaram alguns critérios diagnósticos, que, não muito utilizados, foram sugeridos para o diagnóstico de TEPT em crianças com menos de 4 anos, auxiliando o profissional de saúde mental no diagnóstico. Nesse modelo, não há necessidade de a criança apresentar prejuízo no funcionamento ocupacional ou social, como apontado pelo DSM-IV-TR. A seguir estão os critérios sugeridos em agrupamentos sintomáticos:

- Revivência
  - jogos ou brincadeiras pós-traumáticas, como jogos repetitivos, pouco elaborados ou criativos, representando parte do trauma, que falham em aliviar a ansiedade;
  - reencenação na forma de jogo ou brincadeira que representa parte do trauma, mas sem a característica repetitiva do jogo pós-traumático;

  - recordações recorrentes do evento estressor traumático, além daquelas que se manifestam no jogo;
  - pesadelos ligados ao evento estressor traumático ou mais frequentes, mesmo com o conteúdo desconhecido;
  - episódios com características objetivas de *flashback* ou dissociação.
- Esquiva (apenas um dos critérios necessita ser apresentado pela criança)
  - redução da atividade de jogos ou brincadeiras;
  - redução das atividades de socialização;
  - faixa de afeto restrita;
  - perda de habilidades do desenvolvimento previamente adquiridas, especialmente regressão de linguagem e treinamento ao toalete.
- Excitabilidade aumentada
  - terror noturno;
  - dificuldades em adormecer não relacionadas a pesadelos ou a medo do escuro;
  - ato de acordar durante a noite não relacionado a pesadelos ou a terror noturno;
  - concentração diminuída ou redução da atenção (comparativamente ao período anterior ao evento estressor traumático);
  - hipervigilância;
  - resposta exagerada de sobressalto.

Há um novo agrupamento sintomático, introduzido por Scheerenga e colaboradores (1995), no qual apenas um dos critérios a seguir necessita ser preenchido:

- agressão recente;
- ansiedade de separação recente;
- medo de praticar o treinamento ao toalete sozinho;
- medo do escuro;
- quaisquer medos novos de coisas ou situações não relacionadas diretamente ao trauma.

Para o leitor interessado em aprofundar questões diagnósticas no TEPT em crianças e adolescentes, são indicados os parâmetros da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998).

A fim de realizar um diagnóstico diferencial baseado no DSM-IV-TR, segue a transcrição dos principais indicativos:

- **Transtorno de estresse pós-traumático:** o estressor deve ser de natureza extrema (isto é, ameaçador à vida).
- **Transtorno de ajustamento**, o estressor pode ter qualquer gravidade. O diagnóstico se aplica a situações nas quais a resposta a um estressor extremo não satisfaz os critérios para transtorno de estresse pós-traumático (ou para outro transtorno mental específico) ou aquelas em que o padrão sintomático de TEPT ocorre em resposta a um estressor não considerado extremo (p.ex., abandono pelo cônjuge, demissão do emprego).
- Nem toda psicopatologia que ocorre em indivíduos expostos a um estressor deve necessariamente ser atribuída ao TEPT. Os sintomas de esquiva, anestesia emocional e maior excitabilidade presentes antes da exposição ao estressor não satisfazem os critérios diagnósticos e exigem a consideração de outros (p.ex., transtorno de humor ou outro transtorno de ansiedade). Além disso, se o padrão de resposta sintomática ao estressor extremo satisfaz os critérios para transtorno psicótico breve, transtorno conversivo, transtorno depressivo maior, esse é o diagnóstico acertado.
- **Transtorno de estresse agudo** distingue-se do TEPT porque seu padrão sintomático deve ocorrer dentro de 4 semanas após o evento traumático e se resolver em um período de 4 semanas. Se os sintomas persistem por mais de um mês e satisfazem os critérios para TEPT, o diagnóstico altera-se TEA para TEPT.
- **Transtorno obsessivo-compulsivo** existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas eles são experimentados como ina-

dequados e não têm relação com a vivência de um evento traumático.

- Os *flashbacks* no TEPT devem ser diferenciados de ilusões, alucinações e outras perturbações da percepção que podem ocorrer na esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, transtornos de humor com aspectos psicóticos, delirium, transtornos induzidos por substâncias e transtornos psicóticos devido a uma condição médica geral.

Os critérios diagnósticos para o TEPT surgiram devido à necessidade de classificar pessoas previamente saudáveis que se apresentavam em uma condição crônica com sintomas persistentes após uma situação de risco; pela necessidade de um diagnóstico diferencial; para crianças menores de 4 anos, pode-se considerar os seguintes critérios para diagnóstico: revivência, esquiva e excitabilidade aumentada.

EPIDEMIOLOGIA

Estudos comunitários revelam uma prevalência durante a vida do TEPT variando de 1 a 14%, estando a variabilidade relacionada aos métodos de determinação e à população amostrada. Estudos com indivíduos de risco (p.ex., veteranos de guerra, vítimas de erupções vulcânicas ou de violência criminal) excederam taxas de prevalência variando de 3 a 58% (Hernández, 2005).

Os indivíduos que emigraram recentemente de áreas de considerável convulsão social e conflito civil podem ter índices elevados de TEPT. Essas pessoas podem se sentir especialmente relutantes em divulgar experiências de tortura e trauma, devido à situação vulnerável como exilados políticos. Avaliações específicas das experiências traumáticas e dos sintomas concomitantes são necessárias para esses indivíduos (Hernández, 2005).

Em crianças mais jovens, os sonhos aflitivos com o evento podem, em algumas semanas, mudar para pesadelos generalizados com monstros, com salvamento de outros ou com ameaças a si mesmas ou a outros. As crianças pequenas em geral não têm o sentimento de estarem revivendo o passado; em vez disso, a revivência do trauma talvez ocorra através de jogos repetitivos (p.ex., uma criança que esteve envolvida em um sério acidente automobilístico reencena repetidamente colisões automobilísticas com carrinhos de brinquedo). Em vista da dificuldade da criança em relatar diminuição no interesse por atividades significativas e limitação de afeto, esses sintomas devem ser atentamente avaliados mediante relatos feitos por pais, professores e outros observadores. Em crianças, o sentimento de um futuro abreviado é evidenciado pela crença de que a vida será demasiado curta para incluir a chegada à idade adulta. Também há um "presságio catastrófico", isto é, a crença em uma capacidade de prever eventos futuros indesejados. As crianças também podem apresentar vários sintomas físicos, como dores abdominais ou de cabeça (Hernández, 2005).

- Prevalência durante a vida do TEPT variando de 1 a 14%.
- Estudos com indivíduos de risco excederam taxas de prevalência variando de 3 a 58%.
- Em crianças mais jovens, os sonhos aflitivos com o evento podem, em algumas semanas, mudar para pesadelos generalizados.
- As crianças também podem apresentar vários sintomas físicos.
- A dificuldade da criança em relatar diminuição no interesse por atividades significativas e limitação de afeto, devem ser atentamente avaliados mediante relatos feitos por pais, professores e outros observadores

ETIOLOGIA

Há diversos modelos teóricos que explicam o TEPT:

- Biológicos: baseiam-se nas respostas fisiológicas peculiares, desencadeadas pela ativação do sistema nervoso simpático, hiper-reatividade simpática a estímulos que relembram o acontecimento estressante, a hipofunção do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, explicada pelo esgotamento dos neurotransmissores em situações que não permitem fuga (Hernández, 2005). A diminuição dos níveis de noradrenalina no sistema nervoso central poderia esclarecer os sintomas de esquiva social (Van der Kolk, 1994, citado em Hernández, 2005).
- Cognitivo: os modelos construtivos narrativos (Meichenbaum e Fitzpatrick, 1993) partem da noção de que o indivíduo constrói sua realidade pessoal de modo ativo, e isso influencia sua percepção dos fatos. Desse modo, a vítima de TEPT, a partir de suas explicações, desenvolverá ou não o enfrentamento. Há outro modelo baseado nos esquemas (McCann e Pearlman, 1990), que explicou a vivência de uma situação traumática como capaz de produzir uma alteração na perspectiva vital do indivíduo, gerando crenças de que os acontecimentos são aleatórios e, sendo assim, são incontroláveis e imprevisíveis.
- Comportamentais: Sutker, Uddo-Crane e Allain (1991) afirmaram que os modelos comportamentais se iniciaram a partir da teoria bifatorial de aprendizagem de Mowrer, na qual o principal responsável pela aquisição das emoções aversivas é o condicionamento clássico (estímulo - resposta). O segundo é a resposta de esquiva ou fuga do indivíduo em relação aos estímulos condicionados e vinculados à situação traumática; desse modo, a sintomatologia do TEPT resultaria do condicionamento clássico e da generalização do estímulo (Keane, Zimering e Cadell, 1985).
- Cognitivo-comportamentais: Jones e Barlow (1992) incorporaram ao modelo comportamental a vulnerabilidade biológica, ou seja, a predisposição herdada pelo indivíduo para responder aos estímulos estressantes, associada à interação entre o referido indivíduo e seu ambiente social. Para Foa, Steketee e Rothbaum (1991), os acontecimentos traumáticos gerariam redes de terror complexas e facilmente ativáveis devido ao grande número de conexões resultantes do condicionamento, da generalização e das cognições formadas a partir do evento "aterrorizante". Sendo assim, o TEPT seria desencadeado por uma rede complexa que uniria a aprendizagem social, o condicionamento, a generalização, o que formaria as cognições do indivíduo (como postulou Albert Ellis, 1973), o problema não são os fatos, mas como a pessoa os interpreta.

Modelos teóricos

- Biológicos
- Cognitivos
- Comportamentais
- Cognitivo-comportamentais

CURSO E PROGNÓSTICO

O TEPT manifesta-se em qualquer idade, incluindo a infância. Os sintomas, em geral, iniciam nos primeiros três meses após o trauma, embora possa às vezes haver um lapso de meses ou mesmo de anos antes de seu aparecimento. No início, a perturbação satisfaz os critérios para transtorno de estresse agudo imediatamente após o trauma. Os sintomas do transtorno e o relativo predomínio da reexperiência, da esquiva e dos sintomas de

- O TEPT pode ocorrer em qualquer fase da vida, incluindo a infância.
- Imediatamente após o trauma, o TEPT perfaz o diagnóstico de estresse agudo.
- Existem algumas evidências de que suportes sociais, história familiar, experiência da infância, variáveis da personalidade e transtornos mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento do TEPT.

hiperexcitação podem variar com o tempo. A duração dos sintomas é variável, ocorrendo uma recuperação completa em três, meses em aproximadamente metade dos casos, com muitos outros apresentando sintomas persistentes por mais de um ano após o trauma.

A gravidade, a duração e a proximidade da exposição de um indivíduo ao evento traumático são os fatores mais importantes, afetando a probabilidade de desenvolvimento do transtorno. Há algumas evidências de que os suportes sociais, a história familiar, a experiência da infância, as variáveis da personalidade e os transtornos mentais preexistentes podem influenciar o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático, que se manifesta em indivíduos sem quaisquer condições predisponentes, em particular se o estressor for extremo.

TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Para um tratamento eficaz do TEPT, indica-se inicialmente uma avaliação precisa e criteriosa, considerando-se o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, a fim de estabelecer seu perfil, seu histórico de vida e da queixa, bem como as possíveis comorbidades presentes.

Os aspectos desenvolvimentais deverão ser considerados em cada fase de intervenção, pois haverá crianças que sabem ler e escrever; mas outras não. Assim, o terapeuta recorrerá a desenhos, fotografias, gravuras, etc., a fim de a criança entender a tarefa e realizá-la adequadamente. A linguagem utilizada pelo terapeuta deve ser clara e objetiva, com uma postura acolhedora e reforçadora.

A aliança terapêutica é fundamental para o sucesso do tratamento. O terapeuta deve se mostrar tranquilo e evitar reações de surpresa ou de indignação ou de juízo de valores. Independentemente da gravidade da situação, a criança precisa se sentir acolhida e em um ambiente protegido para trabalhar seu "trauma".

O terapeuta precisa ser criativo, capaz de inventar atividades e jogos interessantes, bonecos, marionetes, filmes, gravuras e histórias, etc., além de ser positivo e acolhedor. O reforço social também se faz útil ao longo de todo esse processo.

O profissional deve possuir um bom embasamento sobre o desenvolvimento infantil e ser capaz de traduzir conceitos abstratos em exemplos cotidianos simples e concretos, com os quais a criança se relacione, pois as intervenções devem ser projetadas para o nível cognitivo dela (Stallard, 2004).

- O sucesso da intervenção inicia com a avaliação e a aliança terapêutica.
- O terapeuta precisa se mostrar tranquilo.
- O profissional precisa ser criativo e ter uma boa base sobre o desenvolvimento infantil.
- As sessões precisam ser estruturadas, e a participação da família ou dos responsáveis é fundamental.
- O tratamento tem número de sessões limitado, variando conforme o caso.

As sessões precisam ser estruturadas, além de a participação da família ou dos responsáveis ser fundamental. O tratamento também tem número de sessões limitado, variando conforme o caso. A seguir, sugere-se uma sequência para as sessões, com base em Kristensen, Caminha e da Silveira (2007), Hernández (2005) e na experiência clínica da autora.

Sessões de educação psicoafetiva

Os objetivos principais das sessões de educação psicoafetiva são: educar o cliente sobre o transtorno, trabalhar com o reconhecimento de sentimentos, pensamentos e comportamentos.

A criança deve ter conhecimento sobre as reações esperadas pela experiência vivida, que expôs sua integridade pessoal. Esclarecer sobre alarmes verdadeiros e falsos,

bem como esses alarmes ocorrerem frente a situações que relembram o acontecimento traumático é importante. É possível a utilização de figuras do corpo humano por meio das quais a criança faz um mapa de suas emoções/sentimentos (medo, raiva, alegria, angústia, solidão, etc.), de acordo com suas reações fisiológicas, como se segue na **Figura 14.1**.

Solicitar que a criança fale sobre emoções/sentimentos que acredita já ter sentido. O terapeuta pode estimulá-la mencionando alguns sentimentos não citados por ela e, em seguida, solicitar que escolha uma cor para representá-los, pintando as partes do corpo em que costuma reconhecê-los.

É interessante trazer figuras de situações que gerem pensamentos (p.ex., animais, pessoas ou recortes de livros de histórias em quadrinhos, gravuras) para que seja possível entender o processo. Assim, o terapeuta pode solicitar reatribuições de pensamentos para a mesma situação.

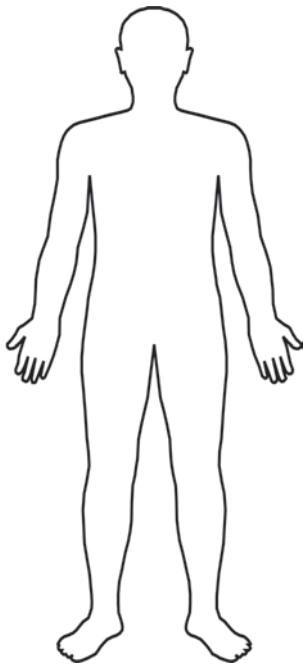


Figura 14.1
Corpo humano

Ensinar exercícios respiratórios, promovendo a respiração diafragmática, é uma técnica útil. Para tanto, associa-se a barriga a um balão com um canudinho ligando o nariz ao umbigo. À medida que se inspira o ar, o balão, que é a barriga, vai se enchendo e o ar vai sendo liberado pela boca, enquanto o balão esvazia.

Outra técnica é o exercício de relaxamento muscular profundo, iniciado pela cabeça e seguindo as principais partes do corpo até os pés, tensionando e relaxando cada uma das partes.

O autorregistro envolve anotações ou desenhos sobre o Registro dos Pensamentos Disfuncionais (RPD); com crianças menores pode-se usar uma caixa, já com as maiores uma folha de papel é usada.

RPD

¦ ◊
SITUAÇÃO PENSAMENTO

♥
SENTIMENTO

Há também as tarefas de casa, mas sem utilizar essa nomenclatura: o importante é o estímulo para realizá-las. Pode-se chamá-las: missão, atitude de detetive, etc., dependendo do que for solicitado.

Sessões de treinamento

Os objetivos dessas sessões são: identificar, a partir do autorregistro, pensamentos, sentimentos, comportamentos e formas de enfrentamento, bem como as situações que provocam essas reações; estabelecer atividades de relaxamento profundo; trabalhar a imaginação guiada, para que o cliente adquira controle eficaz das emoções; treinar habilidades sociais e de autopreservação; treinar resolução de problemas; estimular a autoestima e a avaliação das tarefas de casa.

REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Identificação dos sentimentos



* O terapeuta pode construir com a criança cartões com as emoções de acordo com os critérios dela, utilizando inclusive personagens de seu cotidiano.

Intensidade

Nenhuma □ Um pouco — Muito ■

* Avaliar com a criança a intensidade com que experimenta as emoções mencionadas. Pode-se também utilizar um termômetro de 0 a 10.

Deve-se identificar os pensamentos e estimular outra forma de pensar sobre o fato, a fim de reavaliá-los, bem como rever a intensidade dos sentimentos.

Sessões de *follow up* e prevenção de recaída

Os objetivos dessas sessões são antecipar as recaídas, transferir a responsabilidade do tratamento ao cliente e aos pais ou responsáveis e preparálo para a alta.

Apresentar filmes, fotografias ou histórias sobre a situação vivenciada favorece o reviver das reações experimentadas. Nesse momento,discutem-se os ganhos adquiridos, reforçando-os e incentivando-os. O terapeuta deve se colocar à disposição se houver necessidade de sessão extra, mesmo após a alta, para que a criança se sinta segura.

CASO CLÍNICO

Maria, 9 anos, com nível cognitivo e grau de escolaridade superiores ao esperado para sua faixa etária, filha única de um casal de empresários, estava saindo de um restaurante com a mãe, após um jantar com amigos. O carro estava estacionado a alguns metros, sob uma árvore que deixou o local um pouco escuro. Quando entraram no carro, próximo à mãe surgiu um elemento com uma faca na mão; segurando o braço da mãe, disse-lhe que era um assalto. A mãe, tendo feito alguns anos atrás um curso de defesa pessoal, reagiu segurando a mão do bandido. Travaram uma luta que durou em torno de cinco minutos. A faca caiu da mão do assaltante, que correu em fuga. A menina não apresentou reação e a mãe começou a chorar. Retornaram ao restaurante onde estavam os amigos, que as acudiram e as acompanharam até em casa.

Ao chegar em casa, a garota continuou calada, enquanto a mãe relatava o ocorrido ao pai, prepararam-se e foram dormir. Já na madrugada, Maria acordou em prantos, e os pais foram até seu quarto. Os pais ficaram com ela, acalmaram-na, e Maria foi dormir no quarto dos pais.

No dia seguinte, Maria acordou e não quis ir à escola. Os pais concordaram, pois já era sexta-feira.

Chegou o final de semana e Maria não quis sair de casa de modo algum, não ligou o computador e passou todo o tempo no quarto. Tampouco se alimentou direito. Dormiu novamente com os pais.

Na segunda-feira, não quis ir mais uma vez à escola e não permitiu que a mãe se afastasse dela. Ao longo da semana, começou a ter dores abdominais e vômitos. Não queria contato com ninguém, nem com as amigas.

A mãe, preocupada, levou-a ao médico de sua confiança que prescreveu um ansio-

lítico e orientou a mãe a buscar um atendimento psicológico.

Os pais demoraram 20 dias após o ocorrido para procurar auxílio.

Maria, ao chegar ao consultório, apresentava:

- alteração no padrão do sono (não dormia em seu quarto e apresentava pesadelos);
- não se alimentava direito e quando forçada apresentava náuseas e vômitos;
- *flashbacks* dissociativos (ficava de olhos abertos e muito distante, como "se não estivesse ali", segundo descrição da mãe);
- ansiedade e comportamento evitativo de estar longe da casa e da mãe;
- irritabilidade excessiva;
- choro fácil;
- esquivas diversas (em nível social, afetivo e cognitivo); tornava-se agressiva ao falar do assunto e pedia que parassem.

Na primeira sessão, chegou calada, olhava para baixo e, quando a terapeuta se apresentou e questionou-a sobre o motivo de estar ali, ela começou a chorar muito. A terapeuta permitiu que chorasse, procurou demonstrar empatia dizendo-lhe que há situações em nossas vidas realmente muito difíceis e que estava ali para ajudá-la. Maria chorou por mais alguns minutos. A terapeuta deixou a caixa de lenço próxima dela. Aos poucos o choro foi cessando, e Maria olhou para a terapeuta. Nesse momento, a terapeuta começou o vínculo com Maria e trouxe o fato para a sessão:

Terapeuta: Maria, estou percebendo que você está muito triste...
Maria: Você sabe o que aconteceu? (sua voz saiu trêmula)
Terapeuta: Sim, realmente foi algo muito difícil...Você gostaria de me contar como foi isso para você?
Maria: Vai ser difícil, mas vou tentar...
Terapeuta: Sabe, Maria, quando coisas ruins nos acontecem, precisamos falar sobre elas, pois quanto mais guardarmos, maior tudo isso se torna dentro de nós...
Maria: Você sabe que não falei do assunto até hoje, foi horrível!
Terapeuta: Acredito que sim...
Maria: Sabe... Estava tudo bem, até aquele dia em que saímos do restaurante, eu e minha mãe, e fomos até nosso carro... Quando chegamos lá, eu já estava no carro com a minha porta fechada e mamãe estava subindo no carro, quando um homem segurou o braço dela e disse que era um assalto...(Começou a chorar novamente e, entre as lágrimas, continuou a falar.) Minha mãe, com a outra mão, pegou a mão dele e começaram a brigar. Pensei que ele mataria minha mãe, até que escutei o barulho da faca e vi o homem correndo. (Chorava de soluçar e gritou...) Você sabe o que é isso?
Terapeuta: Posso imaginar. (Acolhendo-a, segurando em suas mãos.)

Aos poucos, Maria foi se acalmando e então se propôs o atendimento psicológico, e Maria aceitou.

A terapeuta aplicou a sequência de tratamento indicada anteriormente, e após nove sessões, Maria já estava de volta à rotina normal; após mais sete sessões, trabalhou-se o processo de alta, e o quadro se estabilizou.

As técnicas utilizadas foram psicoeducação, mapeamento das emoções, reestruturação cognitiva, enfrentamento, respiração diafragmática, relaxamento muscular profundo, exposição mental, parada de pensamento, resolução de problemas, lista de créditos, orientação familiar, entre outras, adaptadas à fase de desenvolvimento da criança. Convém ressaltar que a aliança terapêutica foi muito importante para o sucesso do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordou-se o que há de mais recente no tratamento de TEPT com crianças, favorecendo ao clínico que precise utilizar tal intervenção. O caso relatado foi um trabalho de sucesso. Após cinco anos da intervenção, ainda se mantém contato com a garota, que é uma adolescente, estudante do ensino médio, levando uma vida adaptada.

- O tratamento de TEPT, principalmente com crianças, é incipiente.
- Há necessidade de mais dados de pesquisas para corroborar a eficácia do tratamento em diferentes etapas do desenvolvimento.

Convém ressaltar que as avaliações e as intervenções em pacientes portadores de TEPT são incipientes. Embora não haja instrumentos confiáveis e validados para o diagnóstico, principalmente com crianças de menos idade, estudos se utilizam de medidas neuroendócrinas para o diagnóstico de TEPT (Davidson e Baum, 1994).

Quanto ao tratamento e à prevenção de recaídas, ainda é necessário corroborar os resultados de pesquisas com crianças e adolescentes, em diferentes etapas de desenvolvimento, dirigidas à identificação de tratamentos cada vez mais eficazes, não somente promovendo a melhora, mas mantendo-a ao longo do tempo, de modo a prevenir as recaídas, a fim de construir sistemas explicativos sólidos e válidos.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4º ed, (DSM-IV). Washington, D. C.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4º ed, (DSM-IV-TR) Texto Revisado. Washington, D. C.

Davidson, I. M.; & Baum, A. (1994). Psycho-physiological aspects of chronic stress following trauma. In Ursan, B.G., & Fullerton, C.S. (Orgs.). *Individual and community responses to trauma and disaster*. New York: Cambridge University Press.

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychoterapy*. Nova York: McGraw Hill Books Co.

Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In Rutter, M. & Herson, L. *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell, pp. 152-176.

Green, B. (1994). Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In Liehmac, F., & Nadelson, C. (Orgs.), *International review of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, vol.11.

Hernández, L. (2005). Psicopatologia e tratamento do transtorno de estresse pós-traumático, In Caballo, V.E. & Simon, M.A., *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente – transtornos gerais*. São Paulo: Santos Livraria e Editora, p.121-126.

Jones, J.C.; & Barlow, D.H. (1992). A new model of post-traumatic stress disorder: implications for the future. In Saigh, P.A. (Org.), *Post-traumatic stress disorder*. New York: Macmillan.

Keane, T.M.; Zimering, R.T.; & Cadell, J.M. (1985). A behavioral formation of pos-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8 -9-12.

Kristensen, C.H., Dellaglio, D.D., Leon, J.S., & D'Incao, D.B. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia*, v. 8, p. 45-55.

Kristensen, C.H.; Caminha, R.M.; & Silveira, J.A.M. da (2007). Transtorno de estresse pós-traumático na infância. In Caminha, R.M. & Caminha, M.G., p.106-120. São Paulo: Ed. ROCA.

Margolin, G. (2005). Children's exposure to violence: exploring developmental pathways to diverse outcomes. *J. Interpers*, v. 20, p. 72-81.

McCann, L.; & Pearlman, L.A. (1990). Construtivist self-development theory as a framework for assessing and treating victims of family violence. In Stita, S; Willians, M.; & Rosen, K. (Orgs.) *Violence hits home*. New York: Springer.

Meichenbaum, D.; & Fitzpatrick, D. (1993). A constructionist narrative perspective on stress and coping. Stress inoculatiuon applications. In Goldberger & Breznitz, S. (dirs.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.

Nader, K.; Pynoos, R.; Fairbanks, L.; & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after

a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatriary*, 146 – 866-870.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (1993). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID – 10). 10ª ed. Ver. São Paulo – EDUSP-Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Scheeringa, M.S.; Peebles, C.D.; Cook, C.A., et al. (2001). Toward establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early chidhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat*, v. 40 – p. 52-60.

Stallard, P. (2004). *Bons sentimentos – bons pensamentos – Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Sutker, P.B.; Uddo-Crane, M.; & Allain Jr., A.N. (1991). Clinical and rersearch assessment of post-traumatic stress disorder: a conceptual overview. *Psyclological Assessment*, 3 – 520-530.

Yehuda, R. (2002). Current concepts post-traumatic stress disorder. *N. Engl, J. Med*, v. 346, pp. 108-114.

Yule, W. (2001) Post-traumatic stress disorder in the general population and in children. *J. Clin Psychiat*, v. 62, suppl. 17, p. 23-28.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2001). *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10ª ed. Rev. version for 2003. Disponível em: http://www3.who.int/icd/vol11htm2003/fr-icd.htm.10/jan/2005.

15

Terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

Luísa F. Habigzang
Silvia H. Koller

A violência contra crianças e adolescentes é considerada um problema de saúde pública devido aos efeitos negativos para o desenvolvimento cognitivo, emocional, comportamental e físico das vítimas, bem como pelos altos índices de incidência em diferentes níveis socioculturais. As formas de violência mais comuns são negligência e abusos físicos, psicológicos e sexuais, e seu principal contexto de ocorrência é o ambiente familiar. O abuso sexual tem sido apontado como uma das formas mais graves de violência, pois comumente está associado a abusos físicos e psicológicos. A terapia cognitivo-comportamental tem apresentado estudos que apontam a eficácia de suas técnicas para a redução de sintomas e de alterações psicológicas apresentadas por crianças e adolescentes em decorrência do abuso sexual.

EPIDEMIOLOGIA

Os estudos epidemiológicos sobre abuso sexual contra crianças e adolescentes apresentam variações devido a dois fatores:

1. definição operacional de abuso sexual, uma vez que alguns estudos consideram apenas situações que envolvem contato físico, enquanto outros abrangem interações sexualmente abusivas que não envolvem contato físico, como assédio verbal, exibicionismo e exposição a materiais pornográficos;
2. método para coleta de dados, pois alguns estudos se baseiam nos casos registrados em órgãos de proteção, enquanto outros investigam a incidência dessa forma de violência na população geral.

As estimativas apontam que uma em cada quatro meninas e um em cada seis meninos é vítima de alguma forma de abuso sexual antes de completar 18 anos (Sanderson, 2004).

Nos Estados Unidos, foi realizado um levantamento entre 2002 e 2003 sobre a vitimização de crianças e adolescentes com idade entre 2 e 17 anos. Os resultados apontaram que uma em cada doze crianças ou adolescentes (82 em cada 1000 participantes) foram vítimas de alguma forma

de violência sexual (Finkelhor, Ormrod, Turner e Hamby, 2005). No Brasil, algumas pesquisas vêm sendo conduzidas para estimar a epidemiologia de abuso sexual contra crianças e adolescentes. O relatório apresentado pela Associação Brasileira Multidisciplinar de Proteção à Criança e ao Adolescente (ABRAPIA) constatou que o Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes recebeu e encaminhou, entre maio de 2003 e janeiro de 2007, 28.630 denúncias em todo o país. Dessas denúncias, 20.077 foram categorizadas: 45% se referia a abusos físico e psicológico; 43% à negligência; 27,8% à abuso sexual; 18,4% à exploração sexual comercial; 1,2% à pornografia; 0,5% ao tráfico de pessoas; e 0,5% a crianças e adolescentes desaparecidos (ABRAPIA, 2007).

Os dados epidemiológicos apontam que a maioria dos abusos sexuais contra crianças e adolescentes ocorre dentro da casa da vítima e se configura como abusos sexuais incestuosos, sendo o pai biológico e o padrasto os principais perpetradores. As meninas são as principais vítimas dos abusos sexuais, principalmente dos intrafamiliares, e a idade de início dos abusos é precoce, concentrando-se entre os 5 e os 10 anos. A mãe é a pessoa mais procurada na solicitação de ajuda, e a maioria dos casos é revelada pelo menos um ano depois do início do abuso sexual (Braun, 2002; Habigzang, Koller, Azevedo e Machado, 2005).

CLASSIFICAÇÃO DO DSM-IV-TR

De acordo com o DSM-IV-TR, o abuso sexual contra crianças e adolescentes está classificado no Eixo IV como problemas psicossoais e ambientais, na categoria problemas com o grupo primário de apoio. Além disso, é mencionado como outras condições que podem ser foco de atenção clínica em problemas relacionados a abuso ou negligência (DSM-IV-TR, 2002).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O abuso sexual não possui critérios diagnósticos, pois não há um conjunto de sintomas específicos em decorrência dessa experiência. Algumas vítimas apresentam efeitos mínimos, enquanto outras desenvolvem significativas alterações cognitivas, emocionais e comportamentais. A avaliação criteriosa do terapeuta, em entrevistas com a criança, com cuidadores e com profissionais da escola, além da aplicação de instrumentos psicológicos para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático são recursos importantes para o diagnóstico de abuso sexual. A **Tabela 15.1** apresenta as principais alterações cognitivas, comportamentais, emocionais e físicas, comumente manifestadas por crianças vítimas de abuso sexual, que, associadas ao relato da criança sobre interações sexualmente abusivas, contribuem para o diagnóstico correto (Briere e Elliott, 2003; Habigzang e Caminha, 2004; Sanderson, 2004).

Além das alterações mencionadas, o abuso sexual contribui para o desenvolvimento de psicopatologias, entre elas transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos disruptivos, transtornos alimentares, enurese e encoprese. Contudo, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é a psicopatologia mais frequente em decorrência dessa forma de violência (Cohen, 2003; Ruggiero, McLeer e Dixon, 2000). A prevalência desse transtorno varia entre 20 a 70% dos casos de crianças vítimas de abuso sexual (Nurcombe, 2000). Os critérios diagnósticos do TEPT (DSM-IV-TR, 2002) são descritos a seguir:

a) Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

   1. a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos reais ou ameaçados que envolveram morte ou grave ferimento, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;

TABELA 15.1
Alterações apresentadas por crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual

Alterações cognitivas	Alterações comportamentais	Alterações emocionais	Alterações físicas
Percepção de falta de valor	Isolamento	Vergonha	Hematomas e sangramentos
Percepção de culpa	Agressões físicas e verbais	Medo	Traumas físicos nas regiões oral, genital e retal
Diferença em relação aos pares	Furtos	Ansiedade	Traumas físicos nos seios, nas nádegas, nas coxas e no baixo ventre
Baixa concentração e atenção	Fugas de casa	Irritabilidade	Coceira, inflamação e infecção nas áreas oral, genital e retal
Transtornos de memória	Comportamento hipersexualizado	Raiva	Odores estranhos na área vaginal
Desconfiança	Abandono de hábitos lúdicos	Tristeza	Doenças sexualmente transmissíveis
Dissociação	Mudanças em padrões de alimentação e sono	Culpa	Gravidez
Baixo rendimento escolar	Comportamentos regressivos, como chupar o dedo, fazer xixi na cama		Dores e doenças psicossomáticas
Distorções cognitivas, como inferências arbitrárias, "tudo ou nada", rotulação inadequada	Comportamentos autodestruitivos, como machucar a si mesma, tentativas de suicídio		Desconforto em relação ao corpo

2. a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. Em crianças, isso pode ser expressado por um comportamento desorganizado ou agitado.

b) O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

1. recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções. Nota: Em crianças pequenas, podem ocorrer jogos repetitivos, com expressão de temas ou aspectos do trauma
2. sonhos aflitivos e recorrentes com o evento. Em crianças, podem ocorrer sonhos amedrontadores sem um conteúdo identificável;
3. agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashbacks* dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou ao estar intoxicado). Em crianças pequenas, pode ocorrer reencenação específica do trauma;
4. sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos

ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
5. reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

c) Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

1. esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;
2. esforços no sentido de tentar evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;
3. incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;
4. redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;
5. sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;
6. faixa de afeto restrita (p.ex., incapacidade de ter sentimento de carinho);
7. sentimento de um futuro abreviado (p.ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

d) Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

1. dificuldade em conciliar ou manter o sono;
2. irritabilidade ou surtos de raiva;
3. dificuldade em se concentrar;
4. hipervigilância;
5. resposta de sobressalto exagerada.

e) A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

f) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificar se:
Agudo: se a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.
Crônico: se a duração dos sintomas é de 3 meses ou mais.

Especificar se:
Com início tardio: se o início dos sintomas ocorre pelo menos 6 meses após o estressor.

ETIOLOGIA

O abuso sexual contra crianças e adolescentes não está condicionado a um conjunto de causas específicas; entretanto, verifica-se a existência de fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

Entre os principais fatores de risco na família, destacam-se pais ou cuidadores com história de abuso, estresse familiar por saúde, problemas financeiros e de relacionamento, falta de comunicação na família, práticas disciplinares estritas e punitivas, isolamento do grupo familiar, desemprego, presença de álcool, abuso de outras drogas, ausência de relações hierárquicas de poder equilibradas (Koller e De Antoni, 2004).

CURSO E PROGNÓSTICO

As consequências do abuso permanecem ao longo da vida e, em muitos casos, se agravam quando não há uma intervenção adequada. Em um estudo, em que foi aplicado um questionário sobre a infância a todas as pessoas com idade a partir de 19 anos que frequentavam um hospital para exames preventivos de saúde, foi verificado que 5,9% dos pacientes informaram ter histórico de abuso sexual na infância. Entre os que relataram história de abuso, foi identificado que eles apresentavam problemas com álcool, tabagismo, depressão, autoavaliação negativa do estado de saúde, altos níveis de estresse, além de problemas familiares (e

conjugais) e profissionais (Edwards, Anda, Nordenberg, Felitti, Williamson e Wright, 2001). Em outro estudo com mulheres com histórico de abuso sexual na infância, foi verificado que 67% desenvolveu um quadro de transtorno de estresse pós-traumático, bem como problemas na regulação emocional e no funcionamento interpessoal. As mulheres vítimas de abuso com TEPT apresentaram uma maior sensibilidade a críticas, inabilidade para ouvir outros pontos de vista, insatisfação conjugal, maior isolamento social e pobre ajustamento social. Entre os problemas quanto à regulação emocional, foram encontrados alta intensidade de reação emocional, medo de experienciar a raiva e dificuldade em expressá-la apropriadamente (Cloitre, Cohen, Koenen e Han, 2002).

O efeito da passagem do tempo em sintomas decorrentes do abuso sexual foi avaliado em 40 meninas com idade entre 9 e 16 anos, que estavam em lista de espera aguardando tratamento. As participantes foram divididas em três grupos, conforme o tempo de espera, em até um mês, de 1 a 6 meses e mais de 6 meses. Foram aplicados instrumentos que avaliaram sintomas de depressão, ansiedade, estresse, TEPT e crenças e percepções sobre o abuso. Os resultados entre os grupos foram comparados através do *teste t* e não foram encontradas diferenças significativas nos sintomas psicológicos avaliados. Dessa forma, pode-se inferir que a passagem do tempo sem intervenção psicológica não reduziu os sintomas psicológicos avaliados (Habigzang et al., 2009). Esse resultado corrobora o estudo de Lanktree e Briere (1995) que também não identificou redução de sintomas psicológicos em decorrência da passagem do tempo.

A vulnerabilidade das crianças frente a situações de risco, como o abuso sexual, está relacionada com os recursos internos de enfrentamento e com a rede de apoio social e afetiva. Ela potencializa os efeitos negativos de situações estressantes; por outro lado, as crianças podem superar adversidades, mas isso não significa que saiam ilesas delas. O conceito de resiliência é definido como a capacidade de buscar alternativas eficazes que a auxiliarão a enfrentar de forma satisfatória os eventos de vida negativos. A resiliência possui bases tanto constitucionais quanto ambientais, sendo o resultado da interação dos atributos disposicionais do indivíduo com a complexidade do contexto social que inclui os laços afetivos e protetores na família e os sistemas de suporte social externos (Moraes eKoller, 2004; Yunes e Szymanski, 2001).

TRATAMENTO

Diferentes abordagens psicoterapêuticas têm sido testadas com pesquisas. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) como forma de tratamento têm apresentado melhores resultados se comparada com outras formas de tratamento não focais para crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade, depressão e problemas comportamentais decorrentes de violência sexual (Cohen, Mannarino e Knudsen, 2005; Deblinger, Stauffer e Steer, 2001; Saywitz et al., 2000). Além disso, a TCC focada no trauma tem apresentado alta eficácia na redução de sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (Cohen, Mannarino e Rogal, 2001; Cohen, 2003) e na reestruturação de crenças disfuncionais com relação à experiência abusiva (Celano, Hazzard, Campbell e Lang, 2002).

A TCC é potencialmente benéfica pela incorporação no plano de tratamento de estratégias cujos alvos são sintomas específicos, como o TEPT (revivência do evento traumático com pensamentos ou *flashbacks*, esquiva de lembranças e excitação aumentada). A ansiedade e a esquiva são trabalhadas com exposição gradual e dessensibilização sistemática, inoculação de estresse, treino de relaxamento e interrupção e substituição de pensamentos perturbadores por outros que recuperem o controle das emoções. Sintomas de depressão são trabalhados com treino de habilidades de *coping* e reestruturação de cognições distorcidas. Problemas comportamentais são trabalhados com técnicas de modificação de comportamento. Além disso, a TCC trabalha na prevenção de futuras revi-

timizações (Astin e Resick, 2002; Calhoun e Resick, 1993/1999; Celano, Hazzard, Campbell e Lang, 2002; Cohen, 2003; Rangé e Masci, 2001; Saywitz et al., 2000).

A TCC permite à criança desenvolver uma sensação de controle dentro da estrutura estabelecida pelo terapeuta. A educação sobre o abuso sexual infantil é o primeiro passo na intervenção terapêutica, que deve incluir sessões com a criança ou adolescente e com seu cuidador (Heflin e Deblinger, 1996/1999). Além da psicoeducação, o estabelecimento de uma relação entre as mudanças de comportamento e o trauma é fundamental, uma vez que se constata na prática clínica que a criança vítima de abuso sexual tende a apresentar distorções cognitivas. O programa de tratamento ainda deve incluir técnicas como treinamento de habilidades para lidar com problemas, exposição gradual às lembranças traumáticas e educação sobre encontros, sexualidade e habilidades para a manutenção da segurança do corpo. O uso do jogo é um importante recurso terapêutico para expressão de pensamentos e sentimentos com relação ao abuso. Entre os dispositivos utilizados estão brinquedo com bonecos e marionetes, biblioterapia, desenho e outras formas de expressão artística, como esculturas em argila (Heflin e Deblinger, 1996/1999).

Entre as diversas modalidades terapêuticas utilizadas para a intervenção, a literatura indica intervenções individuais, grupais e familiares (Cohen e Mannarino, 2000; Deblinger, Stauffer e Steer, 2001; Hayde, Bentovim e Monck, 1995; Saywitz et al., 2000). Entre as modalidades de tratamento, as pesquisas apontam que o formato grupal tem obtido resultados positivos (Habigzang, Hatzenberger, Dala Corte, Stroher e Koller, 2008; Kruczek e Vitanza, 1999; McCrone, Weeramanthri, Knapp, Rushton, Trowell, Miles e Kolvin, 2005; McGain e McKinzey, 1995). A grupoterapia para vítimas de abuso sexual é a modalidade preferencial para redução de sentimentos de diferença e autoestigmatização das pacientes. O processo de grupo prioriza espaços para que as vítimas possam reestruturar pensamentos e sentimentos distorcidos, através do relato de sentimentos referentes ao abuso, da discussão das crenças de culpa pela experiência abusiva e do desenvolvimento de habilidades preventivas a outras situações abusivas.

Além do atendimento às vítimas, o trabalho com os cuidadores não abusivos tem sido essencial. A capacitação dos pais com estratégias comportamentais tem como objetivos manejar e monitorar sintomas das crianças, desenvolver estratégias para prevenir a revitimização e adequar o funcionamento familiar. Além disso, é importante que os pais sejam ajudados para controlar seu sofrimento e oferecer o apoio afetivo e protetor necessário aos filhos (Deblinger, Stauffer e Steer, 2001; Habigzang et al., 2007; Saywitz et al., 2000).

DESCRIÇÃO DO MODELO DE GRUPOTERAPIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL

O modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental apresentado a seguir é composto por 16 sessões com frequência semanal. Os grupos são formados de acordo com o sexo e a idade dos participantes. Cada grupo tem entre quatro e oito participantes. As sessões têm atividades semiestruturadas com duração de uma hora e trinta minutos. Os objetivos da intervenção são psicoeducação sobre violência sexual; reestruturação de cognições, comportamentos e respostas emocionais disfuncionais relacionadas à violência sexual; reestruturação da memória traumática; redução de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT; e aprendizagem de medidas de autoproteção (Habigzang et al., 2006). O processo grupoterápico é dividido em três etapas conforme as técnicas empregadas: Etapa 1 – Psicoeducação e reestruturação cognitiva (seis sessões); Etapa 2 – Treino de inoculação do estresse (quatro sessões); e Etapa 3 – Prevenção à recaída (seis sessões). A descrição das sessões é apresentada na **Tabela 15.2** (Habigzang et al., 2008).

TABELA 15.2
Descrição das sessões de grupoterapia

Etapa	Sessão	Atividades
Etapa 1	1ª sessão	Dinâmica de grupo que favoreça a apresentação das participantes: entrevistas em duplas e apresentação para o grupo Dinâmica de grupo para desenvolver a confiança. Dispositivo: técnica da caminhada em duplas com olhos vendados Estabelecimento do contrato terapêutico (combinações sobre horários, frequência, duração) Discussão sobre a identidade do grupo Mapeamento das expectativas das participantes. Dispositivo: construção de um cartaz Discussão e estabelecimento dos objetivos do grupo
	2ª sessão	Apresentação e discussão do documentário *Canto de cicatriz* Relato da experiência de abuso sexual de cada participante Isenção da culpa Abordar terapeuticamente o impacto afetivo da revelação no grupo
	3ª sessão	Abordagem das reações da família e demais pessoas significativas depois da revelação e construção de um mapeamento das possíveis mudanças na configuração familiar Reestruturação cognitiva de crenças relacionadas à culpa e à vergonha (construção de cartões com explicações alternativas para o abuso que isente de culpa as participantes)
	4ª sessão	Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem de estados emocionais. Dispositivo: jogo das emoções Abordagem terapêutica dos sentimentos com relação ao abusador. Dispositivo: construção do abusador com massa de modelar e *role play* entre cada participante com o boneco Automonitoramento: registro de situações-problema e sentimentos identificados
	5ª sessão	Discussão dos registros de automonitoramento Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem dos pensamentos e reações fisiológicas e suas relações com as emoções Identificação de pensamentos com relação ao abuso (tríade cognitiva) e reestruturação cognitiva de pensamentos disfuncionais Identificação de diferentes reações fisiológicas Aprendizagem de técnicas de relaxamento muscular e de respiração para controle da ansiedade Automonitoramento: registro de situações-problema, pensamentos, reações fisiológicas e sentimentos relacionados
	6ª sessão	Discussão dos registros de automonitoramento Psicoeducação quanto ao modelo cognitivo-comportamental - abordagem dos comportamentos e sua relação com pensamentos, sentimentos e reações fisiológicas Mapeamento escrito das principais mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos decorrentes das experiências abusivas Psicoeducação quanto ao problema (estabelecimento de relações entre abuso/trauma com as mudanças identificadas no mapeamento) Construção de histórias em quadrinhos a partir de situações registradas, com identificação de emoções, pensamentos, comportamentos e reações físicas para integrar o modelo cognitivo-comportamental

(continua)

TABELA 15.2 (continuação)
Descrição das sessões de grupoterapia

Etapa	Sessão	Atividades
Etapa 2	7ª sessão	Treino de inoculação de estresse (TIE) - cada participante apresenta, de forma gradual, as situações abusivas experienciadas através do relato oral ou por escrito Reestruturação cognitiva das memórias traumáticas – treino de autoinstrução
	8ª sessão	Relato mais detalhado do abuso sexual Mapeamento da frequência e intensidade das lembranças do abuso sexual e dos eventos desencadeadores dessas lembranças Treino de relaxamento muscular e de respiração
	9ª sessão	Relato mais detalhado do abuso sexual Técnica de substituição de imagens positivas e negativas (gavetas da memória)
	10ª sessão	Relato do pior momento do abuso sexual Construção do "botão de emergência" com estratégias cognitivo-comportamentais para lidar com lembranças intrusivas do abuso
Etapa 3	11ª sessão	Oficina educação sexual, na qual são abordadas questões referentes ao autocuidado, mudanças físicas da puberdade e métodos contraceptivos
	12ª sessão	Oficina de psicomotricidade
	13ª sessão	Oficina sobre o *Estatuto da criança e do adolescente* Apresentação e discussão do vídeo *Estatuto do futuro* Dramatização de audiência (abordar a possibilidade de participação de audiências, esclarecendo dúvidas e preparando as participantes para tal situação)
	14ª sessão	Treino de habilidades sociais focadas em medidas de proteção (identificação de situações de risco e ensaio cognitivo e comportamental de estratégias de proteção contra futuras revitimizações) Escolha de um adulto-referência para solicitar ajuda em situações de risco
	15ª sessão	Retomada das estratégias cognitivo-comportamentais aprendidas no contexto grupal Abordagem das perspectivas com relação ao futuro das participantes e reestruturar possíveis crenças distorcidas
	16ª sessão	Autoavaliação através de registro escrito das mudanças percebidas antes e depois da grupoterapia em relação a si, de como se relaciona com os outros e da visão do futuro Festa de encerramento da grupoterapia

BREVE DIÁLOGO ENTRE TERAPEUTA E PACIENTE

Durante a sexta sessão, na qual são mapeadas as mudanças percebidas pelas meninas em seu comportamento em decorrência do abuso, surgiu em um grupo de adolescentes a seguinte situação:

Paciente A: Depois que o abuso aconteceu, passei a não ter vontade de sair à rua.

Terapeuta: Onde você gostava de ir?
Paciente A: Gostava muito de ir passear no *shopping*, mas agora não gosto mais.
Terapeuta: Você consegue identificar que ideias passam na sua mente quando pensa em ir ao *shopping*?
Paciente A: Sim... penso que as pessoas vão olhar pra mim e vão saber que fui abusada pelo meu padrasto...sinto vergonha.
Terapeuta: O que faz você pensar que as pessoas saberão sobre o abuso?
Paciente A: Sei lá... algo na minha aparência ou no jeito de me comportar.
Terapeuta: Mais alguém (dirigindo-se ao grupo) tem a impressão de que as pessoas saberão sobre o abuso pela aparência ou por algum comportamento?
Paciente B: Acho que pela aparência não tem como saber.
Paciente C: Isso não faz sentido... (dirigindo-se para a paciente A). Vamos imaginar essa cena... vamos fazer de conta que estamos em um *shopping* e não nos conhecemos... não sabemos nada uma sobre a outra. Aí nos cruzamos... você acha que saberia que meu tio abusou de mim?
Paciente A: Não... se eu não a conhecesse e soubesse da sua história não teria como saber.
Paciente C: Viu só... pela minha aparência você não saberia que fui abusada e é a mesma coisa com você.
Terapeuta: Muito interessante seu exemplo (dirigindo-se para C). Isso faz algum sentido para você (dirigindo-se para paciente A)?
Paciente A: Faz sentido sim... se eu não conseguiria saber que C foi vítima de abuso, as pessoas não tem como saber que eu fui pela minha aparência.
Terapeuta: O que deveria acontecer para alguém saber sobre o abuso?
Paciente B: As pessoas só têm como saber se a gente contar, eu acho.
Terapeuta: O que acham dessa ideia de B?
Paciente A: Acho que é bem isso... as pessoas que não conheço e não sabem do abuso só saberão se eu quiser contar.
Terapeuta: Considerando os pensamentos discutidos por vocês e o exemplo de C, o que podemos concluir?
Paciente A: Que eu posso passear no *shopping* sem sentir vergonha porque as pessoas não têm como saber sobre o abuso se eu não contar.
Terapeuta: Tenho uma proposta (para a paciente A). Que tal fazer uma experiência sobre essa sua descoberta e como tarefa para próxima semana você ir passear no *shopping*?
Paciente A: É uma boa ideia. Faz tempo que não vou ao *shopping* e tenho vontade de ir.
Paciente B: Eu tenho uma sugestão. Podemos ir juntas ao *shopping* depois da sessão para passearmos juntas.
Paciente A: Boa ideia!
Terapeuta: Então na próxima semana vocês contarão como foi a experiência?
Paciente C: Vou ligar para minha mãe avisando que vou chegar mais tarde e vou com vocês!

CURSO CLÍNICO E PROGNÓSTICO

Um ensaio clínico não randomizado intragrupos de séries temporais foi realizado para avaliar a efetividade do modelo de grupoterapia anteriormente apresentado (Habigzang et al., 2009). A amostra foi composta por 40 meninas com idade entre 9 e 16 anos, submetidas a, pelo menos, um episódio de abuso sexual. Tais episódios incluíram desde situações de assédio, sem contato físico, até situações que envolvam

contatos físicos, como toques e carícias, manipulação de genitais, relação sexual oral e genital. Foram incluídas na amostra meninas vítimas de abuso sexual intra e extrafamiliar. Os instrumentos utilizados foram Entrevista semiestruturada inicial (*The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse,* 1995, traduzida para o português e adaptada por Kristensen, 1996), *Children's Attributions and Perceptions Scale* (Mannarino, Cohen e Berman, 1994), Inventário de Depressão Infantil (Kovacs, 1992), Escala de Estresse Infantil (Lipp e Lucarelli, 1998), Inventário de Ansiedade Traço-Estado para crianças (Biaggio e Spielberger, 1983), Entrevista estruturada com base no DSM-IV/SCID para avaliação de transtorno do estresse pós-traumático (Del Ben, Vilela, Crippa, Hallak, Labate e Zuardi, 2001).

A avaliação do efeito da intervenção foi realizada através da aplicação dos instrumentos psicológicos antes do início da intervenção e após cada etapa da grupoterapia. Foram aplicadas medidas repetidas em quatro tempos distintos durante o processo: pré-teste (avaliação inicial), pós-teste 1 (após psicoeducação), pós-teste 2 (após treino de inoculação do estresse) e pós-teste 3 (após prevenção a recaída).

Os dados foram inicialmente submetidos a análises descritivas, nas quais foram calculadas a média e o desvio padrão de cada instrumento em cada tempo. Após as análises descritivas, os dados foram submetidos ao *Teste de Kolmogorov-Smirnov* para verificar a normalidade da amostra ($p>0,05$). Após a verificação da normalidade, os dados foram analisados através do *teste t* para amostras pareadas. A combinação de todas as medidas de cada instrumento foi analisada (pré e pós1; pré e pós2; pré e pós3; pós1 e pós2; pós1 e pós3; e pós 2 e pós3), e os resultados apontaram diferenças significativas ($p<0,05$) em todos os instrumentos (Habigzang et al., 2009).

Dessa forma, é possível inferir que o modelo de intervenção avaliado foi efetivo na redução de sintomas de depressão, ansiedade e TEPT, bem como na reestruturação de crenças disfuncionais das participantes do estudo. A comparação de tais resultados com um grupo-controle permitiria avaliar se a redução da sintomatologia não ocorreu apenas devido à passagem de tempo. Contudo, o delineamento com grupo-controle poderia gerar problemas metodológicos, tal como a perda de participantes devido ao tempo de espera, assim como problemas éticos, pois o estudo não oportunizaria o acesso imediato ao tratamento a crianças e adolescentes em situação de risco (Habigzang et al., 2009).

O modelo de grupoterapia cognitivo-comportamental contribui para a redução de sintomas decorrentes do abuso sexual e para a reestruturação de crenças disfucionais. O grupo representa um importante elo na rede de apoio social e afetiva para as participantes, reduzindo a estigmatização experienciada por vítimas de abuso sexual. Além disso, permite aprender, em um contexto seguro, estratégias de autoproteção para evitar a revitimização. Dessa forma, a grupoterapia contribui para melhorar a qualidade de vida de crianças e adolescentes vítimas dessa forma de violência.

RESUMO

O abuso sexual pode gerar alterações comportamentais, emocionais e cognitivas, além de sintomas psicopatológicos.

O transtorno de estresse pós-traumático é o principal transtorno decorrente da exposição ao abuso sexual.

O tratamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual deve priorizar aspectos de psicoedução sobre o abuso sexual e sobre pensamentos, emoções e comportamentos associados; reestruturação cognitiva; treino de inoculação de estresse para reestruturação da memória traumática; e prevenção a recaída com aprendizagem de medidas de autoproteção.

A psicoeducação dos cuidadores não abusivos é importante para fortalecer estratégias de cuidado protetoras e apoio emocional adequado.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) (2007). *Relatório do sistema nacional de combate a exploração infanto-juvenil*. Rio de Janeiro: ABRAPIA

Astin, M.C., & Resick, P.A. (2002). Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In V. Caballo (Ed.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (p.171-210). Porto Alegre: Artes Médicas.

Biaggio, A. & Spielberger, C.D. (1983). *Inventário de ansiedade traço-estado-Idate-C Manual*. Rio de Janeiro: CEPA.

Braun, S. (2002). *A violência sexual infantil na família: do silêncio à revelação do segredo*. Porto Alegre: Age.

Briere, J., & Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1205-1222.

Calhoun, K.S., & Resick, P.A. (1999). Transtorno do estresse pós-traumático. In D. Barlow (Ed.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos* (p. 63-118, M.R.B. Osório, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993)

Celano, M. Hazzard, A. Campbell, S.K., & Lang, C.. (2002). Attribution retraining with sexually abused children: review of techniques. *Child Maltreatment, 7*(1), 64-75.

Cloitre, M., Cohen, L.R., Koenen, K., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067-1074.

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.

Cohen, J.A. (2003). Treating acute posttraumatic reactions in children and adolescents. *Society of Biologial Psychiatry, 53*, 827-833.

Cohen, J.A, Mannarino, A.P, & Rogal, S. (2001). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect, 25*, 123-135.

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 983-994.

Deblinger, E., Stauffer, L.B., & Steer, R.A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment, 6*(4), 332-343.

Del Ben, C.M., Vilela, J.A., Crippa, J.A., Hallak, J.E., Labate, C.M., & Zuardi, A.W. (2001). Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV -versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 156-159.

Edwards, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D.F., Felitti, V.J., Williamson, D.F., & Wright, J.A. (2001). Bias assessment for child abuse survey: factors affecting probability of response to a survey about childhood abuse. *Child Abuse & Neglect, 25*, 307-312.

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S.L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment, 10*(1), 5-25.

Habigzang, L.F., Stroeher, F., Hatzenberger, R., Cunha, R.C., Ramos, M.S., Koller, S.H. (2009). Avaliação de um modelo de grupoterapia para meninas vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública, 43*(1), 70-78.

Habigzang, L.F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroher, F., Koller, S.H. (2008). Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 24*(1), 067-076.

Habigzang, L.F., Stroeher, F., Dala Corte, F., Hatzenberger, R., Cunha, R.C., Ramos, M., & Koller, S.H. (2007). Integrando os cuidadores, a rede e os terapeutas: potencializando a melhora clínica de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. In M.L.P. Leal & R.M.C. Libório (Eds.), *Tráfico de pessoas e violência sexual* (p. 263-274). Brasília: Violes

Habigzang, L.F., Hatzenberger, R., Dala Corte, F., Stroher, F., & Koller, S.H. (2006). Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual: descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica, 18*(2), 163-182.

Habigzang, L.F., Koller, S.H, Azevedo, G.A., & Machado, P.X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21*(3), 341-348.

Habigzang, L.F., & Caminha, R.M. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: conceituação e intervenção clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hayde, C., Bentovim, A., & Monck, E. (1995). Some clinical and methodological implications of a treatment outcome study of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 19*(11), 1387-1399.

Heflin, A.H. & Deblinger, E. (1999). Tratamento de um adolescente sobrevivente de abuso sexual na

infância. In M. Reinecke, F. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica* (p.161-178, M.R. Hofmeister, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1996)

Koller, S.H., & De Antoni, C. (2004). Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In S.H. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (p.293-310). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Kristensen, C.H. (1996). *Abuso sexual em meninos.* Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Kruczek, T., & Vitanza, S. (1999). Treatment effects with an adolescents abuse survivor's group. *Child Abuse & Neglect, 23*(5), 477-485.

Lanktree, C. B., & Briere, J. (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: a repeated measures study. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1145-1155.

Lipp, M.E., & Lucarelli, M.D.M. (1998). *Escala de stress infantil – ESI: manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mannarino, A.P., Cohen, J.A., & Berman, S.R. (1994). The children's attributions and perceptions scale: a new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(2), 204-211.

Associação Americana de Psicologia (APA) (2002) *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-IV-RT). 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artmed.

McCrone, P., Weeramanthri,T., Knapp, M., Rushton, A., Trowell, J., Miles, G., & Kolvin, I. (2005). Cost-effectiveness of individual versus group psychotherapy for sexually abused girls. *Child and Adolescent Mental Health, 10*(1), 26-31.

McGain, B., & McKinzey, R.K. (1995). The efficacy of group treatment in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1157-1169.

Moraes, N.A., & Koller, S. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In S. Koller (Ed.), *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (p.91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: Psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(1), 85-91.

Range, B., & Masci, C. (2001). Transtorno do estresse pós-traumático. In B. Range (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (p.257-274). Porto Alegre: Artes Médicas.

Ruggiero, K.J., McLeer, S.V., & Dixon, J.F. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 24*(7), 951- 964.

Sanderson, C. (2004). Abuso sexual em crianças: fortalecendo pais e professores para proteger crianças de abusos sexuais. São Paulo: M. Books do Brasil

Saywitz, K.J., Mannarino, A.P., Berliner, L,. & Cohen, J.A. (2000). Treatment for sexually abused children and adolescents. *American Psychologist, 55*(9), 1040-1049.

The Metropolitan Toronto Special Committee on Child Abuse (1995). *Child Sexual Abuse Protocol* (3rd. ed.). Toronto: Author.

Yunes, M.A.M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In I.J. Tavares (Ed.), *Resiliência e educação* (p.13-42). São Paulo: Cortez.

PARTE V

TRANSTORNOS DO CONTROLE DE IMPULSOS

16

Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas

Renata Brasil Araujo

O início do uso de substâncias psicoativas tem ocorrido cada vez mais precocemente, havendo um aumento na prevalência do diagnóstico de dependência de substâncias – e não somente de abuso – na população de adolescentes (Gil et al., 2008), o que gera uma preocupação constante em termos de saúde pública.

Não há muitas abordagens específicas para adolescentes dependentes ou abusadores de substâncias psicoativas; o que ocorre, na maior parte das vezes, é uma adaptação dos modelos de tratamento utilizados com adultos com essas patologias. Essa adaptação é muito importante, devendo ser bastante criteriosa, pois o que motiva um indivíduo a usar ou interromper o uso da droga difere bastante de acordo com sua faixa etária (Williams, Meyer e Pechansky, 2007). Um adulto talvez deseje parar de usar cocaína por medo de perder o emprego, enquanto um adolescente talvez por perceber que não conquistará "aquela garota", que é sua colega de aula, se continuar fumando maconha...

EPIDEMIOLOGIA

É de extrema importância, quando se pensa em pesquisas na área da dependência química, analisar a prevalência do uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio, pois sabe-se que os adolescentes são muito expostos ao uso dessas substâncias (Galduroz et al., 2004) e que, quanto mais precoce o início do consumo, piores serão suas consequências na vida do indivíduo (Fergusson et al., 1994).

De acordo com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (Galduroz et al., 2004), no qual foram entrevistados 48.155 jovens, as seis substâncias psicoativas mais usadas de modo frequente (utilização da droga seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa) foram, em ordem decrescente, álcool (11,7%), tabaco (3,8%), solventes (1,5%), maconha (0,7%), anfetaminas (0,5%) e ansiolíticos (0,4%).

Com relação à idade de início do uso de psicotrópicos, o álcool e o tabaco aparecem como mais precoce do que as outras substâncias. A média etária do primeiro uso de álcool foi de 12,5 anos e de tabaco 12,8 anos. Essas médias diferiram estatisticamente das do primeiro uso para as demais drogas, entre elas a maconha (média de

13,9 anos) e a cocaína (média de 14,4 anos) (Galduroz et al., 2004).

De acordo com esse estudo, ao longo da vida, os meninos fizeram mais uso de maconha, cocaína, anfetamínicos, solventes, energéticos e esteroides/anabolizantes, do que as meninas, que usaram mais ansiolíticos e álcool (Galduroz et al., 2004).

Então, os jovens muito cedo estão entrando em contato com substâncias psicoativas, sendo necessário que sejam adotadas estratégias preventivas ao se elaborar projetos na área da dependência química.

DIAGNÓSTICO

O uso de drogas é um fenômeno multidimensional que com muita frequência inicia durante a adolescência, fase em que também podem surgir outros transtornos psicológicos, comportamentais e sociais (como os transtornos de humor, de ansiedade, de conduta, de déficit de atenção/hiperatividade, etc.). O abuso de psicoativos em conjunto com esses outros transtornos – a comorbidade psiquiátrica – é muito comum na clínica (Zaleski et al., 2006) e pode tornar mais difícil a realização de um diagnóstico. Assim, a avaliação inicial cuidadosa do jovem que procura tratamento é necessária para que o diagnóstico seja preciso e, consequentemente, para que haja um melhor prognóstico para o paciente em questão (Marques e Cruz, 2000). No entanto, isso não é tão simples, já que essa população não costuma buscar ajuda por conta própria, tampouco facilita a investigação do terapeuta, principalmente quando o motivo da busca está relacionado ao abuso de drogas (Boyle et al., 1996; Offord et al., 1996; Marques e Cruz, 2000).

Um dos primeiros obstáculos relacionados ao tema ligado ao uso de álcool e outras drogas entre adolescentes é a própria definição do que é o "uso normal". Os sistemas classificatórios apresentam discordâncias e necessidades de aprimoramento, o que é muito discutido na literatura (Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004).

Segundo a American Academy of Pediatrics (1996), é possível diferenciar seis estágios no envolvimento do adolescente com drogas: abstinência, uso experimental/recreacional, abuso inicial, abuso, dependência e recuperação. Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004) elogiam essa classificação por contemplar características específicas da adolescência – como o experimentar substâncias psicoativas – as quais, dependendo do padrão, podem ser consideradas condutas "normais" nessa fase.

No entanto, a maioria dos instrumentos para avaliação de uso de substâncias psicoativas deriva do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* – Texto Revisado – DSM-IV-TR (American Psychiatric Association - APA, 2002), de acordo como o qual, os principais diagnósticos seriam de abuso e de dependência (Pechansky, Szobot e Scivoletto, 2004). A avaliação diagnóstica deve ser feita por substância, pois um mesmo indivíduo pode ser dependente de uma droga, abusador de outra e ter experimentado uma terceira. Primeiro, deve-se avaliar se ele depende da substância em questão para depois excluirmos (ou não) o diagnóstico de abuso.

Não fazem parte dos critérios diagnósticos nem a quantidade nem a frequência do uso da droga, mas sim aspectos relacionados aos prejuízos associados ao uso. Portanto, quem consome uma substância somente nos fins de semana, pode, ainda assim, ser considerado dependente; ao contrário disso, quem a utiliza diariamente, não ser. Esse fator é muito importante quando se trata de adolescentes, pois no caso deles, o uso pesado nem sempre será observado com facilidade por pais e responsáveis, sendo função do terapeuta estar atento a esses aspectos.

ETIOLOGIA

De acordo com Migott (2008) diversos fatores, entre eles os ambientais (amizades, crises familiares, exposição a riscos), os biológicos (genéticos, neuroquímicos), os psi-

cológicos (comorbidades, estresse) e os sociais (crises econômicas e políticas), atuam, de forma combinada, para influenciar o risco de um indivíduo fazer uso de substâncias psicoativas, havendo uma interação entre o agente (a droga), o sujeito (o indivíduo e a sociedade) e o meio (os contextos socioeconômico e cultural).

Há vários modelos que explicam o desejo pelas drogas (chamado de *craving* ou fissura) e a dependência química, com destaque para o comportamental, o psicossocial (ou cognitivo) e o neurobiológico (Marques e Seibel, 2001; Araujo et al., 2008).

O modelo comportamental foi o primeiro a ser descrito e tem como fundamentação o condicionamento clássico, que explica a manutenção do uso de drogas como decorrência da expectativa de efeito de prazer aprendido com experiências anteriores. Já o modelo psicossocial ou cognitivo, explica a fissura sob a expectativa antecipada que o indivíduo tem quanto aos efeitos da substância, sendo salientada, ao contrário do modelo comportamental, a interpretação cognitiva feita a respeito desse fenômeno, e não apenas as respostas fisiológicas a ele relacionadas. E, por fim, há o modelo neurobiológico, que salienta a importância da ativação de determinadas estruturas cerebrais (com destaque para o sistema de recompensa cerebral) e de mudanças em vários sistemas de neurotransmissão (como dopamina, serotonina, opioides, glutamato e noradrenalina) durante o uso ou síndrome de abstinência de determinadas substâncias, bem como a presença de fatores genéticos responsáveis pelo comportamento de busca pela droga (Marques e Seibel, 2001; Araujo et al., 2008).

Os três modelos têm um caráter complementar, sendo, portanto, fundamental para entender o fenômeno da dependência química o modelo biopsicossocial, integrador das diversas teorias ao propor uma estratégia terapêutica para o dependente químico (Marques e Seibel, 2001; Araujo et al., 2008).

TRATAMENTO

O entendimento da etiologia da dependência química deve ser um dos norteadores do tipo de tratamento a ser delineado para o adolescente abusador ou dependente de substâncias psicoativas. Observa-se, seja na prática clínica, seja nas pesquisas realizadas, que a psicoterapia (como a terapia cognitivo-comportamental) e a farmacoterapia (como parte do modelo biopsicossocial) devem ser privilegiadas (Araujo et al., 2008).

Tratamento farmacológico

O uso de psicofármacos a fim de atenuar o desejo e a compulsão pelo uso de drogas tem sido alvo de várias pesquisas (Araujo et al., 2008). A utilização da bupropiona (Durcan et al., 2002) e da terapia de reposição de nicotina, em dependentes desta, têm sido consideradas eficazes por alguns pesquisadores (Baker, 2001; Shiffman et al., 2003). Também o uso de naltrexona, acamprosato e dissulfiram no tratamento do alcoolismo (Castro e Baltieri, 2004), assim como do topiramato para a dependência de várias substâncias psicoativas (Bobes et al., 2004), entre elas a cocaína (Reis et al., 2008), também tem sido alvo de estudos. No entanto, poucos agentes se provaram efetivos para a manutenção da abstinência, havendo limitações em seus efeitos (Witters et al., 1995). Há ainda alta prevalência de comorbidades psiquiátricas entre dependentes químicos, e que elas podem responder ao tratamento psicofarmacológico, não devendo essa avaliação ser ignorada. O manejo sinérgico das comorbidades psiquiátricas é um fator importante que influencia no prognóstico da dependência química (Zaleski et al., 2006).

Portanto, a prescrição de psicofármacos não pode excluir o uso das técnicas de prevenção de recaída, bem como de outras técnicas de manejo de fissura: os ensaios clí-

nicos realizados indicam que a combinação da farmacoterapia com o tratamento psicoterápico é a terapêutica que traz os melhores resultados para os dependentes químicos (Araujo et al., 2008; Johnson et al., 1999; Baker, 2001).

Tratamento psicoterápico

Para tornar mais claras as técnicas aplicadas em psicoterapia, segue um caso clínico fictício de um adolescente dependente químico, que será o personagem dos exemplos destacados ao longo desse capítulo.

CASO JOÃO

João é um adolescente de 16 anos que reside com seus pais e que está cursando o segundo ano do Ensino Médio de uma escola particular, na qual estuda desde a Educação Infantil, nunca tendo sido reprovado.

Ele não tem irmãos, mas tem vários amigos da sua escola.

Há cerca de dois anos, começou a usar maconha com um grupo de amigos após as aulas. Eles costumavam ir a um parque fumar a droga até o cair da noite. Ele não chegava a fumar um "baseado" (cigarro de maconha), diz que só "dava uns pegas nos baseados dos amigos".

No último ano, João começou a ter problemas para conseguir dormir e achou que, se fumasse um "baseado" antes de deitar, poderia relaxar e ter um "verdadeiro descanso". Esse hábito foi se intensificando e hoje ele acredita que não consegue dormir se não fumar.

Seu desempenho na escola está piorando, pois ele não está conseguindo "se concentrar" nos estudos, nem ter paciência para aguentar as aulas. Pensa em largar os estudos para trabalhar e juntar dinheiro para sair de casa.

Seus pais descobriram que estava fumando maconha devido a "fofocas de uma vizinha que sentiu cheiro e contou para eles". Desde então, afirma "que sua vida se transformou em um inferno", pois tem sofrido muitas pressões para parar de usar a droga.

Tem faltado aula para jogar *videogame* na casa de amigos, enquanto fumam um "baseado" e, em função do excesso de faltas, chamaram seus pais para informá-los que talvez João seja reprovado na escola. Devido a tudo isso, seus pais decidiram levá-lo, contra a sua vontade, para fazer um tratamento psicoterápico com uma terapeuta cognitivo-comportamental.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional é um modelo de tratamento psicoterápico breve (com cerca de 1 a 5 sessões) para indivíduos com comportamentos dependentes criada pelo terapeuta norte-americano William Miller na década de 1980. Seu fundamento, além de estratégias de outras abordagens, como a teoria sistêmica e a centrada na pessoa, está nas técnicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Antes da entrevista motivacional, acreditava-se que a abordagem mais adequada para tratar indivíduos dependentes químicos era a "confrontativa", pela qual se pretendia combater a "negação" do problema do uso da droga de uma forma mais agressiva, confrontando o dependente com as evidências de que há um descontrole do consumo e de que existem prejuízos associados a este (Miller e Rollnick, 2001).

Imagine como ficaria essa abordagem com João:

Terapeuta:	Por que você veio para tratamento?
Adolescente:	Por que minha mãe é uma mulher "careta" que acha que maconha é droga...
Terapeuta:	Maconha é uma droga que traz muitos prejuízos para a saúde e, inclusive, causa dependência.

Não precisa pensar muito para perceber que esse tipo de intervenção gerava, em um adolescente (assim como em um adulto) uma reação de defesa, que os terapeutas denominavam "resistência", e que a consequência era que, em certo ponto da terapia, rotular o paciente como "desmotivado" e orientá-lo a "voltar para casa", retornando ao tratamento, somente quando quisesse *realmente* se tratar.

Foram feitas muitas pesquisas que concluíram que a abordagem confrontativa não era efetiva e, ao pesquisar a motivação para mudança, Prochaska e DiClemente (1982) descobiram que a motivação é um processo muito dinâmico, havendo estágios motivacionais pelos quais o indivíduo transita:

- Pré-contemplação (ou pré-ponderação) – estágio no qual o indivíduo ainda não entende seu comportamento como problema, acreditando que não há um descontrole no uso da droga. O adolescente pode afirmar que "a maconha é uma erva natural" ou que "para quando quiser".
- Contemplação (ou ponderação) – ocorre quando há a ambivalência. O adolescente sabe que tem um problema, mas está na dúvida se quer ou não parar. Ouve-se algo como: "Estou vendo que, se continuar usando drogas, vou ser reprovado na escola, mas não queria deixar de me divertir com meus amigos".
- Determinação – estágio curto, em que há a decisão pela mudança, mas ainda nada foi feito efetivamente para mudar. É o momento em que o adolescente nos diz no consultório: "Decidi: quero parar de usar drogas!".
- Ação – quando já é feito algo concreto para mudar, como tentar não usar a droga ou buscar um tratamento psicoterápico. O adolescente decide "ficar um pouco em casa com a família" e "dar um tempo sem sair com aqueles amigos que fumam maconha".
- Manutenção – estágio em que já ocorreu a mudança e se pretende prevenir a recaída.

Na TCC, a recaída é considerada a volta ao padrão de uso anterior da droga, o retorno do descontrole, diferente de lapso, entendido como um "escorregão" (p.ex., tomar uma cerveja em uma festa e depois parar novamente de beber). Não se reforça que ocorram lapsos, mas se procura não catastrofizar esses comportamentos, pois isso causaria culpa e entraria em ação o mecanismo "tudo ou nada" chamado pelos adolescentes denominam de "ralado, ralado e meio": como pensam que está tudo perdido, é conveniente aproveitar um pouco mais.

Voltando à entrevista motivacional, Miller, ao delinear sua abordagem psicoterápica, utilizou o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982) para entender a motivação e resolveu apresentar alguns de seus princípios fundamentais (Miller e Rollnick, 2001):

- *Feedback* – O terapeuta faz uma anamnese completa, solicitando também exames clínicos, e aplica os inventários Beck de ansiedade, de depressão, de desesperança e de risco de suicídio (Cunha, 2001), testes neuropsicológicos, como o *screening* cognitivo do WISC (ou WAIS, dependendo da idade do adolescente), composto pelos subtestes: cubos, símbolos, vocabulário, armar objetos e completar figuras (Argimon, 1997) e questionários específicos quanto ao uso de substâncias psicoativas, como aqueles para avaliar a gravidade da dependência, a motivação para mudança, a fissura (desejo por usar a droga), etc. Também deve ser avaliada a presença de comorbidades psiquiátricas, já que essa condição é bastante prevalente (chegando a 80% em alguns estudos) e agrava a questão da dependência química (Clark e Bukstein, 1998). Em outra oportunidade, será feita a devolução dos resultados como forma de motivar a interrupção do uso da droga. São esclarecidos ao adolescente o motivo de cada teste e seu resultado, aprofundando o quanto as alterações observadas podem (ou não) estar relacionadas ao uso das substâncias psicoa-

tivas. É interessante oferecer material de leitura (biblioterapia) referente aos efeitos da droga de que ele faz uso e as possíveis implicações clínicas e psicológicas. No caso de adolescentes, deve haver um cuidado especial: se o jovem chegar ao tratamento muito desmotivado e negativista, pode "sabotar" a testagem, respondendo às questões de qualquer jeito a fim de se "ver livre" do processo. O terapeuta tem, nesses casos, de mostrar ao adolescente que, "já que os pais estão insistido que a droga o está atrapalhando, seria interessante, até para tranquilizá-los, provar o contrário, o que seria mais fácil com uma testagem". Se essa tentativa não obtiver sucesso, é melhor limitar, em um primeiro momento, o *feedback* aos dados coletados na anamnese com o adolescente e com os pais. Lembre-se de que, no tratamento psicoterápico, o vínculo deve vir em primeiro lugar.

- Responsabilidade – A responsabilidade nessa abordagem é do cliente. Ele é quem deve decidir a respeito de parar com o uso de drogas, sendo o terapeuta apenas um intermediário que tentará persuadi-lo. É claro que em casos de risco de morte do adolescente ou de outros, ou em circunstâncias em que o juízo crítico estiver muito prejudicado, às vezes, será necessário recorrer a uma abordagem mais agressiva, como, por exemplo, uma internação psiquiátrica compulsória.
- Aconselhamento – O terapeuta é muito mais participativo, dando, em alguns casos, conselhos claros a respeito de algum tópico abordado no tratamento.
- Menu – Será oferecido ao cliente um leque de opções de tratamento (p.ex., internação, grupos de autoajuda, psicoterapia individual, fazenda terapêutica, etc.), bem como de estratégias ou de objetivos de tratamento.
- Empatia – O terapeuta deve se colocar no lugar do paciente e entender o quanto é difícil interromper o uso de uma droga, fazendo com que este último se sinta à vontade para falar sobre suas dificuldades relacionadas a seu comportamento.
- Autoeficácia – Deve-se aumentar a confiança do cliente (autoeficácia) quanto à própria capacidade de lidar com as diversas situações de vida sem que seja necessário o uso da droga.

A entrevista motivacional se divide em Fase 1, que é a da motivação para mudança – quando o adolescente ainda não decidiu se quer ou não interromper o uso da droga – e em Fase 2, que é a de fortalecimento da mudança e da construção de um plano de ação – quando já houve a decisão de mudar o comportamento dependente. Em ambas devem ser usados os princípios já explicados neste capítulo (Miller e Rollnick, 2001).

FASE 1

É a fase em que será dado o *feedback* dos resultados da avaliação e será aplicada a balança decisória, técnica na qual o jovem vai ter a possibilidade de refletir a respeito de seu uso de drogas, a respeito das vantagens e desvantagens obtidas com esse comportamento (Miller e Rollnick, 2001). Essa balança deve ser feita para cada substância psicoativa em separado. Segue um exemplo de balança e sua aplicação com João, o adolescente dependente de maconha:

– João, seus pais acham que a maconha só atrapalha a sua vida, mas você não concorda muito com isso...
– É, eu não paro muito para pensar nesse assunto...
– Tem uma técnica bem interessante que serve para ajudar a "pensar nesse assunto", para que *você* possa tirar uma conclusão quanto aos prejuízos e benefícios que a maconha traz.
– Como seria isso?
– Bem, temos aqui um quadro no qual vamos escrever as vantagens e as desvantagens em usar e em parar de usar a maconha... Gostaria de preencher?
– Pode ser.

Balança decisória de João

Vantagens em usar maconha
- Amizades.
- Eu relaxo!
- Esqueço meus problemas.
- Não vou ser diferente dos outros da minha idade!

Desvantagens em usar maconha
- Meus pais me incomodam.
- Dizem que faz mal à saúde.
- Não tenho tanta vontade de ir à aula.
- Não estudo para as provas.
- Dizem que a maconha deixa as pessoas burras.

Vantagens em parar de usar maconha
- Meus pais não me incomodariam mais.
- Talvez minhas notas melhorem, e eu não reprovaria no colégio.
- Meus pais confiariam mais em mim, e eu voltaria a ganhar minha mesada e a juntar dinheiro.

Desvantagens em parar de usar maconha
- Meus amigos me achariam um *nerd*, careta.
- Perderia meus amigos.
- Teria que fazer outras coisas para relaxar e esquecer meus problemas...

– Que conclusão você chega olhando essa balança?
– Sei lá, acho que há vantagens e desvantagens...
– Você tem razão Aqui teriam motivos para parar e para continuar a usar maconha...
– É, fiquei na mesma!
– Mas tem um outro jeito: podemos dar pontos de importância para tentar descobrir para que lado essa balança pesa mais.
– Como seria?
– Vamos começar aqui pelas vantagens de usar maconha. Você colocou aqui "amizades". O quanto são importantes essas amizades para você de 0 a 10, sendo 0 nada importante e 10 muito importante.
– Ah! Seria 10!
– Então vamos completar aqui na balança.

O terapeuta repetirá a operação com as outras vantagens e desvantagens e fará um somatório no final, como no exemplo a seguir, conforme o modelo de Beck e colaboradores (1993).

Balança decisória de João com notas de importância

Vantagens em usar maconha
- Amizades. 10
- Eu relaxo! 8
- Esqueço meus problemas. 7
- Não vou ser diferente dos outros da minha idade! 9

TOTAL: 34 pontos

Desvantagens em usar maconha
- Meus pais me incomodam. 10
- Dizem que faz mal à saúde. 7
- Não tenho tanta vontade de ir à aula. 8
- Não estudo para as provas. 8
- Dizem que a maconha deixa as pessoas burras. 5

TOTAL: 38 pontos

Vantagens em parar de usar maconha
- Meus pais não me incomodariam mais. 10
- Talvez minhas notas melhorem, e eu não reprovaria no colégio. 10
- Meus pais confiariam mais em mim, e eu voltaria a ganhar minha mesada e a juntar dinheiro. 10

TOTAL: 30 pontos

Desvantagens em parar de usar maconha
- Meus amigos me achariam um *nerd*, careta. 10
- Perderia meus amigos. 10
- Teria que fazer outras coisas para relaxar e esquecer meus problemas... 5

TOTAL: 25 pontos

– E agora, o que acha da balança?

– Pelo que parece, tenho mais vantagens em parar de usar...
– Você parece estar surpreso com o resultado...

FASE 2

Quando o adolescente estiver mais de acordo com a ideia de que o uso de drogas não está lhe sendo tão vantajoso e decide mudar, interrompendo-o, o terapeuta trabalhará no sentido de montar um plano de mudança. Nessa etapa, o adolescente começa a fazer menos perguntas a respeito do uso das substâncias e mais a respeito de como será sua vida sem drogas ou o que ele precisará fazer para que isso aconteça (Miller e Rollnick, 2001).

Segue a montagem do plano de mudança de João.

– Bem, João. Você parece estar decidido a parar de usar maconha.
– É, agora pensando junto com você no tratamento, estou achando que não parar de usar maconha vai me trazer muitos problemas: se eu tiver que repetir de ano, vai ser muito pior, aí sim vou perder meus amigos...
– Se é essa sua escolha, podemos montar um plano para a mudança. O que acha?
– Pode ser legal.
– Vamos preencher juntos esta folha e pense em como parar de usar maconha.

PLANO DE MUDANÇA DE JOÃO

- **As mudanças são:** vou parar de ir à pracinha fumar maconha depois das aulas, vou parar de "matar" aula e vou pedir para meus pais pagarem uma professora particular de matemática. Vou pedir à Márcia, minha amiga que não gosta de drogas, que me ajude nos estudos. Vou ter um papo sério com meus amigos para que não me ofereçam mais maconha. Vou voltar a almoçar com meus pais no fim de semana. Vou me inscrever na academia: quando eu fazia musculação, não gostava de usar maconha.
- **As razões mais importantes para mudar são:** minha família, dinheiro (voltar a receber a minha mesada) e não querer repetir de ano no colégio.
- **Os passos mais importantes são:** parar de andar com o Paulo e com o Alex quando eles vão fumar. Parar de usar maconha e não ficar enrolando. Voltar a estudar e me dedicar ao colégio. Continuar a fazer o tratamento.
- Como as outras pessoas podem ajudar ?

Pessoas	Como podem ajudar	Telefone de contato
Terapeuta	No tratamento	xxxx xxxx
Mãe	Tendo paciência e conversando	xxxx xxxx
Pai	Tendo paciência	xxxx xxxx
Irmão	Dando conselhos	xxxx xxxx
Márcia	Nos estudos e se tiver fissura	xxxx xxxx

- **Como vou saber se meus planos estão funcionando?** Vou continuar "de cara limpa" (sem usar maconha), as brigas em casa comigo por causa da maconha vão parar, minhas notas vão melhorar.
- **O que pode interferir em meus planos?** Paulo e Alex. Eles podem ficar me convidando e dizendo que virei *nerd*, careta. Mas se eles são mesmo meus amigos, vão ter que aceitar a minha decisão.

DICA:

O objetivo da entrevista motivacional é o *adolescente* acreditar que as drogas lhe fazem mal. Assim, explore com ele na balança decisória as desvantagens que ele percebe no uso dessas substâncias.

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE BECK

De acordo com a terapia cognitivo-comportamental (Beck et al., 1993), o que importa é a forma como se entende as diver-

sas situações impostas pela vida e não as situações em si. Assim, diferentes pessoas podem ver um mesmo evento e suas consequências de formas muito diversas, sendo uma, por exemplo, extremamente pessimista e outra, ao contrário, bastante esperançosa.

Um jeito mais didático de aprender o que isso significa e de psicoeducar os adolescentes quanto ao tratamento é comparar esse modo particular de enxergar os fatos como uma espécie de óculos que ganhamos quando nascemos... Esses óculos têm uma cor característica decorrente de aspectos genéticos/biológicos (nossas tendências inatas, nosso temperamento), mas, no decorrer dos anos, ele vai ficando mais embaçado ou mesmo arranhado devido às vivências com pais, professores, amigos e sociedade em geral. Por exemplo: alguém nasce com uma "tendência" genética para a depressão (com uns óculos mais acinzentados) e, no contato com pais e amigos, sempre lhe foi dito que ele "não era capaz de fazer as coisas direito". Isso pode arranhar sua lente acinzentada, fazendo com que tenha uma crença de que é incapaz. O sujeito, quando vai fazer vestibular, começa a ter dificuldade, não conseguindo ingressar na universidade; sua lente (que já era cinzenta e arranhada) lhe "diz" que essa situação é impossível de ser superada e que ele deve desistir de tudo, ficando muito deprimido e isolado. Sua crença de incapacidade está lhe afirmando isso! Portanto, as lentes pelas quais esse jovem deprimido vê a realidade são distorcidas pela depressão, da mesma forma que um ansioso vai encarar a vida com lentes distorcidas pela ansiedade, e assim por diante (Araujo, Pedroso e Castro, 2008).

A meta da TCC é tornar as lentes dos pacientes mais transparentes, para que os fenômenos possam ser vistos sem distorções de *pensamentos*, já que estas distorções desencadeiam *emoções* e *comportamentos* (Stallard, 2004). No exemplo dado, o indivíduo, por pensar que sua vida não terá jeito e que nunca vai passar no vestibular, se sente triste e começa a usar drogas para esquecer de seus problemas e se sentir melhor (Araujo, Pedroso e Castro, 2008).

Na terapia, procura-se ensinar o paciente a reconhecer as cognições (pensamentos) de conotações negativas e as conexões entre cognição, afeto e comportamento, bem como substituir cognições distorcidas por interpretações mais orientadas para a realidade. Três conceitos são importantes para entendermos a TCC no caso do tratamento de dependentes químicos: pensamentos automáticos, crenças centrais e crenças adictivas (Araujo, Pedroso e Castro, 2008).

Pensamentos automáticos

Os pensamentos automáticos funcionam como um telegrama ou torpedo de celular, rápido e resumido (Beck, 1997; Araujo, Pedroso e Castro, 2008). Ele é o "que pula" quando nos deparamos com alguma situação. Por exemplo, "Agora eu mereceria um cigarro". O indivíduo não estava pensando nisso, mas, de repente, ele vem à mente, sem pedir licença.

Crenças centrais

As crenças centrais são regras inflexíveis e hipergeneralizáveis que regem a vida do indivíduo e determinam a maneira de ele entender o mundo. É aquilo no que o sujeito acredita com veemência, independente do momento ou da situação (Beck, 1997; Araujo, Pedroso e Castro, 2008). Naquele exemplo do jovem que não consegue passar no vestibular, ele tem crenças de que "é um fracassado" e de que "é incapaz", ideias que vão aparecer mesmo se ele passar em primeiro lugar no vestibular para Medicina em uma universidade federal! Temos crenças centrais negativas, como se mostrou nesse exemplo, ou relativamente positivas, como "Sou gentil", porém, quando se está com alguma doença psicológica, só se consegue lembrar as negativas.

Crenças adictivas

As crenças adictivas são, segundo Beck e colaboradores (1993), as regras que temos re-

lacionadas ao uso de drogas. Mesmo quem não é dependente químico tem algumas crenças desse tipo, como "A maconha relaxa", "Quem não usa maconha é careta" ou "Se não fumar maconha vou perder meus amigos".

Alguns tipos de crenças adictivas, segundo Beck e colaboradores (1993), são:

- **Crença antecipatória:** "romantiza" o uso da droga, antecipando a gratificação: "vou me divertir mais, aproveitar mais, se fumar meu baseado...".
- **Crença de alívio:** indica que, para aguentar as dificuldades da vida, só mesmo usando drogas. O uso de drogas para relaxar ou para esquecer faz parte desse grupo.
- **Crença permissiva:** de acordo com ela, o adolescente pensa que "só hoje, só um gole, só um baseado não fará mal".
- **Crença de controle:** deve-se estimulá-las para que possam ser utilizadas pelo jovem para combater (controlar) as demais crenças adictivas. São aquelas que desestimulam o uso das substâncias psicoativas. Um exemplo de crença de controle seria: "Quando uso drogas me sinto mal e culpado".

De acordo com o modelo de Beck e colaboradores (1993), um jovem pode ter algum estímulo que o leve a usar drogas, que pode ser interno (estar muito ansioso com o vestibular) ou externo (os amigos o convidam para fumar maconha), e isto vai ativar suas crenças centrais ("Sou um fraco") e adictivas ("A droga vai fazer com que eu me sinta melhor!") que, por sua vez, vão se manifestar pelo seguinte pensamento automático: "Eu preciso de um baseado!". Isso vai gerar *craving* (fissura, desejo pela droga), e entrarão em ação as crenças facilitadoras ("Só hoje não terá problema"), o que vai levar o jovem a montar uma estratégia para conseguir a droga ("Vou procurar o Paulo!"), o que levará ao uso continuado ou à recaída.

Assim, após o adolescente ter "passado" pela entrevista motivacional, é importante avaliar suas crenças a respeito de si, do mundo, do futuro e a respeito das drogas, bem como analisar sua fissura, o que inclui as situações e os pensamentos que a desencadeiam.

Um instrumento interessante para ser usado é o registro da fissura (Beck et al., 1993). A seguir, uma parte do registro de João.

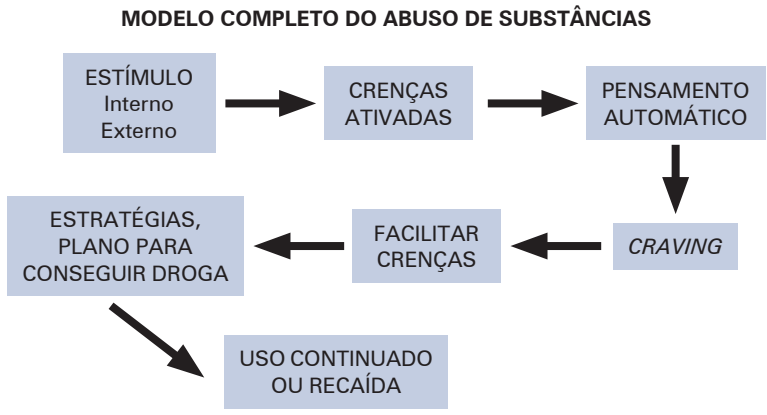


Figura 16.1
Modelo completo do abuso de substâncias
Fonte: Beck e colaboradores (1993)

REGISTRO DA FISSURA DE JOÃO

DIA/HORA	SITUAÇÃO	PENSAMENTO	EMOÇÃO	AÇÃO	FISSURA 0-10
22/11 12:00	**Depois do almoço**	**Mereço um baseado**	**Ansiedade**	**Fumei**	**10**

Figura 16.2
Registro da fissura de João

O registro funcionará como uma espécie de raio X da fissura, pois através dele descobre-se se o jovem tem dias ou horários de risco (p.ex., sexta-feira é o dia de João ir ao curso de inglês; ele é colega de Alex, que fuma maconha e convida-o para fumar), quais são as situações de risco para usar a droga (tem vontade de fumar quando está triste ou quando vai a determinados lugares), quais são seus pensamentos e suas crenças, o que ele sente, se ele tem alguma estratégia para não usar a droga (ou a quantidade que ele está usando) e o quanto está forte sua fissura. A partir dessas informações, é possível montar estratégias para o adolescente não usar a droga.

Quando o paciente estiver acostumado com o registro, cria-se uma última coluna com a resposta racional ao pensamento (Beck et al., 1993), a qual se chama "resposta esperta": é como se fosse uma contestação ao pensamento e à crença que há por trás dele. Por exemplo, ao pensamento "Mereço um baseado", uma resposta "esperta" (racional) seria: "Eu não mereço ser reprovado no colégio". Se o jovem teve o pensamento "Sou um burro, nunca vou passar no vestibular!", a resposta esperta seria "Isso não é verdade! Quando eu não fumava maconha eu ia muito bem no colégio! Posso voltar a ir bem e passar no vestibular!"

É importante avaliar quais as crenças que o adolescente tem em relação às drogas que usa. Existem escalas que servem para isso e, a seguir, há um material adaptado que pode ser utilizado com os adolescentes (Araujo, 2007).

Questionário das crenças de João quanto ao uso de maconha

A maconha é: uma droga que muita gente usa e que não faz tão mal à saúde.

Quando fumo maconha fico: relaxado e esqueço os problemas.

Eu fumo maconha para: relaxar, esquecer os problemas e me divertir com meus amigos.

Quem fuma maconha é: legal.

Quem não fuma maconha é: careta, *nerd*.

Se eu fumar maconha para o resto da vida vou: ter que parar de estudar e vou ser pobre.

Se eu parar de fumar maconha: meus pais vão voltar a me dar mesada, vão parar de brigar comigo e posso passar de ano no colégio.

A maconha ajuda a: relaxar e esquecer.

REGISTRO DA FISSURA DE JOÃO

DIA/HORA	SITUAÇÃO	PENSAMENTO	EMOÇÃO	AÇÃO	FISSURA 0-10	RESPOSTA "ESPERTA"
22/11 12:00	**Depois do almoço**	**Mereço um baseado**	**Ansiedade**	**Fumei**	**10**	**Eu não mereço ser reprovado no colégio.**

Figura 16.3
Registro da fissura de João

A maconha atrapalha quando: começo a "matar" aula e vou mal nas provas.

Observe que, nesse questionário, aparecem várias crenças de João quanto à maconha, como: "A maconha relaxa", "A maconha faz esquecer os problemas", "Quem fuma maconha é legal", "Quem usa maconha por muito tempo não progride na vida". Abordar essas questões é muito importante para que João consiga de fato interromper o uso da maconha (Pedroso et al., 2004).

Tome-se como exemplo a crença "Quem fuma maconha é legal" para usar uma técnica desconstrutiva visando diminuir sua valência (Friedberg e McClure, 2004):

- Você acha que quem fuma maconha é legal?
- Com certeza!
- O quanto você acredita nisso, de 0 a 100%?
- Uns 90%, sempre tem as exceções…
- Você conhece muitas pessoas legais?
- Acho que sim.
- Gostaria de conhecer melhor seu gosto… Vamos desenhar aqui uma linha que vai do 0 (nada legal) ao 10 (muito legal). Vamos chamá-la de "Termômetro do legal".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

– Está bem. E aí?
– Que amigo você colocaria na posição 10 (muito legal)?
– Sei lá, acho que a Márcia... Ela ajuda todo mundo... Ela quem está me dando uma força com matemática.
– E quem você colocaria na posição 0 (nada legal)?
– Ah! Essa eu não sei! Ah! Tem um colega que está sempre rindo da cara dos outros. Ele se chama Gustavo.
– E os seus melhores amigos?
– O Paulo, eu colocaria na posição 8; o Alex na 7; o Júnior na 6 e a Tati na 8 também.
– E você? Em que posição se colocaria?
– Aí os outros é que podem dizer, mas acho que sou uns 7 ou 8...
– Aqui aparecem vários amigos, uns mais legais e outros menos. Quais deles fumam maconha?
– Ah! É aí que você quer chegar? Desses aí, o Gustavo, o Paulo e o Alex são os que usam. A Tati experimentou, mas não gostou muito. O Gustavo usa também outras drogas...
– E a Márcia, que foi a nota 10?
– Ela não curte droga nenhuma.
– Por esse termômetro, não podemos dizer que quem fuma maconha é legal...

– É, acho que não...
– Se você não fumasse maconha sua nota seria pior?
– É claro que não!
– O que seria preciso para sua nota aumentar?

DICA:
Tente entender qual a visão que o adolescente tem *de si, do mundo, do futuro e das drogas* que utiliza. Diminua a força das crenças que forem disfuncionais!

– Eu não rir dos meus colegas que perguntam em aula. Mas isso não é por mal, às vezes fumo um antes da aula e fico rindo de qualquer coisa.
– Então a maconha deixa você menos legal...

PREVENÇÃO DE RECAÍDA E TREINAMENTO DE HABILIDADES

O terapeuta, além de trabalhar as crenças dos adolescentes, deve avaliar as situações de risco de recaída e promover modificações em seus estilos de vida. Uma das formas de avaliar as situações de risco é, como já citado, solicitar o preenchimento do registro da fissura e outra é aplicar algum questionário como o apresentado por Knapp (1997). Segue um questionário resumido adaptado para adolescentes por Araujo (2008) a fim de avaliar as situações de risco de recaída e como seria sua aplicação em João.

Sirene de Perigo

Marque um X nas situações que você acha perigosas para voltar a usar a droga.

( ) Ser convidado por amigos para usar.
( ) Ir a festas.
( ) Ir a alguns lugares onde usava a droga, como parques, praças ou bares.
( ) Ter dinheiro no bolso.
( ) Não ter nada para fazer.
( ) Sentir-se triste.
( ) Sentir-se feliz demais.
( ) Sentir-se ansioso, tenso ou preocupado.
( ) Sentir-se com vergonha.
( ) Sentir-se entediado.
( ) Pular Carnaval.
( ) Ser final de semana.
( ) Estar de férias.
( ) Viajar.
( ) Ter que se aproximar de uma menina ou menino em uma festa.
( ) Ir mal no colégio.
( ) Presenciar brigas entre os pais ou familiares.
( ) Estar doente.
( ) Ter que apresentar um trabalho em aula.
( ) Ser reprovado no colégio.
( ) Ser chamado a atenção por professor ou outra autoridade.
( ) Levar um fora de quem gosta.
( ) Brigar com colegas.
( ) Ser o único que não está namorando.
( ) "Falhar" no sexo.
( ) Seu time jogar mal.
( ) Ser sempre o último a ser escolhido na hora de formar times na educação física.
( ) Estar com problemas para dormir.
( ) Sua (seu) namorada (a) usa drogas.
( ) Seu familiar usa drogas.
( ) Ficar sozinho.
( ) Ficar com raiva.
( ) Estar apaixonado.
( ) Praticar esportes ou ir a academia.
( ) Morrer alguém de quem gosta.
( ) Ir a *shows*.
( ) Ir a partidas de futebol.
( ) Estar com fissura (desejo de usar).
( ) Outras (escrever aqui se lembrar de outras situações).

– João, eu trouxe aqui um questionário que se chama "Sirene de perigo". Ele serve para avaliar quais as situações de risco de recaída no uso da maconha. É uma forma de não ser pego de surpresa. Ele é mesmo como uma sirene, vai apitar se alguma situação for perigosa.
– Legal!
– Então, marque as situações que você considera perigosas agora que recém parou de fumar maconha.
– Eu marquei estas: Ser convidado por amigos para usar; Ir a festas; Ir a alguns lugares

onde usava a droga, como parques, praças ou bares; Não ter nada para fazer; Sentir-se triste; Ser final de semana e Estar com fissura.
– Você não consegue lembrar nenhuma outra situação de risco?
– Acho que não...
– Bem, agora que sabemos quais são as situações que devemos cuidar, podemos montar estratégias para enfrentá-las. Quanto mais estratégias tivermos "na manga" para lidarmos com uma mesma situação, mais chance teremos de sucesso.
– Como assim?
– Sei que você gosta de jogar futebol... Quando vai para um "jogo", é melhor ir com uma única jogada ensaiada ou ensaiar várias delas?
– É melhor ensaiar várias delas! Senão, fica fácil o adversário marcar meu time!
– Pois é, com as situações de risco para uso de drogas é igual. Vamos montar um quadro com as situações de risco e as estratégias de enfrentamento?

Terapeuta e paciente montam juntos o planejamento, como no Quadro 15.5. Para algumas situações de risco, pode-se montar, na sessão, um *role play*, quando então serão dramatizadas as situações e as estratégias de enfrentamento para evitar a recaída (Monti e Rosehnow, 1999).

DICA:
Investigue que situações de risco seu paciente tem e que estratégias podem ser utilizadas para enfrentá-las. Quanto mais estratégias elaborar em conjunto com o adolescente, mais chance ele terá de ser bem-sucedido na prevenção da recaída.

É importante não haver catastrofização se ocorrer uma recaída. Deve-se explicar ao jovem que não é por que ele usou uma vez que o tratamento voltou à estaca zero! É como aprender a andar de bicicleta: se cair, levanta!

O ideal é fugir das situações de risco ou treinar uma habilidade para enfrentá-las, pois ter uma resposta de enfrentamen-

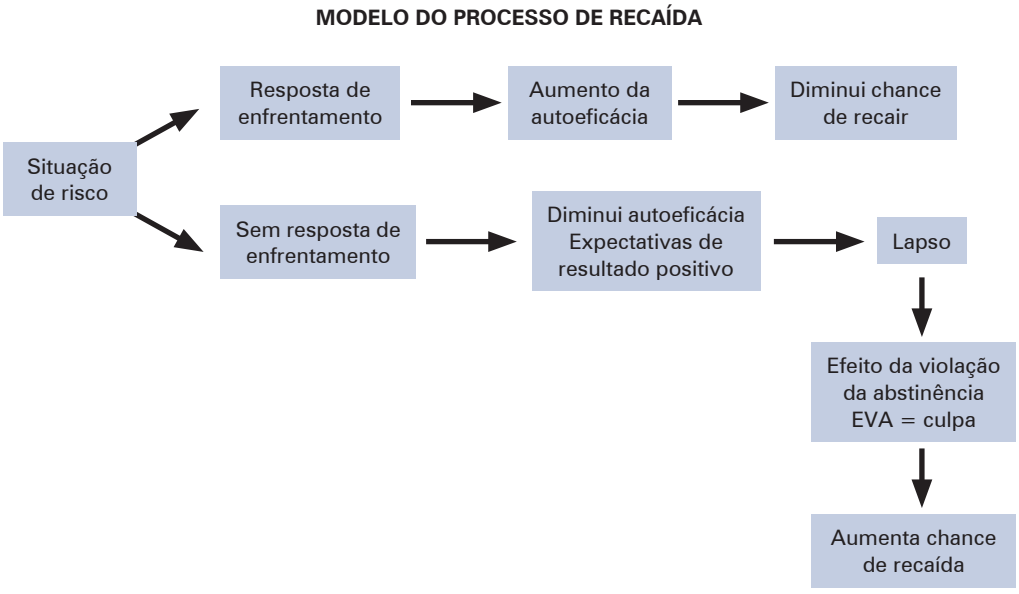


Figura 16.4
Modelo do processo de recaída
Fonte: Marlatt e Gordon (1993).

to aumenta a autoeficácia do jovem, ou seja, aumenta a crença que o indivíduo tem na própria capacidade de lidar com as diversas situações da vida sem precisar do uso da droga. No entanto, caso haja um lapso, este, como já salientado, não pode ser catastrofizado, já que o efeito da violação da abstinência gera culpa e um mecanismo "tudo ou nada" que aumenta a chance do lapso se transformar em uma recaída (Marlatt e Gordon, 1993).

RPG desafios – Treino de habilidades para prevenção e tratamento do uso de drogas na adolescência (Araujo, 2009)

O *role playing game* (RPG) Desafios é um jogo de cartas fundamentado na TCC com o objetivo de treinar habilidades de adolescentes para enfrentar as situações de risco para o uso de substâncias psicoativas, como não conseguir namorado, ir mal na escola, etc. Além disso, pretende corrigir crenças distorcidas relacionadas ao efeito das drogas. É útil na prevenção e no tratamento do uso de substâncias, sendo validado com adolescentes internados devido à dependência de *crack* e alunos do Ensino Médio (Araujo, 2009).

O jogo é composto pelas seguintes cartas:

1. **Personagens** adolescentes, com diferentes perfis (o *Nerd*, o Surfista, a Gorda, etc.), que tem pontos em Coragem, Inteligência, Saúde, Força, Charme e Simpatia.
2. **Desafios** como "Ser colocado na lista dos 10 mais ridículos da turma".
3. **Estratégias simples** como: "Fazer relaxamento respiratório" e **estratégias perigosas**: **poções mágicas** que simbolizam substâncias psicoativas (Ligol, Charmix, Dormepina, Lembrazepam e Viajolim).

QUADRO 16.1
Situações de risco com as estratégias de defesa de João

SITUAÇÕES DE RISCO	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO
Ser convidado por amigos para usar.	Dizer que parei de usar, pois ia ser reprovado no colégio; pedir para não me oferecerem mais; pedir que me respeitem.
Ir a festas.	No início é melhor evitar, mas se eu tiver uma festa muito boa, vou convidar a Márcia para ir comigo.
Ir a alguns lugares onde usava a droga, como parques, praças ou bares.	Não posso ficar na pracinha com o pessoal quando eles tiverem fumando, posso chegar um pouco depois, porque eles só queimam um "baseado".
Não ter nada para fazer.	Vou ter que arrumar algo para fazer, combinar com a família, com a Márcia ou com o Jaime.
Sentir-se triste.	Vou conversar com um amigo ou com meu irmão.
Ser final de semana.	Vou montar um cronograma com o material em anexo no livro.
Estar com fissura.	Tentar me distrair, fazer alguma coisa, ler, ver televisão, imaginar algo positivo por parar de usar maconha ou negativo por continuar usando.

4. **Prêmios** com diferentes valores (Ipod, diploma).

No jogo, após escolher um *personagem*, pega-se de um monte de cartas previamente embaralhadas um *desafio* e, de outro monte, uma *estratégia*. Cada *desafio* requer pontos nos itens coragem, inteligência, saúde, força, charme e simpatia, e a *estratégia* pega, se adequada para enfrentar o *desafio*, dará bônus de pontos nesses mesmos itens para que o *personagem* com seu perfil de pontos enfrente o *desafio*. Se a *estratégia* não servir para o *desafio*, o *personagem* só utilizará seus pontos originais.

As poções mágicas (que simbolizam as drogas) dão pontos em alguns itens, porém tiram em outros, o que serve para modificar a crença do jovem de que o uso de uma substância psicoativa pode ser uma boa estratégia para enfrentar seus problemas.

Se a pontuação dos itens do *personagem* for maior que a do *desafio* em quatro dos itens do perfil, ele ganha pontos; senão, perde. Também podem ser criadas novas *estratégias* valendo pontos. Os participantes trocarão seus pontos por prêmios, vencendo o jogo quem tem mais pontos no final.

O jogo tem cartas em branco de *personagens*, *desafios* e *estratégias* que podem ser criadas a partir das metas de tratamento (Araujo, 2009).

Como se vê, é uma forma mais fácil e divertida de trazer para as consultas o tema do uso de drogas, sendo um instrumento terapêutico interessante para quem trabalha com adolescentes dependentes químicos.

Manejo da fissura

O tema da fissura é tão importante que merece um capítulo a parte.

A fissura dura, em média, alguns minutos, por isso se o adolescente conseguir se distrair, desfocar sua atenção por algum tempo, será mais fácil vencê-la. A seguir são sugeridas algumas técnicas para controlar a fissura (Araujo et al., 2008).

Relaxamento respiratório ou diafragmático

Essa é uma técnica bem simples, que pode ser feita em qualquer lugar. Explique ao adolescente:

Quando se tem fissura, se fica ansioso, e o coração bate mais rápido. O nosso coração trabalha "em dupla" com a respiração, ou seja, sempre que o coração dispara, a respiração também dispara! É só lembrar quando você corre para entender como funciona... Seu coração dispara, e sua respiração fica ofegante. Assim, para vencer a fissura, a gente pode enganar o coração, respirando mais devagar, o que vai diminuir a ansiedade e, assim, a fissura.

1. Comece contando suas respirações: inspire totalizando três segundos, segure o ar contando até três e expire, contando até seis.
2. Apenas respire devagar, leve e facilmente.
3. Puxe o ar com os músculos do abdome (da barriga), empurrando-o para fora enquanto você inspira e contraindo-o para dentro ao expirar. Imagine que sua barriga é um balão e, quando você coloca o ar para dentro, a barriga infla.
4. Esse exercício deve ser praticado regularmente. Não deixe para praticá-lo quando estiver muito ansioso, pois você não o executará de forma correta. Afinal não é na hora do incêndio que devemos aprender a usar o extintor (Castro, 2002).

Técnicas de distração

O objetivo é tirar a atenção da fissura e colocar em qualquer outra atividade, como na leitura de um livro, em um banho de 20 minutos, na contagem do número de tijolos

da parede, na observação da cor das roupas dos colegas de aula e no que mais o adolescente criar.

Substituição por imagem positiva

Imaginar algo de maravilhoso que só ocorrerá se o jovem parar de usar a droga pode ser muito útil. No caso de João, ele pode se imaginar sendo aprovado no colégio ou tendo uma melhor relação com os pais.

Substituição por imagem negativa

Imaginar algo ruim que ocorre por causa do uso de drogas também pode ajudar. João poderia pensar nas enormes brigas que tem com os pais devido ao uso de maconha.

DICA:
A fissura nunca deve ser subestimada, pois pode aparecer mesmo após um longo período em abstinência. Treine com seu paciente nas consultas o máximo de técnicas possíveis para manejar a fissura e não desvalorize as técnicas elaboradas por ele.

Cartões *flash* (ou cartões de enfrentamento)

São cartões feitos de cartolina, que o adolescente pode levar no bolso ou na bolsa, e que mostram frases de impacto quanto ao uso de drogas: "A fissura passa! Aguente firme!"; "Você não quer ser reprovado no colégio! Resista!" ou "Dias de Vitória" com os dias sem usar droga. Sugere-se desenhar algo ou colar fotos, ou ainda escrever as táticas para o manejo de fissura.

Manejo de contingência

Este é um modelo de tratamento proposto por Kamon, Budney e Stanger (2005), dividido em quatro etapas:

1. avaliação do adolescente e dos pais em sessões separadas e conjuntas;
2. uso de *screening* toxicológico, que é um exame de urina, para monitorar se o jovem fez uso da droga nos últimos dias;
3. entrega de "vales" aos adolescentes pelo tempo em abstinência que podem ser trocados por "prêmios" como entradas para o cinema, teatro, passeios, etc.;
4. atendimento dos familiares para dar-lhes suporte, sendo também fornecidos "vales" para os que conseguem manter as combinações.

DICA:
Utilize o manejo de contingência para engajar os pais no tratamento e para monitorar a abstinência do adolescente de uma forma mais "motivacional".

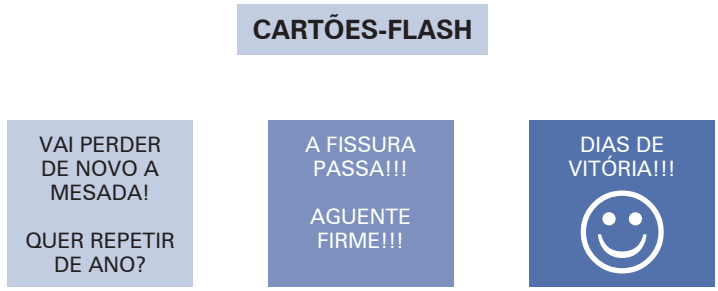


Figura 16.5
Exemplos dos cartões *flash* de João

Mudança de estilo de vida

A interrupção do uso de uma substância psicoativa é, na verdade, um primeiro passo, sendo necessário que haja uma mudança no estilo de vida do jovem para que abstinência seja mantida e para que haja uma melhora em sua qualidade de vida (Marlatt e Gordon, 1993; Knapp, 1997). Assim, o terapeuta deve trabalhar com os pacientes para que haja a mudança, pensar a respeito das metas/sonhos dos adolescentes pode ajudar no processo, como é demonstrado a seguir.

– João, vejo o quanto você está disposto a parar de fumar maconha...
– É, não quero continuar brigando com meus pais nem repetir o ano no colégio.
– Então poderíamos dizer que passar de ano e melhorar sua relação com seus pais são suas metas a curto prazo.
– Com certeza! A curto prazo também quero comprar um celular com minha mesada que já voltei a receber.
– E a médio e longo prazo?
– A médio prazo, quero passar as férias com meus pais na praia e levar um amigo junto e emagrecer. A longo prazo, quero passar no vestibular e estudar no exterior.
– Que mudanças em seu estilo de vida você acha importante para que realize essas metas?
– Vou ter que continuar sem fumar maconha, mudar de amizades, parar de gastar dinheiro em bobagens. Minha mãe quer que eu volte para o grupo de jovens da igreja, mas não estou querendo... Mas vou voltar a praticar esportes; com a maconha acabei engordando...
– Pelo visto tem muita coisa... O que acha de escrevermos tudo isso nesta ficha para organizarmos melhor seus planos?
– Pode ser.

DICA:

Lembre-se de que o tratamento não dará certo se, com a intenção de promover uma mudança no estilo de vida do jovem, lhe for tirada toda a forma de prazer. Pense, com seu paciente, em alternativas interessantes que podem fazer parte da vida dele.

(O terapeuta pode usar a ficha que se encontra no *site* www.grupoaeditoras.com.br.)

CURSO E PROGNÓSTICO

O curso dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é variável: a maioria dos adolescentes que experimenta uma substância de abuso não se tornará um usuário regular; os adolescentes abusadores com frequência diminuem ou interrompem o uso da droga ainda na própria adolescência ou no início da idade adulta, enquanto aqueles que são dependentes ou têm mais fatores de risco (como fatores genéticos e ambientais, além de presença de comorbidades psiquiátricas) serão mais propensos a preencher posteriormente critérios para dependência (sem período de remissão) de uma ou mais substâncias psicoativas (Jaffe e Simkin, 2002; Jaffe e Solhkhah, 2004).

O tratamento do dependente químico é muito complexo, e os estudos sobre sua efetividade no caso da população de adolescentes devem ser replicados (Marques e Cruz, 2000) por seus resultados não serem conclusivos, tampouco animadores (Hubbard et al., 1985). No caso da população de adultos, os estudos demonstram que tratar é melhor do que não tratar; no entanto, concluem que não há um tratamento considerado mais efetivo (Enrick, 1975).

Alguns fatores contribuem para tornar o tratamento menos efetivo, devendo ser observados pelo profissional que atende o adolescente em psicoterapia: a recaída, o desejo pela droga (a fissura), a fraca adesão às atividades escolares ou profissionais, a falta de momentos de lazer, a dependência de mais de uma substância psicoativa, o início precoce do uso do álcool, as alterações de comportamento e o envolvimento em atos criminosos (Catalano et al., 1991; Fleisch, 1991). A abstinência e a reestruturação do funcionamento escolar, familiar e social são recomendadas como forma de aumentar a

efetividade das intervenções psicoterápicas (National Institute on Drug Abuse, 1995).

RESUMO

- É importante que o tratamento dos adolescentes dependentes químicos e abusadores seja adaptado às suas necessidades.
- A realização do diagnóstico deve ser criteriosa e levar em conta a possibilidade de estarem presentes comorbidades psiquiátricas.
- A etiologia da dependência química é multifatorial: há uma combinação de fatores ambientais, biológicos, psicológicos e sociais.
- A TCC, em muitos casos, deve ser combinada à farmacoterapia.
- A entrevista motivacional é a "porta de entrada" do tratamento e visa motivar o adolescente para interromper o uso de drogas.
- A TCC de Beck tem como objetivo ensinar o paciente a reconhecer os pensamentos, as emoções e os comportamentos associados ao uso de drogas, bem como substituir cognições distorcidas por interpretações orientadas à realidade.
- Investigar as crenças adictivas é essencial no tratamento.
- Na prevenção da recaída, devem ser avaliados os riscos e promovidas modificações no estilo de vida dos adolescentes.
- Treinar habilidades de enfrentamento para lidar com as situações de risco de recaída é uma ferramenta a ser utilizada e o jogo terapêutico RPG Desafios pode ser um instrumento útil.
- Não há como tratar um dependente químico sem treinar as técnicas de manejo de fissura.
- O manejo de contingência servirá como um guia para ajudar os pais no monitoramento dos adolescentes.
- O curso dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas é variável, mas a maioria dos adolescentes que experimenta uma substância de abuso não se tornará um usuário regular da mesma.

REFERÊNCIAS

American Academy of Pediatrics. (1996). *The classification of child and adolescent mental diagnosis in primary care: diagnostic and statistical manual for primary care (DSM-PC) child and adolescent version*. Elk Grove Village, IL.. American Academy of Pediatrics.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4ªedição. DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed.

Araujo, R.B. (2007). *Questionário de crenças relacionadas ao uso de substâncias psicoativas*. (folheto não publicado, distribuído para clientes).

Araujo, R.B. (2008). *Questionário de situações de risco de recaída* (folheto não publicado, distribuído para clientes).

Araujo, R.B., Pedroso, R.S. e Castro, M.G.T. (2008). *Psicoterapia*. In PsicMed-Pesquisa e Informação em Saúde Mental. Disponível em http//www.psicmed.com.br. Acesso em outubro de 2008.

Araujo, R.B., Oliveira, M.S., Pedroso, R.S., Miguel, A.C., Castro, M.G.T. (2008) Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 57(1):57-63.

Araujo, R.B.(2009). *RPG DESAFIOS-Treino de habilidades para prevenção e tratamento do uso de drogas na adolescência*. São Paulo: Vetor Editora.

Argimon, I.I.L. (1997). Avaliação psicológica no dependente do álcool. In Ramos, S.D.P e Bertolote, J.M.. (Org.). *Alcoolismo hoje*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 77-85.

Baker, S. L. (2001). The effect of nicotine and imaginal exposure to anxiety and smoking cues on smoking urge. *Diss Abst Int Pt B Sci & Eng*, 62 (2-B): 1065.

Beck, A.T.; Wright, F.D.; Newman, C.F.; Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York, NY, Gulford Press.

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Bobes, J.; Carreno, J.E.; Gutierrez, C.E.; San Narciso, G.I.; Antuna, M.J.; Diaz, T.; Fernandez, J.J.; Cerceda, A; Alvarez, C.E.; Marina, P.; Garcia-Garcia, M. (2004). Study of effectiveness of craving control with topiramate in patients with substance dependence disorders. *Actas Esp Psiquiatr*, 32 (5): 299-306.

Boyle MH, Offord D, Racine YA, Szatmari P, Fleming JE, Sanford MN. (1996). Identifying thresholds for classifying psychiatric disorder: issues and prospects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;35:1440-8.

Castro, M.G.T. (2002). *Instruções de relaxamento respiratório*. (folheto não publicado distribuído para clientes).

Castro, L.A. & Baltieri, D.A. (2004) Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Rev Bras Psiq*, 26 (supl.): 43-46, 2004.

Catalano, R.F.; Hawkins, J.D.; Wells, E.A.; Miller, J.; Brewer, D. (1991). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *Substance Use & Misuse*, Volume 25, Issue S9-S10, p. 1085 – 1140

Clark, D.B., Bukstein, O.G. (1998) Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health & Research World*, Vol. 22 (2): 117-121.

Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Durcan, M.J.; Deener, G.; White, J.; Johnston, J.A.; Gonzales, D.; Niaura, R.; Rigotti, N.; Sachs, D.P.L. (2002). The effect of Bupropion sustained-release on cigarette craving after smoking cessation. *Clin Ther*, 24 (4): 540-551.

Enrick, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *J Stud Alcohol*; 36:88-108.

Fergusson, D.M.; Lynskey, M.T.; Horwood, L.J.(1994). Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. *Addiction*, 89(8): 1007-16.

Fleisch, B. (1991). *Approaches in the treatment of adolescents with emotional and substance abuse problems*. Washington (DC): DHHS Pub. (ADM) 91-1744. Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.

Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*.Porto Alegre: Artmed.

Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; Fonseca, A.M. & Carlini, E.A. (2004). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Gil, H.L.B.; Mello, D.F.; Ferriani, M.G.C.; Silva, M.A.I. (2008) Opiniões de adolescentes estudantes sobre consumo de drogas: um estudo de caso em Lima, Peru. *Rev Latino-Americana de Enfermagem On line*; Maio-Junho; 16(Especial):

Jaffe, S.L.; Simkin, D.R. (2002), Alcohol and drug abuse in children and adolescents. In *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*, Lewis M, Ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins, p. 895-911

Jaffe, S.L.; Solhkhah, R. (2004), Substance abuse disorders. In *Textbook of child and adolescent psychiatry*, Wiener, J.M. and Dulcan, M.K., eds. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc., pp 795-812

Johnson, B.A.; Roache, J.D.; Bordnick, O.S.; Ait-Daoud, N. (1999). Isradipine, a dihydropyridine-class calcium channel antagonist, attenuates some of demethamphetamine's positive subjective effects: a preliminary study. *Psychopharmacol*, 144 (3): 295-300.

Hubbard, R.L.; Cavanaugh, E.R.; Craddock, S.G.; Rachel, J.V. (1985) Characteristics, behaviors and outcomes for youth in TOPS. In Friedman, A.S.; Beschner, G.M., eds. *Treatment services for adolescent substance abusers*. Washington (DC): DHHS Pub. (ADM) 85-1342. Sup. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., p. 49-65.

Kamon, J.; Budney, A.; Stanger, C. (2005). A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44: 6.

Knapp, P. (1997). Prevenção da recaída. In Ramos, S. & Bortolote, J. M. (eds.) *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 149-159.

Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção de recaída -Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marques, A.C.P.R.; Cruz, M.S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Rev Bras Psiquiatria*, 22(Supl II): 32-6.

Marques, A.C. & Seibel, S.D. (2001). O craving. In Seibel, S.D. & Toscano Jr. (eds.), *Dependência de drogas*. São Paulo, Atheneu, p. 239-248.

Monti, P.M., Rohsenow, D.J. (1999). *Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism*.

Migott, A.M.B. (2008). Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 3 , pp. 710-711

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1995). *Adolescent drug abuse: clinical assessment and therapeutic interventions*. Research Monograph Series, 156. Washington (DC): U.S. Departament of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health.

Offord D, Boyle M.H., Racine Y.A., Szatmari P., Fleming J.E., Sanford M.N., et al. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35:1078-85.

Pechansky, F., Szobot, C.M., Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Rev Bras Psiquiatr*; 26(Supl I):14-17

Pedroso, R.S., Oliveira, M.S., Araújo, R.B., Moraes, J.F.D. (2004). Tradução, equivalência semântica e adaptação cultural do Marijuana Expectancy Questionnaire (MEQ), *PsicoUSF*, 9 (2):129-136.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C. (1982). Transtheorical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*. 20: 161-173.

Miller, W. e Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional -Preparando as pessoas para a mudança nos comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Reis, A.D.; Castro, L.A.; Faria, R. e Laranjeira, R. (2008). Craving decrease with topiramate in outpatient treatment for cocaine dependence: an open label trial. *Rev. Bras. Psiquiatr*. v. 30, n. 2 , p. 132-135.

Shiffman, S.; Shadel, W.G.; Niaura, R.; Khayrallah, M.A.; Jorenby, D.E.; Ryan, C.F.; Ferguson, C.L.(2003). Efficacy of acute administration of nicotine gum in relief of cue-provoked cigarette craving. *Psychopharmacol*, 166 (4): 343-350.

Stallard, P. (2004). *Bons pensamentos bons sentimentos – Manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

Williams, A.V.; Meyer, E.; Pechansky, F. (2007). Desenvolvimento de um jogo terapêutico para prevenção da recaída e motivação para mudança em jovens usuários de drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 23 n. 4, p. 407-414.

Witters, N.W.; Pulvirenti, L.; Koob, G.F.; Gillin, J.C. (1995). Cocaine abuse and dependence. *J Clin Psychopharmacol*, 15 (1): 63-78.

Zaleski, M., Laranjeira, R.R., Marques, A.C.P.R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H.N.P. et al (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. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 28(2): 142-148.

ANEXOS

Balança Decisória de _____ **Data:** ___/___/___

Vantagens de Usar _____ TOTAL: _____ pontos	Desvantagens de Usar _____ TOTAL: _____ pontos
Vantagens de Parar de Usar _____ TOTAL: _____ pontos	Desvantagens de Parar de Usar _____ TOTAL: _____ pontos

Plano de mudança de _____ **Data:** ___ /___ /___

As mudanças que vou fazer são:

As razões mais importantes para mudar são:

Os passos mais importantes são:

Como as outras pessoas podem ajudar?

Pessoas - Como podem ajudar - Telefone de contato

Como vou saber se meus planos estão funcionando?

O que pode interferir nos meus planos?

REGISTRO DA FISSURA DE...

DIA/HORA	SITUAÇÃO	PENSAMENTO	EMOÇÃO	AÇÃO	FISSURA 0-10	RESPOSTA "ESPERTA"

Questionário das crenças de quanto ao uso de

A(O) _____ é _____

Quando uso _____ fico _____

Eu uso _____ para _____

Quem usa _____ é _____

Quem não usa _____ é _____

Se eu usar _____ para o resto da minha vida, vou _____

_____

Se eu parar de usar _____ vai acontecer que _____

_____

A(O) _____ ajuda a _____

A(O) _____ atrapalha quando _____

_____

_____

QUADRO DE SITUAÇÕES DE RISCO COM AS ESTRATÉGIAS DE DEFESA

Situações de risco	Estratégias de enfrentamento

CRONOGRAMA DO FINAL DE SEMANA

Dias Horas	Sexta-feira	Sábado	Domingo
8:00-9:00			
9:00-10:00			
10:00-11:00			
11:00-12:00			
12:00-13:00			
13:00-14:00			
14:00-15:00			
15:00-16:00			
16:00-17:00			
17:00-18:00			
18:00-19:00			
19:00-20:00			
20:00-21:00			
21:00-22:00			
22:00-23:00			
23:00-00:00			
00:00-01:00			
01:00-02:00			
02:00-03:00			
04:00-05:00			

CARTÕES-FLASH



Completar o primeiro cartão e marcar dias de abstinência no terceiro.

Minhas metas: _____

A curto prazo: _____
A médio prazo: _____
A longo prazo: _____

Que mudanças tenho de fazer em meu estilo de vida: _____
_____
_____
_____
_____

Como eu quero ser: _____
_____
_____
_____
_____

17

Tricotilomania

Edson Luiz Toledo

Embora sejam crescentes os estudos sobre tricotilomania (TTM) em adultos, as pesquisas com crianças e adolescentes estão se desenvolvendo mais lentamente. Só após 1889, quando o dermatologista francês François Henri Hallopeau cunhou o termo tricotilomania (do grego cabelo *thrix* e arrancar *tillein*), casos de arrancar cabelo começaram a aparecer na literatura científica.

Em 1914, o *British Journal of Dermatology* aludiu a uma epidemia de arrancar cabelo em um orfanato (Davis, 1914). Durante o início do século XX, as referências sobre o ato de arrancar cabelo apareceram na literatura dermatológica como parte da discussão sobre a alopécia infantil ou tricobezoar gástrico (Blalock, 1938), assunto que será discutido a seguir. Até 1930, o comportamento de arrancar cabelo era mencionado na literatura psicanalítica vinculado a uma variedade de etiologias psicodinâmicas (Berg, 1936; Burrows, 1933).

Epidemiologia

Poucos são os estudos epidemiológicos; assim, informes sobre padrão socioeconômico e etnicidade das famílias de crianças e adolescentes com TTM são limitados. Em quatro estudos, esses aspectos são comentados, e três sugeriram que as crianças de padrão socioeconômico mais elevado poderiam pertencer ao grupo de pacientes com TTM (Chang et al., 1991; King et al., 1995a, Reeve et al., 1992). O outro estudo referiu que as crianças pertenciam a uma classe social mais baixa, porém, isso pode ter acontecido porque a amostra clínica global era de uma classe social mais baixa (Bhatia et al., 1991). Em uma série de casos, três meninas adolescentes vieram de famílias de uma classe social superior (Schnurr, 1988). Portanto, não há dado disponível que indique qualquer relação entre condição socioeconômica e TTM.

Toledo e Cordás (2008) resumem algumas contribuições referentes a fatores pessoais inespecíficos ocorridos na infância ou na adolescência que parecem se relacionar com os sintomas da TTM, como o início da menarca, fase do ciclo menstrual, doença clínica, dificuldades ou tensões na escola, divórcio dos pais, morte, doença ou dano familiar, nascimento ou rivalidade com um irmão, mudança de residência, separação de amigos, breve separação dos pais, imobilidade forçada, castigo por ter que cortar o cabelo ou ter que cortar "careca" por ordem dos pais. A qualidade física do cabelo também pode ser um motivo para arrancar, crianças e adolescentes podem arrancar só os fios que estão nascendo ou os mais curtos, os mais grossos, os longos, os com textura ou cor diferentes, o grosso ou o escuro.

Alguns arrancadores de cabelo demonstraram o interesse no cabelo alisando-o, sentindo o fio na mão, correndo o fio entre os lábios, mordendo a raiz ou comendo o fio ou parte dele. Christenson e colaboradores (1991) relatam que aproximadamente 48% dos pacientes com TTM, depois do ato de arrancar cabelos, se ocuparam de comportamentos orais (a ingestão do cabelo ou parte dele é chamado tricofagia). Em estudo recente, 20,6% de tricotilomaníacos informaram que fazem tricofagia (Grant e Odlaug, 2008).

Quando a intensidade do desejo por comer o cabelo se torna muito alta, desenvolve-se uma condição médica chamada tricobezoar ou síndrome de Rapunzel, que é a formação de uma bola de cabelo no estômago. Os sintomas de um tricobezoar podem incluir dor de estômago, abdome expandido, perda de peso, prisão de ventre, perda de apetite e anemia ferropriva. Sua remoção necessariamente será cirúrgica. Relatos de erosão dental, infecções de pele e síndrome do túnel do carpo são condições médicas adicionais associadas (O`Sullivan et al., 1996).

Crianças com TTM frequentemente se ocupam de outros comportamentos impulsivos, como onicofagia (roer unha), arrancar a cutícula ou cutucar ferimentos (*skin picking*), contrair a face, morder as juntas dos dedos, chupar o dedo polegar, bater no rosto, mastigar ou morder a língua, bruxismo (ranger os dentes), bater a cabeça na parede, masturbar-se, beliscar, morder ou torcer os lábios e balançar o corpo (Toledo e Cordás, 2008).

A maioria das crianças, inclusive em idade pré-escolar, pode ser identificada durante algum tempo como arrancadora de cabelo. Com o crescimento, essas crianças evidenciam uma associação bastante previsível entre arrancar cabelo e atividades relativamente sedentárias. Stroud (1983) identificou a TTM em crianças antes de adormecer, estudando e assistindo à televisão. Outros autores confirmaram resultados equivalentes (Chang et al., 1991; Oranje et al., 1986; Reeve et al., 1992).

É incomum crianças ou adolescentes perceberem que estão arrancando seu cabelo na frente de outra pessoa, que se sentem entediados, etc. Eles também podem arrancar cabelo na escola durante atividades individuais ou durante as que envolvem aumento da tensão, como realizar uma prova ou falar em público, por exemplo.

Episódios de arrancar o cabelo podem ocorrer em qualquer lugar e durar minutos ou horas. Em crianças, a TTM pode ser passageira, episódica ou contínua, e pode durar semanas ou meses até interromper o comportamento, levando a acreditar que está completamente livre, mas inesperadamente ter um súbito e inexplicado retorno da TTM. Como qualquer transtorno, há muitos graus de severidade. Para alguns, a perda de cabelo pode ser mínima; para outros, o dano pode ser extenso, até mesmo chegar à calvície total.

A maioria das crianças com TTM de início precoce pode ter um curso de fácil resolução, com pequena ou nenhuma intervenção terapêutica, enquanto a TTM de início tardio é uma condição mais severa, resistente a tratamentos e mais frequentemente associada a comorbidades psicopatológicas.

Muitas crianças planejam e desenvolvem seu próprio tratamento antes de buscar ajuda formal. Elas reconhecem a necessidade de manter as mãos ocupadas ou de ficar com elas quietas enquanto fazem atividades como ler para impedir que uma das mãos inicie o ato de arrancar cabelo, pois a TTM teria a função calmante, semelhante a outros comportamentos (p.ex., chupar o dedo).

Quando estratégias pessoais a fim de reduzir o comportamento falham, as crianças e especialmente os adolescentes o negam, justificado normalmente por não conhecer a possibilidade de tratamento ou por sentir vergonha ou embaraço social. Aqueles com mais idade informam um tempo considerável de esforços para poder encobrir os danos causados. Disfarçar a perda do cabelo fazendo penteados especiais, maquilagem, usando chapéu, lenço ou boné.

Esses pacientes também evitam nadar, dançar, se exercitar, fazer esportes ou se ex-

por a situações em que a perda de cabelo ficará evidente. Alguns podem evitar lugares públicos, e diferentes desculpas às vezes são oferecidas como uma explicação para a alopécia. Vergonha e embaraço pode também prejudicar seriamente a autoestima, além de interferir no funcionamento social e no rendimento escolar.

Alguns pacientes podem resistir à ajuda médica por medo de o dano causado em sua aparência ser descoberto pelo médico. O impacto pode ser muito traumático e as implicações potencializadas com o passar do tempo.

Crianças com TTM são tipicamente menos inibidas ao exporem seu comportamento do que as crianças mais velhas e adolescentes. O efeito secundário de vergonha e baixa autoestima pode não nos parecer mais jovens. Porém, semelhante ao efeito estético negativo causado nos adultos, a TTM pode levar as crianças a se sentirem diferentes ou estranhas e conduzir a dificuldades emocionais mais sérias. Então, intervenção precoce por um profissional qualificado é muito recomendável.

A TTM pode impressionar a família de um tricotilomaníaco. É possível recorrer a estratégias de comum acordo com a criança, incluindo castigo ou recompensas por não arrancar cabelo. Os pais podem temer serem os culpados. Se a criança nega o comportamento, apesar das evidências em contrário, eles podem responder com raiva e frustração.

Tricotilomaníacos são percebidos com um baixo controle consciente e não se veem com um transtorno de mecanismos indeterminados e de ação involuntária do ato de arrancar cabelo. É difícil para os pais entenderem que uma criança simplesmente não consegue parar de arrancar seus cabelos. Muitas famílias aderem a padrões de comportamento insalubres ao tratarem do assunto, e a relação entre os pais e a criança pode ficar negativa e punitiva. Intensa crítica, raiva e castigos não parecem controlar o ato de arrancar cabelo, contribuindo assim para o aumento emocional da angústia, da vergonha e da baixa autoestima.

Os pais podem ser desmoralizados pelo fato de o filho continuar arrancando cabelo. Também podem buscar informações sobre a TTM em um esforço para compreender o transtorno e aprender formas de tratamento. Por vezes, essa atitude dos pais os leva a ter alterações no próprio comportamento devido à informação ou ao conflito com diferentes opiniões sobre o transtorno.

Os pais tendem a relaxar a estrutura familiar habitual disciplinar ou se tornar superprotetores por temerem que os fatores estressores exacerbem o problema. Já os irmãos de crianças em idade escolar com TTM entendem que estão recebendo pouca atenção dos pais por não apresentarem tal comportamento ou se sentirem envergonhados pela condição do irmão e ficarem sensíveis ao problema dele.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994) inclui a TTM nos "transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro lugar", junto à cleptomania, ao transtorno explosivo intermitente, à piromania e ao jogo patológico. Como em muitos diagnósticos do DSM-IV, os critérios se aplicam a adultos e crianças. Os critérios atuais requerem um sofrimento seguido por uma tensão crescente antes de arrancar o cabelo ou mesmo de resistir ao comportamento, além de prazer, satisfação ou alívio ao arrancá-lo.

Os sintomas de tensão e alívio parecem ser mais comuns em adultos do que na população mais jovem. Christenson e colaboradores (1991) informaram que dos sujeitos de um estudo (n=60), 95% confirmou sentir tensão e 88% alívio. Poucos são os estudos que mencionam esse assunto. Dos dois estudos publicados, Reeve e colaboradores (1992) informaram que apenas 1 de 10 sujeitos (10%) mencionou o ímpeto para arrancar. Em outro estudo, King e colaboradores (1995b) afirmaram que 3 de 8 sujeitos (37,5%) confirmaram uma sensa-

ção de alívio depois de arrancar o cabelo. Porém, em outro estudo (King et al., 1995a) os sujeitos informaram tensão ou alívio mais altos (73%).

Oranje e colaboradores (1986) recordaram que a TTM é um transtorno do hábito, sem sugestão da existência de tensão ou alívio associado à atividade de arrancar cabelo. Assim, devido aos escassos dados que apoiam a existência da "tensão e alívio" em crianças, o termo arrancar cabelo e TTM foram usados neste capítulo como sinônimos.

ETIOLOGIA

A causa da TTM não é conhecida. Como o cabelo tem proeminente simbolismo na maioria das culturas antigas ou modernas e é frequentemente associado à beleza para as mulheres e ao poder para os homens, não é surpreendente que várias interpretações psicológicas da TTM foram propostas.

Embora as pesquisas do comportamento em TTM focalizassem os fatores que a mantêm, eles também podem ajudar no esclarecimento de sua etiologia. Azrin e Nunn (1973) propuseram que a TTM é guiada por um processo semelhante a outros hábitos. Especificamente, foi pensado que arrancar cabelo se desenvolveu como um comportamento de tensão reforçado por sua redução (isto é, reforço negativo), o que levou ao condicionamento de sensações físicas associadas ao ato de arrancar cabelo (em outras palavras, pelo clássico processo de condicionamento operante). Baseado nessa ideia, entende-se que, ao se tornar um hábito para o paciente, isso o leva a uma exacerbação do ato de arrancar cabelo.

Os autores citados propuseram ainda que o ato de arrancar o cabelo pertence a um grupo de comportamentos como chupar ou morder os dedos e concluíram que tais comportamentos poderiam ser uma covariação de resposta e os associaram a outro fator etiológico possivelmente relacionado. Assim, o tratamento para chupar o dedo polegar eliminou a covariação arrancar cabelo (Knell e Moore, 1988; Watson e Allen, 1993). Tal hipótese pode parecer bastante útil para descrever a etiologia de muitos casos com início na infância e na adolescência da TTM.

Baseado em relatos de casos, Christenson e colaboradores (1992) sugeriram que a TTM pode ter sido aprendida pelo processo de observação, ou seja, crianças pequenas observando seus cuidadores ao escovarem, pentearem, secarem seus cabelos, aprendendo assim a arrancá-los. Porém, nenhum dado sistemático foi fornecido para testar a hipótese de "modelação".

Investigadores como Gluhoski (1995) esboçaram o papel de cognições que operam junto a variáveis de comportamento na etiologia e na manutenção da TTM. Aproximações da análise de comportamento enfatizaram aspectos do ambiente externo com aqueles que influenciaram o ato de arrancar cabelo; contudo, o pesquisador também admite a possibilidade de que as teorias biológicas para arrancar cabelo seriam mantidas com reforços que surgiam automaticamente com o próprio ato (Friman e O'Connor, 1984). Em estudos de Mansueto e colaboradores (1997), foi apresentado um modelo de comportamento de TTM, esboçando a relação afetiva do comportamento e variáveis cognitivas em uma análise funcional de arrancar cabelo.

Há a possibilidade de a natureza heterogênea da TTM refletir etiologias discrepantes. Além disso, a etiologia da TTM poderia ser uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais, com peso diferente para cada um dos aspectos, dependendo do paciente. Baseados na integração etiológica, surgiram teorias que apontaram perspectivas múltiplas como outro modo para avançar na compreensão científica da TTM.

A TTM também é vista como uma forma do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) devido aos pensamentos e comportamentos repetitivos e à natureza aparentemente compulsiva para arrancar cabelo, embora diferenças significativas entre TTM e TOC fossem notadas, o que levou alguns estudos a sugerirem que a TTM perten-

ce aos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (Sah et al., 2008; McElroy et al., 1992; Knell e Moore, 1988; Watson e Allen, 1993; Christenson et al., 1992). Entretanto, no estudo realizado por Cohen e colaboradores (1995), em uma amostra de 123 pacientes com TTM, verificou-se taxa de comorbidade de 13% com o TOC. Em estudos comparativos entre TTM e TOC, as pesquisas encontraram diferenças na severidade dos sintomas obsessivos, no prazer percebido no comportamento compulsivo (Stanley et al., 1992) e na sugestão de estímulos (Mackenzie et al., 1995).

A possibilidade de que a TTM seja associada com condições neurológicas marcadas por tiques motores, como a Síndrome de Tourette (ST), foi sugerida, pois ambas são vistas como uma resposta incontrolável para resistir a uma sensação. Tal possibilidade foi observada em estudo com 61 pacientes com TOC ou ST e TOC mais ST, em que a elevada prevalência de TTM em pacientes que sofriam de TOC e ST concomitantes sugeriam que esses quadros poderiam compartilhar alguma semelhança (Martin et al., 1995).

Muitos pacientes que arrancam cabelos sofrem de outros transtornos, sendo os mais comuns a ansiedade e a depressão. Assim, o profissional, ao avaliar um paciente com TTM, deverá fazer uma avaliação diagnóstica ampla e observar qualquer condição crônica adicional que possa coexistir com a TTM, além de seu impacto na vida do paciente.

Muitas experiências podem conduzir ou ativar o comportamento de arrancar cabelo em pessoas mais jovens com TTM. Com frequência são citadas emoções problemáticas, ansiedade, tensão, raiva e tristeza, que aumentam a tendência para o comportamento de arrancar cabelo. Porém, os relatos também apontam que a TTM acontece além das já citadas: em atividades contemplativas ou sedentárias e na ausência de emoções notáveis. Uma criança ou adolescente pode arrancar cabelo distraidamente enquanto está fazendo alguma atividade como leitura, falando no telefone, fazendo lição de casa, assistindo televisão, no computador. Muitas crianças arrancam pela noite enquanto estão deitados, tentando dormir.

Enquanto alguns arrancadores de cabelo descrevem seu comportamento como um hábito, outros o descrevem como um desejo ou um sentimento de tensão que aparece e é aliviado com o arrancar do cabelo. A tensão ou o desejo devolve o alívio que faz com que ele volte novamente a repetir o padrão de comportamento. Para alguns indivíduos, pensamentos específicos sobre cabelo podem contribuir para um episódio de TTM.

Na avaliação clínica, são utilizados diversos métodos para estabelecer um diagnóstico, desenvolver uma análise funcional com vistas ao tratamento psicoterápico, conduzir a avaliação do progresso do tratamento, compreender a etiologia orgânica da perda de cabelo e identificar comorbidades. Flessner e colaboradores (2007) desenvolveram o The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania - Child Version, um inventário de aplicação em população infantil com propriedades psicométicas, porém não há avaliação amplamente aceita, nem versão em português validada.

Embora alguns indivíduos informassem eventos estressantes que precedem a primeira ocorrência de TTM, é demais simplista concluir que arrancar cabelo é inevitavelmente uma reação para tensão. Não há evidência concreta de que a TTM é sintomática de um problema ou de uma perturbação emocional negativa.

A TTM se agrava caso o indivíduo esteja experimentando uma tensão positiva ou negativa. Por exemplo, a participação em um jogo escolar pode ser visto como um evento positivo, mais ainda assim pode causar um aumento da TTM. Isso é importante para identificar fatores estressores positivos e negativos que afetam o aumento da TTM. Assim, aprendendo-se a controlar fatores estressores, serão reduzidos os episódios de arrancar cabelo, mas isso não significa que o autocontrole se basta para que o tricotilomaníaco pare completamente de arrancar cabelo.

A fim de avaliar os portadores de TTM, deveria ser feita avaliação não só dos

sintomas primários ou do ato em si, como também de qualquer condição que contribua ou resulte no ato de arrancar cabelo. Necessariamente, a avaliação deveria observar o impacto na família, na vida social e no funcionamento acadêmico. Idealmente, um plano de tratamento deveria ser desenvolvido objetivando buscar uma ampla gama de problemas que influenciariam no comportamento de arrancar cabelo da criança ou do adolescente.

CURSO E PROGNÓSTICO

Estudos indicam que a maioria dos que arrancam cabelo apresenta início de latência na infância. Estudos apontam a idade média entre 9 e 13 anos (11,5 anos em Swedo e Leonard [1992], 12 anos em Muller e Winkelmann [1972] e 13 anos em Christenson et al. [1991]). Em amostras que incluíram principalmente crianças, a idade de início foi mais baixa que em estudos com populações mistas (adultos, adolescentes e crianças). Reeve e colaboradores (1992) informaram a idade de início do começo dos sintomas em 6,8 anos e idade de avaliação de 9,9 anos. King e colaboradores (1995a) informaram que a idade de início dos sintomas para sua amostra foi de 9,1 anos.

Em estudos com apenas crianças e adolescentes, a idade de início mais precoce da TTM pode indicar que, se o distúrbio começar na infância, será mantido em uma idade posterior. Também as crianças representam um grupo muito afetado, mais que os adultos, em termos de TTM.

Alguns autores sugerem que a TTM precoce representa um transtorno completamente diferente do que a com começo na idade escolar ou posterior. Embora a TTM de início precoce tenha sido descrita como "um hábito benigno" por alguns autores (Oranje et al., 1986; Stroud, 1983), os resultados eram de estudos de casos e não apresentavam dados de seguimento. Swedo e Leonard (1992) sugeriram que tricotilomania de bebê, manifestada na infância ou até a os 5 anos, pode ser um transtorno de tempo limitado, não progredindo para idades posteriores. Logo, essas crianças representam um subgrupo de pacientes com um transtorno benigno. Além disso, a tensão e os fenômenos de alívio que os pacientes com mais idade declaram não são informados pelas crianças.

Muitas crianças não mencionaram tensão ou alívio quando arrancavam cabelo. Padrões de exacerbações não parecem ser restritos a arrancar cabelos em populações muito jovens, desde que advenham de populações de crianças com mais idade (King et al., 1995a; Reeve et al., 1992). Swedo (1993) sugere que a separação entre TTM precoce e TTM tardia (adolescência e maioridade) ocorre porque nenhum estudo constatou o comportamento de arrancar cabelo com idade de início inferior aos 5 anos.

No estudo de Reeve e colaboradores (1992), 3 dos 10 pacientes (30%) indicaram o período da avaliação (6,8 anos; 8,2 anos e 10,3 anos). Christenson e colaboradores (1991) informaram que 9 de 60 adultos com TTM (15% dos entrevistados) manifestaram o transtorno antes de 5 anos. Será necessário o desenvolvimento de estudos longitudinais de longo prazo para responder a essa pergunta.

A prevalência na infância de arrancar cabelo é bastante baixa e obscura. Anderson e Dean (1956) relatam que 3 de 500 crianças (0,6%) entrevistadas informaram que arrancam cabelo. Manino e Delgado (1969) acharam 7 de 1368 crianças (0,5%) em um centro de saúde mental com reclamação primária para arrancar cabelo, e Schachter (1961) achou só 0,05% de 10 mil crianças que declararam em avaliação psiquiátrica o sintoma de arrancar cabelo. Assim, a prevalência para arrancar cabelo em crianças é inferior a 1%, porém vale ressaltar que são dados dos anos de 1960.

Tratando-se de adolescentes, King e colaboradores (1995a) enviaram um questionário a 794 israelenses de 17 anos com comportamento atual ou passado de arrancar cabelo, sendo que oito (1%) informaram que arrancam cabelo. Desse modo, esse estudo é consistente com o trabalho

de Christenson e colaboradores (1991) que sugeriram a prevalência para TTM em uma amostra de estudantes universitários na faixa de 0,6 a 3,4%. Esses achados sugerem que jovens podem ter episódios passageiros de TTM, considerados benignos e, por isso, não atraem a atenção dos profissionais.

Enquanto a maioria de adultos são mulheres, entre crianças e jovens não há diferença significativa entre gêneros. A relação entre gêneros para TTM parece variar dependendo da idade dos pacientes. Muller (1990) constatou semelhanças entre meninos e meninas na idade pré-escolar. Em estudo na Tailândia, Chang e colaboradores (1991) encontraram cinco crianças em idade pré-escolar em uma amostra (N=36), sendo quatro meninos e uma menina. Swedo e Leonard (1992) identificaram uma proporção aumentada de meninos com TTM comparada com uma população mais jovem, sendo que 30% dos meninos em idade pré-escolar arrancavam cabelo. Embora não seja a maioria, é uma maior porcentagem que em populações de crianças com mais idade e adolescentes.

Na passagem da infância para a adolescência, a relação entre gêneros se altera, sendo que as meninas apresentam maior incidência para a TTM. Dois estudos entre crianças com mais idade e adolescentes apoiam essa observação. Em relação às meninas com TTM, Reeve e colaboradores (1992) e King e colaboradores (1995a) obtiveram índices de 80 e 86%, respectivamente. Em amostra não clínica com 794 adolescentes israelenses, oito adolescentes foram identificados com TTM, cinco eram do sexo masculino (King et al., 1995a). Logo, a literatura atual desafia a noção de que a TTM na infância é um transtorno predominantemente feminino. Entretanto, não foi realizado até o momento nenhum estudo epidemiológico com essa população para calcular a verdadeira prevalência do transtorno.

Vale esclarecer que a palavra inglesa *hair* é frequentemente utilizada tanto para cabelo como outros pelos corporais; assim, o ato de arrancar/puxar os cabelos pode ocorrer em qualquer local do corpo. Christenson e colaboradores (1991) conduziram uma pesquisa com 186 pacientes com TTM e relataram que a preferência ficou assim distribuída: couro cabeludo (80,6%), cílios (47%), sobrancelhas (43,5%), região púbica (23,7%), extremidades (15,1%), axila (5,4%) e abdômen (4,3%). Essa hierarquia foi corroborada por estudos posteriores (Christenson, 1995; Schlosser et al., 1994). Pacientes relataram que o arrancar do cabelo ocasionalmente pode ocorrer em mais de uma região do corpo, simultaneamente (Christenson et al., 1994).

Estudos sobre a região da qual crianças ou adolescentes arrancam cabelo ou pelos são extremamente limitados. Reeve e colaboradores (1992) relataram que um paciente de 8,3 anos arrancava pelos dos braços. King e colaboradores (1995b) relataram que um paciente adolescente masculino arrancava pelos da barba em vez dos locais mais tipicamente relatados. Uma hipótese quanto à falta de dados acerca do arrancar pelos em locais diferentes do couro cabeludo e região dos olhos, em populações de adolescentes, reflete tanto o número pequeno de pacientes avaliados com esse sintoma quanto a falta de treino por parte dos examinadores, que não fazem perguntas apropriadas em muitos dos casos.

Alguns indivíduos, especialmente crianças muito pequenas, podem girar ou arrancar os cabelos de suas mães e/ou cuidadores quando são seguradas ou estão sendo amamentadas, elas também podem arrancar o cabelo de outras pessoas, bonecos e pelos de animais domésticos (Buxbaum, 1960; Krishinan et al., 1985; Tabatabai e Salari-Lak, 1981).

Alguns autores sugerem que locais diferentes para arrancar cabelo implicam em diferentes prognósticos, como as crianças e adolescentes que puxam cílios e sobrancelha manifestam um transtorno menos sério do que os que arrancam cabelo. Zaidens (1951) caracterizou cílios, sobrancelhas e pelos púbicos como "um sintoma neurótico moderado". Ilan e Alexander (1965), em uma discussão de dois casos de meninas adolescentes que arrancavam cílios e

sobrancelhas, sugeriam que arrancar pelos difere de arrancar cabelo e está relacionado com questões edípicas, considerando que arrancar cabelo representa uma perturbação pré-genital que envolve um comportamento profundamente regredido. A literatura mais recente não diferencia o prognóstico com bases no local arrancado.

TRATAMENTOS PSICOTERÁPICO E MEDICAMENTOSO

Assim que o diagnóstico for concluído pelo profissional de saúde mental, a prática clínica sugere que a intervenção precoce possa ter êxito, reduzindo ou eliminando a TTM e seus efeitos colaterais emocionais em muitas crianças. Devido à natureza autolimitante da TTM em pré-escolares, a educação familiar e o monitoramento são condições preferíveis para direcionar o tratamento. Inicialmente qualquer intervenção deveria começar com a educação sobre o transtorno e consideração sobre as opções do tratamento.

Muitas pessoas se beneficiarão de psicoeducação, já que terão esclarecidos o transtorno, a incidência e o potencial tratamento, o que traz alívio, menos vergonha e menos embaraço. Frequentemente professores, parentes e os profissionais de saúde mental precisam ser incluídos nesse processo.

Para a maioria das crianças e adolescentes com TTM, a terapia comportamental deveria ser considerada tratamento de escolha. Os medicamentos podem ser uma opção se condições associadas, como a ansiedade ou a depressão, existirem, desde que estas sejam diagnosticadas. Só no caso de tratamento com psicoterapia sem sucesso, os medicamentos deverão ser considerados.

O tratamento para TTM em crianças e adolescentes envolve uma série de outros componentes: redução do ambiente estressor, reunião social, problemas familiares e atenção médica para uma nova condição, sobretudo com pacientes que potencialmente podem apresentar ansiedade, depressão, ferimento no couro cabeludo, lesão por esforço repetitivo na mão relacionada com o ato de arrancar o cabelo, e mesmo exames clínicos complementares para descartar dermatites e tricobezoar.

A TTM ainda não é completamente compreendida, e a procura por tratamento seguro e efetivo ainda está em curso. Estudos disponíveis sugerem que a terapia do comportamento e certos medicamentos podem ter êxito, com possível redução da TTM. Terapias individual e familiar são úteis para lidar com o impacto causado na baixa autoestima, nas relações sociais e nas interações familiares.

Com relação à psicoterapia, alguns autores sugerem que a própria avaliação da TTM já é por si só um instrumento psicoterápico, pois, ao expô-la, o paciente terá que falar sobre possíveis questões relacionadas (Rothbaum e Ninan, 1994). As técnicas psicanalíticas empregadas foram relatadas em estudos de casos não controlados, e seu emprego não obteve êxito, a menos que técnicas comportamentais fossem empregadas conjuntamente (Graber e Arndt, 1993; Manino e Delgado, 1969).

As técnicas comportamentais empregadas no tratamento de TTM incluem treinamento da reversão de hábito (TRH), terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia analítico-comportamental (TAC). Sua eficácia não foi efetivamente estabelecida, porque os dados foram gerados por estudos de casos não controlados com pequenas amostras (Peterson et al., 1994).

O tratamento comportamental com o apoio empírico mais eficaz é o TRH (Friman et al., 1984; Peterson et al., 1994). Refere-se a uma combinação de técnicas comportamentais que trata o transtorno do hábito, incluindo patologias como arrancar cabelo, ter tiques e chupar o dedo polegar (Azrin e Nunn, 1973; Peterson et al., 1994). No pioneiro estudo em TRH, o tratamento era 90% efetivo para reduzir problemas de comportamento de 12 pacientes com uma variedade de distúrbios do hábito, incluindo TTM (Azrin e Nunn, 1973).

O TRH objetiva o aumento da consciência do paciente em cada ocorrência da TTM e interrompe o comportamento de arrancar cabelo, executando uma resposta que compete com aquele comportamento. Nesse caso, um elemento crucial do TRH envolve a utilização de uma resposta que ajude a conter o desejo para arrancar o cabelo. A resposta adotada deverá ser uma resposta incompatível com o comportamento de arrancar cabelo, por exemplo, fechar e apertar ambas as mãos. Assim, o paciente é ensinado a usar e manter uma resposta que compete por períodos breves ao se deparar com situações de alto risco, tão logo perceba o surgimento do desejo de arrancar cabelo, e não após iniciar o comportamento de arrancar cabelo. O tratamento original inclui nove componentes projetados para aumentar a consciência do comportamento desejado, ensina alternativas que contenham habilidades e que mantenham a motivação, além de aumentar as generalizações. Atualmente, técnicas de relaxamento são incluídas.

Rosenbaum e Ayllon (1981) trataram quatro pacientes diagnosticados com TTM moderada usando TRH, e os ganhos de tratamento se mantiveram após 12 meses de seguimento. A avaliação de resultados incluiu autorrelatos, mas o estudo não usou um grupo de comparação.

Na TAC, a ênfase é colocada nas variáveis do problema diretamente ligadas ao comportamento de arrancar cabelo em lugar de buscar explicações para ele ter começado. As estratégias de TAC chamadas "controle de estímulo" se direcionam ao ato de arrancar cabelo frequentemente em certas situações, mas não em outras. Por exemplo, a maioria dos indivíduos só arranca cabelo quando está sozinho e se ocupando de atividades específicas.

As técnicas de controle de estímulo são usadas em situações em que o arrancar é potencialmente provável e projetadas para interferir nele. Elas incluem recursos que impeçam o arrancar de cabelo (como chapéus, lenços, luvas, os protetores de borracha de ponta do dedo), mantendo as mãos ocupadas e os dedos longe do cabelo.

O ato de arrancar cabelo acontece, aumenta ou mesmo reaparece em momentos de tensão; logo, as técnicas de TAC podem focalizar também modos efetivos para controlá-la. Algumas enfatizam o controle da respiração e o relaxamento muscular em conjunto com técnicas cognitivas para ajudar a minimizar a angústia. Terapeutas analítico-comportamentais aplicam estas e outras técnicas de acordo com as necessidades de cada indivíduo, levantadas durante o processo de avaliação no início e ao longo do tratamento. Embora todos os terapeutas não usem aproximações idênticas, algumas, se não todas, costumam ser dificultadas durante o tratamento em função das características pessoais dos pacientes.

Em estudo randomizado, van Minnem e colaboradores (2003) elaboraram um programa utilizando a TAC, que consistia de seis sessões individuais de 45 minutos, com tratamento baseado em manual a cada duas semanas. Os elementos principais eram controle de estímulo (organizando o ambiente), intervenções de estímulo-resposta (interrompendo a cadeia de resposta com outro estímulo ou com atividades incompatíveis) e consequências de resposta (autorrecompensa). O papel do terapeuta era analisar o comportamento e paralelamente dar conselho técnico e motivar o paciente.

A TCC é uma forma de tratamento que foca comportamentos específicos, sentimentos e pensamentos, com metas direcionadas à mudança do comportamento de arrancar o cabelo. Normalmente é feita por um período determinado em que os indivíduos são instrumentalizados e aprendem várias técnicas para obter controle sobre seu problema. Técnicas para aumentar a consciência sobre o arrancar cabelo incluem identificar gatilhos e sucessões de eventos associados com a TTM. Os indivíduos normalmente monitoram cada ocorrência, anotando as informações em um diário (com data e tempo, local, pensamentos, sentimentos, número de fios arrancados), utilizando-as como uma estratégia no tratamento.

Lerner e colaboradores (1998) afirmaram que 12 entre 14 pacientes que comple-

taram a TCC para TTM melhoraram, com uma redução de 67% na severidade imediatamente após o tratamento. Porém, só quatro do total avaliado no seguimento de longo prazo (três anos e nove meses) mantiveram ganhos no tratamento e redução na severidade de sintoma em 27%. Os resultados do referido estudo enfatizaram uma vez mais o problema de recaída em tratamento de TTM.

Quando o controle da TTM for alcançado, o assunto "recaída" deve ser discutido, devido à forte probabilidade que episódios de arrancar cabelo aumentem ou ocorram periodicamente depois que o tratamento for completado. Na prevenção de recaída, é ensinado diferenciar um lapso de uma recaída, controlar o retorno ao ato de arrancar cabelo, limitar o dano e voltar para sessões de terapia, se necessário.

Por ser o TRH a técnica mais utilizada e descrita para tratamento da TTM em adultos, ela também pode ser utilizada com crianças e adolescentes desde que alguns ajustes sejam feitos para adequá-la a essa população. O recurso técnico adaptado de Penzel (2003), que em geral é executado em quatro passos, exemplifica a técnica. Cada passo é praticado separadamente, até que todos são finalmente integrados em um programa unificado.

O primeiro passo envolve o desenvolvimento da consciência do próprio hábito. Pacientes relatam que pode ser algo semelhante a um transe. Não percebem o que estão fazendo até se darem por satisfeitos, o que só acontece quando param. Os que notam isso tendem a esquecer depressa os recentes incidentes, porque é desagradável lembrá-los. Em todo caso, é mais fácil controlar um hábito quando se está atento às circunstâncias que o cerca.

O primeiro passo é dar ao paciente um formulário especial para automonitoramento para ser preenchido entre sessões semanais. Deve-se manter o registro de quantos episódios aconteceram, quanto tempo duraram, quantos fios foram puxados, a intensidade do desejo, onde o episódio aconteceu, o que o paciente estava fazendo na ocasião e qual era seu estado emocional. O formulário para criança poderá ter pequenas ilustrações a fim de estimular seu preenchimento e sua compreensão. De forma bastante interessante, até mesmo aqueles com TTM atentos às circunstâncias que cercam o ato de arrancar ficam surpresos com o que descobrem sobre seus próprios padrões. O registro continua ao longo de todo o período de tratamento. Além disso, um familiar e o paciente são instruídos a ficarem atentos ao número de episódios para que seja feito um gráfico diário. Esse gráfico demonstra o progresso muito mais claramente e permite verificar todos os dias os padrões semanais e o que o paciente relaciona com a TTM.

Geralmente, começa-se o segundo passo depois de uma semana do registro feito no primeiro passo. Ele envolve a aprendizagem de relaxamento muscular progressivo (há uma grande variedade de técnicas; o paciente escolhe a que melhor se adapte a ele). Isso é realizado por instrução gravada em alguma mídia com que a criança ou o adolescente esteja familiarizado. Esse exercício demanda de 15 a 20 minutos por dia. Seu propósito é o paciente focar em si mesmo e tentar reduzir algumas tensões.

Depois de aproximadamente duas semanas, espera-se que o paciente adquira bastante experiência na técnica de relaxar seu corpo e regular sua respiração. Nesse momento, ele é treinado através de outra gravação, semelhante à anterior, só que em um relaxamento abreviado, executando sua habilidade de relaxamento em um curto período de 60 segundos. Após praticar várias vezes ao dia, passa para o terceiro passo.

No terceiro passo, introduz-se o treinamento do uso da respiração diafragmática. Isto é ensinado no consultório ou na clínica, para só depois ser feito em casa. É bem parecido com o tipo de respiração usado na prática de ioga e meditação. No caso dos mais jovens, poderá ser feito de forma mais lúdica. Esse treino ajuda a alcançar o relaxamento e centrar o paciente, de forma que ele possa estar mais atento ao corpo e às sensações que está sofrendo, além de reduzir níveis altos de excitação, característicos

da TTM. Discutir os resultados desse passo com a criança pode ser bastante proveitoso, principalmente para que ela entenda o objetivo.

O quarto passo é o enrijecimento dos músculos, uma atividade oposta e incompatível com arrancar cabelo. O procedimento é conhecido como resposta competitiva. Nesse passo, ensina-se o paciente a fazer um punho apertado com a mão que é usada para arrancar cabelo, dobra-se o braço em 90 graus, apertando-o firmemente no corpo na altura da cintura. Esse exercício é feito por aproximadamente um minuto. Ele é praticado no consultório ou em casa durante a semana seguinte. É recomendado fazer três períodos de prática por dia, de dez repetições cada.

Finalmente, são integrados os passos dois, três e quatro em uma resposta de reversão de hábito completa. O paciente é instruído a, sempre que o desejo de arrancar o cabelo aparecer,

1. relaxar e simultaneamente
2. tomar fôlego do diafragma durante 60 segundos; quando isso for concluído,
3. apertar o punho e o braço durante 60 segundos.

Se o paciente já estiver em um episódio de TTM, ele terá, como segunda prioridade, que interromper o episódio enquanto está desenvolvendo sua resposta de reversão de hábito. Com a estabilização do comportamento já alcançado, é recomendado que o paciente pratique a resposta até mesmo se o episódio tiver cessado.

O TRH é bastante discreto, principalmente para a criança, que poderá utilizá-lo como uma forma de brincadeira. A técnica não parece ser um problema para ser seguida, principalmente se o paciente estiver sozinho. Mas em algumas situações em que não estiver sozinho, é possível fazer a respiração diafragmática e apertar as mãos, utilizando-se de alguns objetos como um livro, uma caneta, uma bolinha, um brinquedo ou algo que possa acompanhá-lo nas diversas situações.

O princípio fundamental para a aplicação do TRH é a paciência e a persistência. Alguns pacientes praticarão por alguns dias e precipitadamente concluirão que não querem mais fazer as técnicas, pois acreditam que nunca se recuperarão. Como estratégia, demonstra-se aos pacientes com TTM que eles já executaram o comportamento de arrancar cabelo por milhares de vezes contra umas poucas vezes que usaram as novas habilidades aprendidas. Também é importante lembrar que pacientes com TTM se desencorajam facilmente no princípio, sobretudo porque talvez tentaram parar muitas vezes sem sucesso e incorporaram o hábito de se verem como fracassados e como pessoas que não podem se controlar. Eles, muitas vezes, tiveram que enfrentar o ridículo e as críticas de outros. Ou seja, a TTM parece ser mais poderosa do que eles.

O outro componente é o controle de estímulo (CE). O TRH é muito útil como um bloqueador de hábito, mas não responde por todas as diferentes formas que conduzem ao arrancar do cabelo. O CE é uma técnica da TAC que pode ajudar a identificar primeiro o sofrimento e só depois eliminar, evitar ou mudar atividades, fatores ambientais, rotinas, estados ou circunstâncias que foram associadas como gatilhos para arrancar cabelo.

A TTM se tornou um hábito e acontece de maneira previsível em muitos locais e situações. Com o passar do tempo, é possível identificar que lugares ou situações passam a ativar episódios de TTM. A meta é tomar consciência dos gatilhos e criar novas conexões entre o desejo para arrancar cabelo e novos comportamentos não destrutivos, e o CE inclui o uso de formas substitutas (não destrutivas) para extinguir o comportamento pelo rearranjo na rotina e no ambiente.

Há duas outras técnicas empregadas com o TRH. Uma delas é o uso de declarações autoinstruídas, nas quais o paciente é encorajado a falar coisas que o ajudarão a resistir ou a se conter: “arrancar cabelo não ajuda, só faz piorar as coisas”; “eu posso controlar meu comportamento de arrancar se eu continuar tentando”; “todo cabelo conta”;

"eu não tenho que me permitir a arrancar cabelo". Declarações de autoinstrução poderiam ser: "você está próximo de uma situação arriscada, controle suas mãos"; "fique pronto para usar o TRH, você tem uma escolha". Outra técnica de curto prazo é usar luvas brancas de algodão ou colocar unhas postiças de acrílico, no caso de meninas e adolescentes. Quando os problemas de autoconsciência estiverem ativos, eles agirão como lembranças para interromper o ato de arrancar cabelo.

Uma das principais críticas à TAC é não considerar sentimentos, mas qualquer terapeuta do comportamento que agir assim enfrentará muitos fracassos de tratamento. O procedimento do TRH parece muito difícil para aprender, mas, praticando com disciplina, o paciente levará algumas semanas ou meses, variando o quão forte é a motivação, os desejos e a persistência para enfrentar os próprios sintomas.

Uma das maiores dificuldades ao tratar pacientes com TTM é quando ele chega ao ponto de dizer "Tenho praticado tão duramente e meu cabelo está crescendo, mas ao primeiro erro eu arranco tudo novamente. Eu me sinto como um fracassado quando isto acontece". Costuma surtir efeito respostas do tipo: "Olhe, eu sei como deve ser difícil aderir a esse tratamento onde horas de esforço podem ser desfeitas em alguns minutos. Estou seguro que você está se sentindo muito desapontado no momento. Lembre-se que é mais importante levar a termo uma visão no longo prazo, em lugar de se concentrar em onde você está nesse momento. Suas horas de prática não estão perdidas".

Eventualmente, se o paciente continuar se culpando cada vez que recair, recomenda-se utilizar toda a sua força acumulada pela prática que ela lhe trará mudança de comportamento. O paciente não deve medir seu progresso em termos de cabelo que tem ou não arrancou, mas se concentrar em aprender o HRT e usar o CE para alcançar sua meta. Não é possível aprender uma habilidade nova sem alguns retrocessos.

Integrar TCC com TAC é bastante efetivo, uma vez que crenças são mobilizadas pelos pacientes com TTM e contribuem de forma pedagógica nas emoções geradas por convicções ilógicas e pelas distorções cognitivas. Também poderão controlá-las, aprendendo a direcionar os erros, questionar e conduzi-los para mudanças do hábito de arrancar cabelo. É muito útil utilizar folhetos ou livros de história para ajudar os pacientes jovens a aprender a desafiar essas ideias e pensar mais sensivelmente de modo que os ajude. Uma das metas é ensinar ao paciente que deixe de se avaliar como ser humano (que é impossível) e reconsidere a avaliação de seu comportamento (algo que ele pode avaliar e mudar). Ser mau, às vezes, não significa ser ruim ou inútil.

Até mesmo quando o paciente tiver dominado o TRH e CE e quando os pensamentos lógicos estiverem estabelecidos, o trabalho não terminou. Melhorar é metade do trabalho, e ficar bem é a outra metade. A TTM é mais bem vista quando o paciente a encara como um problema crônico do qual ele pode se recuperar, mas nunca estar curado. Fazer uma manutenção sistemática é a chave para manter os ganhos. Ela acontece pela prevenção de recaída. Há quatro passos a serem seguidos:

1. Conhecer as situações de alto risco.
2. Estar preparado para erros e agir imediatamente.
3. Aceitar que erros acontecem e só são temporários; não subestimar os esforços.
4. Ter uma vida equilibrada para reduzir o papel de tensão física e psicológica.

Não são todos os pacientes que ficam livres da TTM e do tratamento, porque as pessoas não são perfeitas, porque a vida pode ser estressante e porque se trata de recuperação *versus* cura. Alguns pacientes terão dificuldades de vez em quando, e isso é esperado. Porém, usando a prevenção de recaída ou fazendo algumas sessões de psicoterapia, espera-se que a maioria retome o comportamento saudável de não arrancar cabelo em curto prazo.

A família tem um papel importante no tratamento e na recuperação de crianças

com TTM, principalmente porque outros membros podem ficar consideravelmente aflitos com o comportamento de arrancar cabelo de uma criança. Desse modo, envolvê-los nos assuntos da família é útil, até mesmo como um componente essencial e efetivo do tratamento.

As preocupações parentais devem ser encaminhadas, e os papéis dos pais no processo psicoterapêutico devem ser discutidos em detalhes com o terapeuta. Não é incomum se sentirem profundamente envolvidos no problema de seu filho, assim eles provavelmente precisarão de orientação e apoio do terapeuta para colaborar na condução do tratamento.

Com crianças pequenas, os pais poderão estar diretamente envolvidos no planejamento de estratégias do tratamento. Com crianças de mais idade e adolescentes, é aconselhável que os pais aceitem uma posição menos diretiva e mais encorajadora na terapia. As circunstâncias variam de família para família, então poderá ser avaliado pelo terapeuta sua atuação em cada caso.

A medicação não é o objeto de discussão deste capítulo, até porque não é considerada o tratamento de primeira escolha para crianças e adolescentes, devido à escassez de estudos para avaliar sua eficácia.

A evidência para prescrever tratamento medicamentoso para crianças em idade pré-escolar foi baseada em experiência clínica. Se a psicoterapia falhar, considera-se a introdução de medicamentos por causa do potencial impacto da TTM sem tratar a causa. A medicação pode ser usada só ou preferivelmente associada à psicoterapia comportamental, sendo necessária em casos de comorbidade, como depressão e ansiedade.

Crianças que fazem uso de medicamentos deveriam ser cuidadosa e frequentemente monitoradas em relação aos benefícios e aos efeitos adversos potenciais. Portanto, decidir pelo uso é aceitável se não houver efeitos colaterais significativos.

Não há diretriz sobre quanto tempo deveria ser usado medicamento no tratamento de crianças e adolescentes. Seria razoável que os benefícios demonstrassem isso. Talvez durante um período de 6 a 12 meses depois que o controle da TTM fosse alcançado, uma redução gradual da dose ou a descontinuação do medicamento pudesse ser considerada depois de uma razoável fase de estabilidade dos sintomas.

Medicamentos para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) deveriam ser usados com cuidado por causa de relatos anedóticos de que eles precipitam ou pioram a TTM em alguns indivíduos; entretanto, às vezes atenuam a TTM em outros indivíduos. Por fim, ao tratar crianças e adolescentes com medicamentos, deveria ser dada consideração aos potenciais efeitos de drogas no sistema nervoso em desenvolvimento.

CASO CLÍNICO

PCT, 13 anos, cursa a 7ª série do ensino fundamental e mora com os pais. Foi trazida para consulta pela mãe por recomendação do pediatra, que diz que P sempre foi uma criança normal e que nunca teve nenhum problema grave de saúde. A mãe relata que seu casamento está em crise, que ela e o marido brigam muito, que estão se divorciando e que ainda não falaram com a paciente sobre o fato. P. relata que não sabe por que tem interesse na raiz do seu cabelo. De início, arrancava e examinava o fio para ver que tipo de raiz tinha. Sentia dor, mas trazia alívio e satisfação. Relata que havia lugares na cabeça em que ela sentia que os fios precisavam ser arrancados mais que outros e que quando ficava tensa sentia alívio ao arrancar o cabelo, com preferência pelos fios mais duros. Não lembra como começou, porém diz que "tocava de leve" o fim do cabelo no lábio superior até ficar molhado e depois apertava os lábios suavemente porque gostava de sentir o quanto "rechonchuda" a raiz era e que às vezes rodava entre os dedos ou segurava sob a luz para ver o quão grosso ele era. Por conta desse processo P apresentava uma grande falha no cabelo. Após inúmeras tentativas para conter o comportamento que acontecia na cama,

como usar boné, sua mãe fazia com que a paciente usasse luvas ao dormir, mas ela logo passou a mordê-las até fazer um furo e continuar com o comportamento. A mãe de P foi chamada na escola, pois a professora observou que P estava arrancando cabelo na sala de aula também.

Diálogo entre terapeuta e paciente

T: Você sabe por que veio aqui?
P: Acho que é porque eu arranco cabelo e como a raiz dele... (responde com vergonha)
T: E como você arranca... Tem algum jeito especial para arrancá-lo?
P: Eu normalmente arranco à noite na cama, eu gosto de arrancar o fio mais grosso e preciso ver a raiz se ela é branquinha e gordinha, aí eu mordo e faz um barulhinho...
T: Você sente alguma coisa quando faz isso?
P: Não, antes eu sentia um pouco de dor, agora eu gosto... Parece que alivia...
T: Alivia o quê?
P: Não sei dizer... Eu fico estranha... Eu não sei dizer o que é.
T: E por quanto tempo você fica arrancando?
P: Eu só arrancava à noite na cama antes de dormir, agora eu arranco também na escola e na rua.
T: Você já deixou de fazer alguma coisa por causa disso?
P: Já, não fui na festa de uma amiga e também não gosto de nadar.
T: Você já tentou fazer alguma coisa para parar de arrancar o cabelo?
P: Eu não... Mas minha mãe vive inventando coisa... Ela já me fez dormir de boné... Pôr luvas, mas eu mordia as pontas dela e arrancava... Até ameaçou que iria amarrar minha mão...
T: Faz quanto tempo que você arranca seu cabelo?
P: Não sei dizer... Eu não lembro...
T: Eu gostaria de dizer que você não é a única adolescente que arranca o cabelo... Há outras que também arrancam cabelo.
P: É mesmo?
T: Acho que juntos poderemos superar esse comportamento, o que você acha?
P: Acho que posso tentar... pela minha mãe, porque ela anda muito nervosa... Acho também que eu estou decepcionando ela se não tentar...

CURSO CLÍNICO E PROGNÓSTICO

Chegar a conclusões sobre o prognóstico da TTM em crianças e adolescentes é uma tarefa quase impossível. Muitas controvérsias relativas ao prognóstico já foram discutidas. Talvez o mais importante seja descobrir a idade de começo do sintoma, predizendo resultados a longo prazo. Swedo e colaboradores (1992) propuseram que um grupo de crianças jovens com TTM de início precoce, os chamados "trico bebês", têm TTM benigna que não progride.

Os autores concluíram que os adultos com TTM não indicaram o começo na idade pré-escolar, um achado que os levou a propor que, quando arrancar o cabelo acontecer nos anos pré-escolares, talvez não progrida. Eles sugeriram ainda que o curso da recaída de início precoce pode ser indicativo de uma etiologia infecciosa (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections - PANDAS) e que a condição é tratável (Penzel, 2003).

Informações de outras populações de crianças não apoiam as conclusões anteriores. Delgano e Mannino (1969) indicaram que o padrão de TTM em sua amostra era "intermitente e periódico", sugerindo um curso cíclico até mesmo nas crianças mais velhas e adolescentes. King e colaboradores (1995a) informaram que 53,3% dos sujeitos com TTM em sua amostra tiveram um curso intermitente, com período livre de sintomas de pelo menos três meses. É possível hipotetizar muitos outros indicadores de prognóstico, como em outros transtornos do impulso. O período de tempo que o sintoma se mantém afeta a diminuição, já que há-

bitos profundamente incorporados são mais resistentes ao tratamento. A existência de outra comorbidade psiquiátrica, a vontade do paciente e da família para seguir as recomendações da terapia são outros potenciais fatores influentes no prognóstico, embora nenhum tenha sido avaliado sistematicamente em estudos na população geral.

Até o momento, pacientes jovens com sintomas por um curto período de tempo sem outra psicopatologia significante terão melhor prognóstico do que crianças e adolescentes com outras comorbidades psiquiátricas e com um começo posterior de TTM ou com uma história prolongada de sintomas. Entretanto, essas conclusões são especulativas.

Crianças e adolescentes com TTM continuam sendo uma incógnita e só recentemente começaram a ser pesquisadas de maneira sistemática. A TTM, em geral, começa durante a infância, mas controvérsias continuam existindo sobre a idade de início e sobre se esse fato muda o prognóstico do transtorno. Inicialmente, pensou-se que a maioria dos arrancadores de cabelo eram mulheres, mas um recente estudo com uma amostra não clínica de adolescentes em Israel sugere que há uma porcentagem muito mais alta de homens com TTM do que se acreditava. Muitas crianças com comportamento de arrancar cabelo também têm sintomas de ansiedade, depressão ou outras complicações psiquiátricas, e uma avaliação completa deve ser feita para avaliar a existência de comorbidades.

Pouco é conhecido sobre a etiologia específica da TTM, mas evidências atuais indicam possíveis fatores influentes no desenvolvimento e na perpetuação de sintomas, entre eles, infecções periódicas por *streptococco* que conduzem à formação de anticorpo no sistema nervoso central, ocasionando comportamento repetitivo; anormalidades em sistemas de neurotransmissão, sobretudo o sistema serotoninérgico, formação de hábito e dinâmica familiar. Os estudos apontam que alguns pacientes responderam a uma variedade de medicamentos com redução dos sintomas de TTM e que o tratamento deveria ser multiprofissional, incluindo medicamentos para o caso de comorbidade psiquiátrica e psicoterapia comportamental e familiar quando necessário.

Pesquisas futuras precisam ser feitas de maneira inclusiva e sistemática. Estudos longitudinais sobre os sintomas, o desenvolvimento de comorbidade psicopatológica e o curso natural da TTM são imperativos para que uma verdadeira compreensão seja alcançada. Pesquisas sobre imunobiologia sugestionam a necessidade de investigações adicionais nessa área, e promissores estudos de neuroimagem apontarão as possíveis anormalidades a serem exploradas.

RESUMO

- As causas da TTM ainda não são claras.
- A TTM pode começar durante a infância ou a adolescência.
- Crianças com comportamento de arrancar cabelo também podem ter comorbidades, principalmente ansiedade, depressão, além de complicações clínicas, como síndrome do túnel do carpo e lesões na pele.
- Em crianças, as infecções periódicas por *streptococco*, que levam à produção de anticorpos no sistema nervoso central resultando em comportamento repetitivo e na formação de hábito, pode ser um fator no desenvolvimento e perpetuação dos sintomas.
- Dinâmica familiar pode ser um dos fatores da TTM.
- Psicoterapia individual é a primeira escolha de tratamento, e a terapia familiar pode ser associada.
- A medicação pode ser introduzida quando comorbidades estiverem presentes.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Anderson FW, Dean HC. Some aspects of child guidance clinic intake policy and practices: a study of 500 cases at the Los Angeles Child Guidance Clinics. *California Public Health Nonograph* (Los Angeles). 1956;42:1-14.

Azrin N H, Nunn RG. Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behav Res Ther*. 1973;11:619-628.

Berg C. The unconscious significance of hair. *Int J Psychoanal*. 1936;17:73-89.

Bhatia MS, Singhal PK, Rastogi V, et al. Clinical profile of trichotillomania. *J Indian Med Assoc*. 1991;4:137-139.

Blalock A. Bezoars and concretion. A comprehensive review of the literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. *Recent Advances in Surgery*. 1938;4:934-963.

Burrows A (for O`Donovan, WJ). Infantile trichotillomania. Proceeding of the Royal Society of Medicine. 1933;26:836-838.

Buxbaum E. Hair pulling and fetishism. Psychoanal Study Child. 1960;15:243-260.

Chang CH, Lee MB, Chiang YC, et al. Trichotillomania: a clinical study of 36 patients. J Formos Med Assoc. 1991;90:176-180.

Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Characteristics of 60 adult chronic hair puller. Am J Psychiatry. 1991;148:365-370.

Christenson, G. A.; Mackenzie T. B. & Reeve, E. A. -Familial Trichotillomania [Letter to the editor]. Am J Psychiatry. 1992;149:283.

Christenson GA, Mackenzie TB, Mitchell JE. Adult men and women with trichotillomania. A comparison of and female characteristics. Psychosomatics. 1994; 35:142-149.

Christenson GA. Trichotillomania – from prevalence to comorbidity. Psychiatr Times. 1995;12(9):44-48.

Cohen LJ, Stein DJ, Simcon D, et al. – Clinical profile, comorbidity, and treatment history in 123 hair pullers: a survey study. J Clin Psychiatry. 1995; 56:319-326.

Davis H. Epidemic alopecia areata. Br. J Dermatol. 1914;26:207-210.

Delgado RA, Mannino FV. Some observations on trichotillomania in children. Journal of American Academy of Child Psychiatry. 1969;8:229-246.

Flessner CA, Woods DW, Franklim ME, Keuthen NJ, Piacentini J, Cashin SE, et al., The Milwaukee Inventory for Styles of Trichotillomania – child version (MIST-C): initial development and psychometric properties. Behav Modif. 2007 nov; 31(6):896-918.

Friman PC, Finney JW, Christopherson ER. Behavioral treatment of trichotillomania: An evaluative review. Behav Ther. 1984;15:249-265.

Friman PC, O'Connor WA. The integration of hypnotic and habit reversal techniques in the treatment of trichotillomania [Letter to the editor]. Behav Ther. 1984;7:166-167.

Gluhoski VL. A cognitive approach for treating trichotillomania. J Psychother Pract Res. 1995;4:277-285.

Graber J, Arndt WB. Trichotillomania. Compr Psychiatry. 1993;34:340-346.

Grant JE, Odlaug BL. Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. Compr Psychiatry. 2008 Nov-Dec;49(6):579-84.

Ilan E, Alexander E. Eyelash and eyebrow pulling (trichotillomania) treatment of two adolescent girls. Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines. 1965;3:267-281.

King RA, Scahill L, Vitulano La, et al. Childhood trichotillomania: clinical phenomenology, comorbidity, and family genetics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995a;34:1451-1459.

King RA, Zohar AH, Ratzoni G, et al. An epidemiological study of trichotillomania in Israeli adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995b;34:1212-1215.

Kishinan KRR, Davidson JRT, Guajardo C. Trichotillomania: a review. Compr Psychiatry. 1995; 26:123-128.

Knell SM, Moore DJ. Childhood trichotillomania treated indirectly by punishing thumb sucking. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1988;19:305-310.

Lerner J, Franklin ME, Meadows EA, Hembree E, Foa EB. Effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for trichotillomania: An uncontrolled evaluation. Behav Ther. 1998;29:157-171.

Mackenzie TB, Ristvedt SL, Christenson GA, Lebow AS, Mitchell JE. Identification of cues associated with compulsive, bulimic, and hair pulling symptoms. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1995,Mar;26(1):9-16.

Manino FV, Delgado RA. Trichotillomania in children: a review. AM J Psychiatry. 1969;126:505-511.

Mansueto CS, Stemberger RMT, Thomas AM, Colomb RG. Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. Clin Psychol Rev. 1997; 17:567-577.

Martin A, Wiggs CL, Altemus M, Rubenstein C, Murphy DL. Working memory as assessed by subject-ordered tasks in patients with obsessive--compulsive disorder. J Clin Exp Neuropsychol. 1995;17(5),786-792.

McElroy SL, Hudson JI, Pope IG, Keck PE, Aizley HG. The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. Am J Psychiatry. 1992;149:318-327.

Muller AS. Trichotillomania study in sixty-six patients. J Am Acad Dermatol. 1990;23:56-62.

Muller AS, Winkelmann RK. Trichotillomania: a clinicopathologic study of 24 cases. Arch Dermatol . 1972;105:535-540.

Oranje AP, Peereboom-Wynia JDR, De Raeymaecker DMJ. Trichotillomania in childhood. J Am Acad Dermatol. 1986;15:614-619.

O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Jenike MA, Gurley G. Trichotillomania and carpal tunnel syndrome [Letter to the editor]. J Clin Psychiatry. 1996;57:174.

Penzel F. The hair-pulling problem: a complete guide to trichotillomania. Oxford University Press, New York, 2003.p.21.

Peterson AL, Campéese RL, Sarín NH. Behavioral and pharmacological treatments for tic and habit disorders. J Dev Behav Pediatric. 1994;15:430-441.

Reeve EA, Bernstein GA, Christenson GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992;31:132-138.

Rosenbaum MS, Aylon T. The habit-reversal technique in treating trichotillomania. Behav Ther. 1981;12:473-481.

Rothbaum BO, Ninan PT. The assessment of trichotillomania. Behav Res Ther. 1994;32:651-662.

Sah DE, Coot J, Price VH. Trichotillomania. Dermatol Ther. 2008;21:13-21.

Schachter VM. Trichotillomania in children. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatri. 1961;10:120-124.

Schlosser S, Black DW, Blum N, Goldstein RB. The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. Ann Clin Psychiatry. 1994;6:147-152.

Schnurr RG. Psychological assessment and discussion of female adolescents with trichotillomania. Adolesc Psychiatry. 1988;15:463-470.

Stanley MA, Swann AC, Bowers TC, Davis ML, Taylor DJ. A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther. 1992;30:39-44.

Stroud JD. Hair loss in children. Pediatr Clin North Am. 1983;30:641-657.

Swedo SE. Trichotillomania. Psychiatric Annals. 1993;23:402-407.

Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania: in obsessive compulsive spectrum disorder? Psychiatr Clin North Am. 1992;15:777-791.

Tabatabai SE, Salari-Lak M. Alopecia in dolls. Cutis. 28; 1981,206.

Toledo EL, Cordás TA. Tricotilomania. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. Editores. Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. São Paulo: Artmed. 2008. p. 63-79

van Minnen A, Hoogduink AL, Keijsers GPJ, Hellenbrand I, Hendriks GJ. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or Fluoxetine. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:517-522.

Watson TS, Allen KD. Elimination of thumb-sucking as a treatment for severe trichotillomania. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993;32:830-834.

Zaidens SH. Self-inflicted dermatoses and their psychodynamics. J Nerv Mental Dis. 1951;113:395-404.

PARTE VI

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA A POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

18

Transtornos de excreção: enurese e encoprese

Edwiges Ferreira de Mattos Silvares
Rodrigo Fernando Pereira
Paula Ferreira Braga Porto

A enurese e a encoprese são transtornos com prevalência relativamente alta na infância, às vezes se estendendo até a adolescência ou mesmo até o início da idade adulta. É fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificá-las e assumir a conduta mais adequada como seguimento para esses quadros clínicos, já que ambas, mais facilmente tratadas na fase inicial, podem levar a dificuldades emocionais e comportamentais que se agravam ao longo do tempo.

O propósito deste capítulo é abordar os critérios diagnósticos e classificação, a epidemiologia, a etiologia, o curso e prognóstico, os tratamentos, bem como descrever um breve caso clínico para cada um deles e finalizar com as conclusões sobre ambos.

Os extratos de sessão de casos clínicos apresentados para ilustrar o capítulo foram levantados a partir de consulta de prontuários e gravação de sessões de terapia, nas quais os pacientes, cujos nomes são fictícios, foram atendidos como parte de projetos de pesquisa de pós-graduação.

É importante ressaltar que, embora os quadros de enurese e encoprese tenham características comuns, há cinco vezes mais publicações e citações relativas ao primeiro, possivelmente por conta de sua maior prevalência (Mikkelsen, 2001) e de menor consenso sobre aspectos etiológicos e de tratamento relativos ao segundo.

ENURESE

Critérios diagnósticos

Embora a enurese seja um dos transtornos mais comuns da infância, ainda não há consenso em relação aos critérios diagnósticos a serem utilizados em sua identificação. Os dois principais conjuntos de normas para a avaliação da criança que urina na cama são propostos pela Associação Psiquiátrica Americana, no DSM-IV (2002), e pela Sociedade Internacional de Continência da Criança (ICCS, Nevéus et al., 2006). O **Quadro 18.1** compara os critérios apresentados em cada uma das propostas.

Como descrito no Quadro 18.1, o critério do DSM-IV é bem mais rígido do que o da ICCS, ainda que neste seja ressaltado que o diagnóstico deve levar em consideração o sofrimento da criança. Por outro lado, o conjunto de critérios da ICCS define que os episódios devem ter um volume urinado

QUADRO 18.1
Comparação entre critérios diagnósticos para a enurese da ICCS e APA

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	ICCS	APA (DSM-IV)
Frequência	1 episódio* por mês	2 episódios por semana por pelo menos 3 meses
Idade	5 anos	5 anos
Característica da micção	Voluntária ou involuntária, na cama ou na roupa Micção não se deve a uma condição clínica geral como diabete, espinha bífida, etc.	Micção fisiologicamente normal durante o sono
Características dos episódios	Episódios discretos em grande quantidade	Não especifica
Outros aspectos	Não especifica	Frequência menor pode ser considerada no caso de sofrimento para a criança

* Um "episódio" é uma ocorrência de perda de urina na cama, durante o sono, também chamado de "molhada".

considerável a fim de excluir possíveis problemas no funcionamento da bexiga.

Isso, de um lado, traz dificuldades ao profissional de saúde em relação a decidir se deve ou não iniciar um processo de intervenção com o paciente que lhe é trazido pelos pais; por outro, a própria discordância pode lhe chamar atenção para a necessidade de considerar principalmente o impacto que a enurese traz à criança ou ao adolescente do que se basear estritamente nos critérios em relação à frequência de episódios na definição da conduta adequada a ser seguida.

A discrepância dificulta a realização de estudos conclusivos sobre aspectos como epidemiologia e etiologia, e considera-se como providencial a unificação da terminologia — um movimento iniciado pela ICCS, Entretanto, enquanto ela não é alcançada, os autores devem explicitar os critérios utilizados ao focalizar o quadro. Neste capítulo, o critério diagnóstico e a proposta de classificação da ICCS, os mais utilizado nos trabalhos recentes da área, serão utilizados.

Classificação

A enurese é primária quando a criança nunca obteve um período de controle superior a seis meses consecutivos. Quando esse controle foi obtido e perdido, considera-se que a enurese é secundária.

A enurese é chamada monossintomática quando não é acompanhada de outros sintomas característicos de outros quadros clínicos relativos à micção, e não monossintomática quando é acompanhada de outros sintomas diurnos, como manobras de contenção, urgência miccional, frequência alterada de micções ou incontinência miccional diurna. A enurese não monossintomática denota outros problemas no funcionamento do trato urinário inferior e implica necessariamente uma avaliação por uma equipe de saúde multidisciplinar.

Os modelos de classificação mais antigos traziam diferenciação entre enurese noturna e diurna. Atualmente, o último termo é considerado incorreto (Nevéus, 2006), uma vez que as características da perda de urina durante a vigília são distintas da que

ocorre durante o sono, sendo o que hoje se define como *incontinência urinária diurna*. O termo enurese deve ser utilizado apenas em referência aos episódios durante o sono, sendo que a expressão *enurese noturna* é redundante e deve ser evitada. O **Quadro 18.2** mostra as possibilidades classificatórias da enurese.

Epidemiologia

Como os critérios para a definição da enurese variam, os resultados dos estudos de prevalência são discrepantes. Sabe-se, no entanto, que a enurese é bastante comum por volta dos 7 anos (Butler, 2004), afetando, nessa faixa etária, mais meninos (de 15 a 22%) que meninas (de 7 a 15%). A cada ano, 15% das crianças enuréticas resolvem o problema sem nenhum tipo de tratamento, o que se conhece por remissão espontânea (Jensen e Kristensen, 2001). Assim, a prevalência diminui com a idade, mas ainda afeta de 1 a 2% dos jovens adultos. A partir da adolescência, a enurese acomete igualmente meninos e meninas. A questão da variação de acordo com o critério é evidente em um estudo (Butler, Golding, Northstone e The Alspac Study Team, 2005) em que 15,5% das crianças de 7 anos e meio molhavam suas camas, mas apenas 2,6% dos participantes o faziam em quantidade suficiente para se encaixar nos critérios estabelecidos pelo DSM-IV.

No Brasil, ainda são escassos os estudos sobre o quanto a enurese afeta a população infantil. Recentemente (Schoen-Ferreira, Marteleto, Medeiros, Fisberg e Aznar-Farias, 2007) identificaram quantos pais respondiam positivamente a uma questão sobre enurese entre as várias que faziam parte de um instrumento global de avaliação, aplicado e um centro de saúde. Os resultados indicaram que a resposta foi positiva para 11,3% das crianças em nível escolar, 6,6% dos adolescentes e 1,8% dos jovens, o que parece estar de acordo tanto com o que é relatado na literatura internacional como com a afirmação de que a enurese diminui sua prevalência com a idade, seja por conta da remissão espontânea, seja pela realização de tratamentos. Outro trabalho nacional de natureza epidemiológica foi realizado por Mota, Victora e Hallal (2005), com amostra probabilística obtida diretamente em domicílios da região de Pelotas (RS), o qual chegou a uma prevalência de enurese em 20,1% dos meninos e 15,1% das meninas de até 9 anos.

Logo, o que se pode perceber é que, independentemente do critério utilizado, muitas crianças e até adolescentes molham suas camas durante a noite. Essa informação implica, para profissionais que lidam com a faixa etária em que o transtorno ocorre, que a enurese não deve ser negligenciada. Muitas vezes, as famílias, as crianças e principalmente os adolescentes não falam sobre o problema, achando-o natural ou vergonhoso. No entanto, é importante identificar e tratar a enurese ainda na fase inicial, não só pensando em um caráter curativo, como também de prevenção de outros problemas.

A alta prevalência do quadro também pode funcionar como um instrumento tera-

QUADRO 18.2
Possibilidades de classificação da enurese

	QUANTO À OBTENÇÃO DE CONTROLE ANTERIOR	QUANTO À EXISTÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS
Enurese	Primária ou Secundária	Monossintomática ou Não monossintomática

pêutico auxiliar, pois informar à família que o problema ocorre com uma grande quantidade de crianças ajuda a aliviar o fardo da enurese e a sensação de perplexidade que acomete os enuréticos. Em termos práticos, a quantidade de crianças enuréticas também possibilita realizar facilmente grupos de orientação e tratamento, potencializando o alcance do trabalho de uma equipe de saúde.

Etiologia

A enurese é um transtorno cuja base genética é modulada por aspectos fisiológicos e ambientais (Von Gontard, Schaumburg, Hollmann, Eiberg e Rittig, 2001). Esses autores afirmam que a enurese é transmitida principalmente por um modo autossômico dominante de alta penetrância. Os estudos de gêmeos mostram que a concordância entre pares é alta tanto para monozigóticos como dizigóticos, evidenciando a forte base genética da etiologia. Contudo, os estudos de genética molecular não são conclusivos ao tentar estabelecer relações entre genótipo e fenótipos de enurese ou de incontinência (Loeys, Hoebeke, Raes, Messiaen, De Paepe e Walle, 2002). A maior parte das crianças enuréticas tem um parente próximo também enurético quando criança. Assim, hoje se aceita que o transtorno tenha um forte componente hereditário.

Em relação à fisiopatologia, Butler e Holland (2000) apresentaram um modelo de definição da enurese chamado de três sistemas, cada um deles envolvendo um possível mecanismo responsável pelos episódios.

Dificuldades no sono e no despertar. Como muitas crianças controlam a urina durante do dia, mas não durante a noite, a hipótese de senso comum é que o problema está na intensidade do sono dos enuréticos, vistos pelos pais como tendo sono profundo. Wille (1994) afirma que elas são mais difíceis de serem acordadas do que as não enuréticas. Já Butler (1994) não concorda que a enurese seja consequência de sono pesado, mas que resulta da incapacidade de resposta aos sinais da bexiga durante o sono. "Quando os sinais da bexiga assumem importância, a criança desenvolverá o controle através do segurar (contraindo os músculos pélvicos) *ou* do acordar" (p. 28). Uma das chaves para o tratamento da enurese, então, é tornar os sinais da bexiga perceptíveis para a criança.

Parece haver uma questão maturacional por trás desse aspecto, afetando os núcleos do tronco cerebral responsáveis pela inibição da contração detrussora durante o sono (Baeyens, Roeyers, Naert, Hoebke e Walle, 2007). Os autores argumentam que o atraso no desenvolvimento do sistema nervoso pode causar a enurese, mas a maturação desses núcleos, com a enurese uma vez instalada, não é suficiente para que as crianças enuréticas passem a ficar secas. Portanto, o mecanismo de "cura" seria outro.

Um estudo feito na Alemanha (von Gontard, Freitag, Seifen, Pukrop e Röhling, 2006) acrescenta que as crianças enuréticas apresentam uma *performance* motora inferior à de crianças que não molham a cama durante a noite, indicando que, além do atraso no desenvolvimento do tronco cerebral, partes do córtex podem interferir na enurese noturna.

Poliúria noturna. É sabido que muitas crianças molham a cama porque seus rins deixam de concentrar a urina à noite, como ocorre normalmente, por uma deficiência na liberação de vasopressina. Estudos mostram que tratamentos com desmopressina (hormônio sintético) diminuem a incidência de noites "molhadas", e que a poliúria está relacionada à quantidade de urina produzida durante a noite (Hansen e Jorgensen, 1997).

Atividade detrussora disfuncional. Esse mecanismo se refere à instabilidade do músculo detrussor durante o sono (Houts, 1991). Contrações espontâneas da bexiga produziriam a urina na cama. O que ocorre com crianças enuréticas é que, com o enchimento da bexiga, há um relaxamento da musculatura pélvica e uma contração involuntária do detrussor, o que está associado à

micção. Crianças não enuréticas respondem ao enchimento da bexiga com contração do esfíncter e inibição das contrações involuntárias do detrussor, permitindo que continuem dormindo sem urinar ou que respondam acordando à sensação de bexiga cheia, caracterizando a noctúria. O estudo realizado por pesquisadores belgas (Baeyens, Roeyers, Naert, Hoebke e Walle, 2007) evidencia que de fato as crianças enuréticas têm um déficit maturacional no núcleo responsável pela inibição das contrações involuntárias da bexiga, impossibilitando a resposta que lhes permitiria continuar dormindo sem que o episódio de enurese ocorra. Também é comum que a atividade detrussora disfuncional esteja associada à baixa capacidade funcional da bexiga, uma vez que ela geralmente não se enche totalmente.

Os sistemas apresentados podem surgir em combinações diferentes. A incapacidade de despertar sempre estará presente, pois nos casos em que a criança tem poliúria e consegue acordar quando a bexiga está cheia, indo ao banheiro em seguida, se configura a noctúria. As molhadas ocasionadas pela poliúria associadas à incapacidade de acordar geralmente ocorrem em grande quantidade. Já as ocasionadas pela instabilidade detrussora são caracterizadas por molhadas pequenas, frequentemente acontecendo mais de uma vez por noite. Avaliar o tipo de enurese com o qual se está lidando é importante para realizar um tratamento correto.

Butler (2004) lista diversos aspectos psicossociais relacionados à enurese, como baixo nível socioeconômico, famílias numerosas e pai desempregado. Experiências disruptivas na infância também podem estar associadas à enurese, uma vez que podem afetar o desenvolvimento normal e, consequentemente, a aquisição do controle urinário. Por outro lado, a estabilidade familiar e a amamentação parecem reduzir os riscos do surgimento da enurese.

A enurese pode apresentar comorbidade com diversos outros quadros, como transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Shreeram, He, Kalaydjian, Brothers e Merikangas, 2009), obesidade (Guven, Giramonti e Kogan, 2007), constipação intestinal (McGrath, Caldwell e Jones, 2008) e alergia (Mungan, Seckiner, Yesilli, Akduman e Tekin, 2005). No caso da constipação intestinal, muitas vezes associada à encoprese, ela deve ser tratada antes da enurese, uma vez que o acúmulo de fezes na porção final do intestino pode alterar o funcionamento da bexiga, levando à ocorrência dos episódios de enurese. Não há relação causal clara entre a enurese e outros transtornos comórbidos.

Curso e prognóstico

A maior parte das crianças que urina na cama à noite apresenta enurese primária monossintomática. Isso significa não terem um controle vesical noturno que deveria ter sido adquirido em uma janela do desenvolvimento (Butler, 2004), possivelmente pelas questões maturacionais já citadas. Sendo assim, o quadro de enurese tem sido cada vez mais considerado um problema primário, sem um curso característico, sendo apenas o resultado da não obtenção de um controle esperado. Uma possibilidade de variação no curso da enurese é a remissão espontânea, que pode ocorrer a qualquer momento. Isso não significa, entretanto, que seu tratamento deva ser negligenciado, uma vez que a chance de remissão é baixa, e a enurese pode permanecer até o início da idade adulta. Além disso, quanto mais o tempo passa, mais severa a enurese se torna, tendo piores respostas ao tratamento (Nappo, Del Gado, Chiozza, Biraghi, Ferrara e Caione, 2002).

Existem alguns fatores que influenciam o desempenho das crianças enuréticas no tratamento. Um deles é a severidade da enurese, já que algumas chegam a ter três ou mais episódios por noite, enquanto outras apresentam poucas “molhadas” por semana, sendo as primeiras mais difíceis de serem tratadas. Outro conjunto de fatores se refere às características das famílias, em especial a adesão ao tratamento e ao perfil da criança. Houts (2003) aponta que crianças

com alto índice de problemas de comportamentos externalizantes deveriam resolvê-los antes de se engajar no tratamento da enurese. Arantes (2007) identificou que crianças com problemas de comportamento levam mais tempo para obter sucesso no tratamento do que as que não os apresentam.

Tratamentos

Um guia estratégico produzido pela ICCS (Hjalmas et al., 2004) aponta seis formas de tratamento consolidadas da enurese noturna, sendo três medicamentosas (antidepressivos tricíclicos, oxibutinina e desmopressina), duas psicológicas (alarme com componentes comportamentais e alarme sem componentes comportamentais) e acupuntura. A avaliação dos resultados deve seguir os critérios estabelecidos por Butler (1991):

- Sucesso inicial: 14 noites secas consecutivas
- Recaída: duas noites molhadas em duas semanas
- Sucesso continuado: seis meses sem recaída
- Sucesso completo: dois anos sem recaída

O antidepressivo mais utilizado no tratamento da enurese é a imipramina, empregada com essa finalidade desde os anos de 1960. Há uma série de possíveis explicações sobre a atuação desse medicamento nos episódios de enurese: efeito anticolinérgico reduzindo as contrações da bexiga, aumento da sensibilidade para despertar e redução da produção de urina. No entanto, a taxa de sucesso é muito baixa (apenas 17% de sucesso continuado), além de haver relatos de efeitos colaterais severos, como a morte por overdose. Associando-se isso à inadequação de tratar uma criança psicologicamente saudável com um psicofármaco, conclui-se que a imipramina é um tratamento de segunda linha que só deve ser utilizado quando outros falharam.

A oxibutinina é um anticolinérgico que promove relaxamento muscular e inibição das contrações involuntárias da bexiga. Embora seja eficaz no tratamento da incontinência e dos sintomas diurnos, como a urgência miccional, é, em tese, pouco eficaz com a enurese primária monossintomática, definida pelo funcionamento normal da bexiga. No entanto, como o diagnóstico de enurese monossintomática é difícil, uma vez que os sintomas diurnos podem estar camuflados, a droga pode ser utilizada em combinação com outros tratamentos.

A desmopressina é uma versão sintética do hormônio antidiurético, que atua reduzindo a produção de urina durante a noite. O tratamento com esse medicamento é considerado eficaz, atingindo 60% de sucesso durante o uso e cerca de 30% de sucesso continuado após sua interrupção. Apesar de haver alguns relatos de efeitos colaterais como intoxicação por água, a desmopressina é uma opção de primeira linha para o tratamento medicamentoso da enurese, sendo altamente recomendada pela ICCS.

O tratamento com alarme recebe o nível mais alto de recomendação pela ICCS. Alguns autores, como Houts (1991, 2003), defendem que o alarme é uma opção melhor por conta do custo mais baixo e do efeito mais duradouro: cerca de 60% quando realizado com outros procedimentos comportamentais. O alarme é um dispositivo sonoro ou vibratório usado na roupa ou na cama da criança que é acionado pelo início da micção. A criança desperta pela ativação do alarme, o que a leva, ao longo do tratamento, a acordar antes de iniciar a micção. Um dos processos pelo qual o tratamento parece funcionar é a esquiva ativa, em que a bexiga cheia assume caráter de estímulo discriminativo para o acionamento do alarme, fazendo com que a criança acorde ou contraia a musculatura pélvica para continuar a noite de sono. Butler (1994) aponta que, por conta disso, pode haver um aumento na capacidade funcional da bexiga.

Alguns procedimentos comportamentais podem ser adicionados ao treino com alarme (Houts, 2003), como o treino de

limpeza, em que a criança troca sua cama com auxílio dos pais após o episódio, e os registros e a prevenção de recaída, na qual o enurético, após ter obtido sucesso inicial no tratamento, ingere certa quantidade de líquido antes de dormir determinada por sua idade. A prevenção de recaída reduz a reincidência dos episódios de 40 para 10%. Além disso, podem ser realizados exercícios de contenção da urina feitos durante o dia, com auxílio dos responsáveis. Em um deles, aumenta-se gradativamente o hiato entre a sensação de bexiga cheia e a ida ao vaso sanitário para liberação da urina; em outro, a criança deve parar voluntariamente a micção iniciada no vaso por alguns segundos e reiniciá-la em seguida, por várias vezes. No entanto, não é certo ainda que esses procedimentos aumentem a eficácia do tratamento.

A acupuntura parece ser uma forma de tratamento a ser considerada entre as opções terapêuticas para a enurese (Hjalmas et al., 2004), tendo obtido bons resultados em estudos preliminares. No entanto, uma vez que ainda faltam investigações mais abrangentes em termos de tempo e número de pacientes, a acupuntura ainda é considerada um tratamento de segunda linha.

A comparação entre os tratamentos disponíveis pode ser vista no **Quadro 18.3**.

Verifica-se pelas formas de atuação dos tratamentos a necessidade de se realizar uma boa avaliação da enurese, buscando identificar os sistemas subjacentes aos episódios. Tratamentos combinados (p.ex., o alarme com a desmopressina ou com a oxibutinina) podem maximizar os resultados favoráveis.

Tratamento com alarme no Brasil

Em âmbito nacional, as pesquisas conduzidas no Projeto Enurese do Instituto de Psicologia da USP focaram, em primeiro lugar, a efetividade do tratamento com alarme na população brasileira. Vários estudos realizados até o momento mostraram que o tratamento obtém os mesmos resultados apontados na literatura estrangeira (Oliveira, 1999; Silva, 2004; Costa, 2005; Pereira, 2006). Por conta de o trabalho ser desenvolvido em serviço-escola, busca-se sempre o tratamento mais econômico possível, sendo bastante desenvolvido até o momento o atendimento em grupo de forma presencial, baseado no modelo triádico como é descrito por Silvares (1995).

Atualmente, um dos aspectos que tem sido objeto de interesse pelos pesquisadores do Projeto Enurese é o favorecimento da adesão (Pereira, Sousa, Gauy, Araújo, Meyer e Silvares, em elaboração). Sendo o alarme altamente eficaz quando o procedimento é seguido corretamente, o problema passa a ser garantir que as famílias de fato realizem as instruções como são descri-

QUADRO 18.3
Tratamentos consolidados para a enurese

TRATAMENTO	SISTEMA DE ATUAÇÃO	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
Imipramina	Incerto	B
Oxibutinina	Instabilidade detrussora	B
Desmopressina	Poliúria	A
Alarme	Incapacidade em despertar, capacidade funcional	A
Acupuntura	Incerto	B

tas. Uma revisão recente (Butler e Gasson, 2005) mostrou que há uma série de ameaças ao tratamento com alarme, como molhadas múltiplas por noite, a presença de enurese diurna, baixa capacidade funcional da bexiga, falta de motivação, dificuldades familiares, pais punitivos e problemas de comportamento. Sendo assim, o papel do terapeuta é abordar todos os aspectos que podem dificultar o alcance das desejáveis "noites secas". No entanto, pode-se especular até que ponto é necessário um acompanhamento intensivo do terapeuta quando a família apresenta boas condições para que o trabalho seja realizado. Talvez o acompanhamento psicológico possa ser moderado de acordo com as necessidades de cada caso. Há inclusive um estudo sendo desenvolvido por um dos membros da equipe do Projeto Enurese, cujo foco é o exame dos resultados de duas formas de acompanhamento, uma presencial e outra por telefone (Pereira, 2009).

Descrição de caso clínico

Antônio era um garoto de 7 anos que veio acompanhado pelos pais para o serviço-escola de psicologia do Projeto Enurese. Apresentava enurese primária monossintomática, caracterizada por múltiplos episódios, com grande quantidade de volume urinado diariamente. Os pais de Antônio relataram terem sido enuréticos quando crianças. De acordo com a mãe, até o momento do tratamento do filho, precisava se levantar várias vezes durante a noite para ir ao banheiro. O pai também durante o mesmo período contou que havia tido um episódio de perda de urina noturna.

A adesão da família foi essencial ao tratamento, já que o ponto de partida é considerar o alarme eficaz. O sucesso ou não do uso é justamente seguir as instruções e envolver tanto a criança como seus pais nas tarefas diárias. Nas sessões, realizadas aos sábados, Antônio vinha acompanhado do pai, da mãe e da irmã, o que parece evidenciar a união familiar no intuito de ajudá-lo a superar o problema. Nos primeiros 30 minutos, Antônio conversava com o terapeuta sobre o andamento do tratamento. Em seguida, o terapeuta conversava com os pais enquanto Antônio e sua irmã eram acompanhados por uma estagiária que realizava com eles atividades de recreação.

A família, desde o início do tratamento, relatou cumprir todas as indicações feitas pelo psicólogo, que os orientou a dar início ao uso do alarme após três semanas de acompanhamento para estabelecer a linha de base. A **Figura 18.1** mostra a frequência de episódios semanais de Antônio ao longo do tratamento.

Pela Figura 18.1, percebe-se que a quantidade de noites com episódios era alta antes do início do tratamento e permaneceu assim nas primeiras semanas após o início do uso do alarme (indicado pela linha vertical). Como Antônio tinha noites com vários episódios, o que houve inicialmente foi uma diminuição no número de "molhadas" por noite, até que elas ocorressem apenas uma vez durante o sono. Junto com esse processo, começaram a surgir noites secas, que foram aumentando ao longo do tratamento, especialmente na oitava semana, em que a criança teve apenas uma noite com episódio. Em seguida, houve uma oscilação natural, e na vigésima primeira semana foi atingido o critério de sucesso inicial. Nesse momento, foi iniciada a prevenção de recaída, em que a criança bebe certa quantidade de líquido antes de dormir, período em que Antônio teve apenas mais um episódio, tendo recebido alta do tratamento na vigésima quarta semana.

Apesar de ser um caso com prognóstico difícil, pela grande quantidade de molhadas, a adesão da família foi fundamental para o sucesso do tratamento: o alarme foi utilizado todos os dias, inclusive em viagens, os registros foram feitos de forma precisa e houve envolvimento tanto da criança como dos pais, que a monitoraram com práticas positivas.

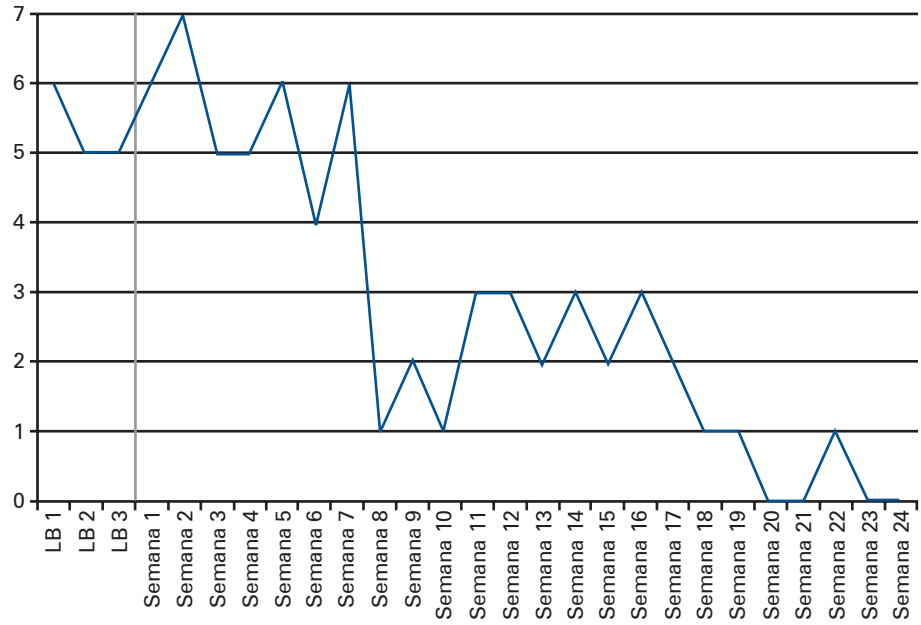


Figura 18.1
Frequência semanal de noites com um ou mais episódios

Breve diálogo entre terapeuta e paciente

T: Antônio, você percebe quando está fazendo xixi na cama?
A: Não.
T: Você sente alguma coisa?
A: Não, quando vejo já fiz.
T: Você consegue acordar quando está com vontade de fazer xixi?
A: Também não.
T: E como é fazer xixi na cama?
A: Chato.
T: Por quê?
A: Porque eu fico molhado, é frio... Tem que tomar banho de manhã.
T: E você já deixou de fazer alguma coisa por causa do xixi na cama?
A: Minha mãe não me deixa dormir na casa dos meus amigos.
T: E você gostaria de ir?
A: Sim, mas não dá por causa do xixi.
T: E o que você acha de tentarmos resolver esse problema?
A (animado): Acho legal.
T: Você vai ter que fazer muitas coisas em sua casa para resolver. Mas seus pais vão ajudá-lo e eu também. Se você fizer tudo direitinho, acho que a gente consegue resolver. Tudo bem?
A: Tudo bem!

ENCOPRESE

Critérios diagnósticos

A encoprese é definida por defecar em locais inapropriados, como as roupas ou o chão, tanto involuntária quanto intencionalmente. Há cada vez mais evidências de que o estilo de vida, a dieta alimentar e fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e psicossociais mais abrangentes tenham pa-

pel importante em sua etiologia, sua manutenção e seu tratamento clinicamente efetivo (Culbert e Banez, 2007).

Os dois principais conjuntos de normas para o diagnóstico da encoprese foram propostos pela Associação Psiquiátrica Americana, no DSM-IV (2004), e pelo Rome Working Team (RWT), no critério pediátrico Roma III (Rasquin et al., 2006) para distúrbios gastrointestinais funcionais (ver **Quadro 18.4**). São critérios bastante diversos, tendo sido o primeiro conjunto proposto por psiquiatras e o segundo por gastroenterologistas pediátricos. Dessa forma, o primeiro entre os critérios, o DSM-IV, trata diretamente da encoprese, fazendo menção expressa a seus dois subtipos: a encoprese retentiva e a encoprese não retentiva, enquanto o segundo, o Roma III, apresenta dois quadros clínicos distintos: a constipação intestinal e a incontinência fecal, deixando de empregar o nome "encoprese". A incontinência fecal é analisada ora como um sintoma associado à constipação intestinal (encoprese retentiva), ora como um quadro isolado de outros sintomas (encoprese não retentiva).

Enquanto o DSM-IV elabora o diagnóstico principalmente com dados relativos

QUADRO 18.4
Comparação entre critérios diagnósticos para encoprese da APA e do RWT

CRITÉRIO DIAGNÓSTICO	APA (DSM-IV)	*ROME WORKING TEAM* (ROMA III)
Característica	Defecar em locais inapropriados (roupas ou chão), tanto involuntária quanto intencionalmente. Os subtipos de encoprese são retentiva "com constipação intestinal e incontinência fecal" e não retentiva "sem constipação intestinal ou incontinência fecal"	Apresenta dois quadros clínicos distintos: a constipação intestinal funcional, em que a incontinência fecal é apresentada como um sintoma associado, e a incontinência fecal não retentiva
Idade	4 anos (ou estágio de desenvolvimento equivalente)	4 anos
Frequência	1 episódio por mês por pelo menos 3 meses	*Constipação fecal funcional:* 2 ou menos evacuações por semana por ao menos 2 meses; evita evacuação contraindo os músculos da pelve propositalmente (postura retentiva); história de evacuações dolorosas; presença de massa fecal no reto; história de fezes que entopem o vaso sanitário; sintomas associados: **ao menos 1 episódio de incontinência fecal por semana** *Incontinência fecal não retentiva:* 1 episódio por mês, sem evidência de constipação fecal ou processo inflamatório, anatômico ou metabólico que explique os sintomas
Outros aspectos	O comportamento não pode ser um efeito fisiológico direto do uso de uma substância ou de uma condição médica	Os critérios devem ser preenchidos por pelo menos 2 meses antes do diagnóstico

à frequência e duração de ocorrência dos episódios de incontinência fecal, o Roma III considera também outros aspectos, inclusive comportamentais. Ainda que o DSM-IV seja o critério mais referido na literatura sobre encoprese, para o diagnóstico e a escolha de tratamento adequado parece interessante o uso de ambos.

Ainda alguns autores sugerem uma maior flexibilidade nos critérios diagnósticos da encoprese, tornando possível o acesso ao tratamento para crianças de pelo menos 3 anos que apresentem episódios com regularidade suficiente para causar consequências sociais e emocionais moderadamente negativas, semelhante ao que já é estabelecido para a enurese pelo próprio DSM-IV.

Assim como acontece com a enurese, a discrepância nos critérios diagnósticos dificulta tanto a identificação do problema e a decisão do profissional de saúde em relação à conduta a ser tomada como a realização de estudos conclusivos sobre epidemiologia e etiologia.

Classificação

A primeira classificação apontada na literatura é a distinção entre encoprese primária e encoprese secundária: crianças que nunca alcançaram o controle fecal apropriado são diagnosticadas como encopréticas primárias, enquanto aquelas que desenvolveram a encoprese após um período de controle fecal são diagnosticadas como encopréticas secundárias. Ainda que tenha sido recentemente excluída do critério diagnóstico DSM-IV, essa distinção tem sua importância clínica segundo Mellon e Houts (1995).

Por outro lado, a distinção que mais implicações têm para o diagnóstico e o tratamento da encoprese é a estabelecida entre encoprese retentiva e encoprese não retentiva. Na encoprese retentiva, a evacuação está sempre associada a um quadro de constipação intestinal e incontinência fecal dela resultante, enquanto na encoprese não retentiva a constipação intestinal não é identificada.

Epidemiologia

As estimativas da incidência de encoprese funcional, de acordo com Mellon e Houts (1995), costumam variar muito. Não há estudos conclusivos sobre a prevalência da encoprese, mas na literatura ela é situada entre 0,5 e 10%. A maior parte dos autores ressalta que a encoprese é um problema clínico relativamente comum, ocorrendo entre 2 a 3% das crianças em idade escolar. A encoprese ocorre com mais frequência entre as crianças do sexo masculino, sendo verificada de 2 a 4 mais vezes em meninos que em meninas (van der Wal, Beninga e Hirasing, 2005). Ainda de acordo com Mellon e Houts (1995), das crianças diagnosticadas encopréticas, 75% são "retentivas" em oposição a "não retentivas", e mais de 80% das crianças diagnosticadas encopréticas têm uma história de constipação intestinal e de evacuações dolorosas (Borowitz, Cox, Sutphen e Kovatchev, 2002) – características desse subtipo de encoprese.

QUADRO 18.5
Possibilidades de classificação da encoprese

	QUANTO À OBTENÇÃO DE CONTROLE ANTERIOR	QUANTO A CARACTERÍSTICAS DO QUADRO CLÍNICO
Encoprese	Primária ou Secundária	Retentiva ou Não Retentiva

Etiologia

O funcionamento normal do sistema gastrointestinal, de acordo com Mellon e Houts (1995) envolve uma relação complexa entre funções fisiológicas e comportamentos aprendidos. Dessa forma, na encoprese funcional – um transtorno em que a anatomia do paciente está preservada, uma função fisiológica é prejudicada por causas não orgânicas.

Os movimentos peristálticos responsáveis pelo transporte do bolo fecal ocorrem aproximadamente de 1 a 2 vezes ao dia, em especial após as refeições. O bolo fecal é transportado desde o cólon ascendente, através do cólon transverso, do cólon descendente e do cólon sigmoide até o reto. Uma vez que o bolo fecal tenha atingido o reto – de tecido de consistência bastante elástica, ele lá fica depositado até o momento da evacuação. A velocidade do processo é determinada pela motilidade do intestino delgado: nos casos extremos, maior motilidade leva à diarreia, enquanto menor motilidade à constipação intestinal. A motilidade do sistema digestivo, entre outros fatores, é resultante da ingestão apropriada de fibras e de água. A encoprese retentiva ou os episódios de incontinência fecal são apontados por muitos autores como um resultado direto da constipação intestinal crônica. Quando uma criança deixa de evacuar com regularidade, as fezes ficam depositadas no reto, tornando-se cada vez mais ressequidas (no reto ocorre a absorção de água das fezes). Evacuar fezes ressequidas é um processo doloroso. A criança com constipação intestinal crônica se esquiva de ir ao banheiro. A resposta de reter as fezes (postura retentiva) é adquirida através de reforço negativo.

A criança deve aprender a identificar, de acordo com McGrath, Mellon e Murphy (2000) os locais "apropriados" e "inapropriados" para evacuar, além de ficar sob controle dos efeitos produzidos pela distensão do tecido do reto, ou seja, o aumento dos movimentos peristálticos e o relaxamento reflexo da musculatura esfincteriana anal externa (EAS) de duração aproximada 25 segundos, bem como da passagem das fezes da porção

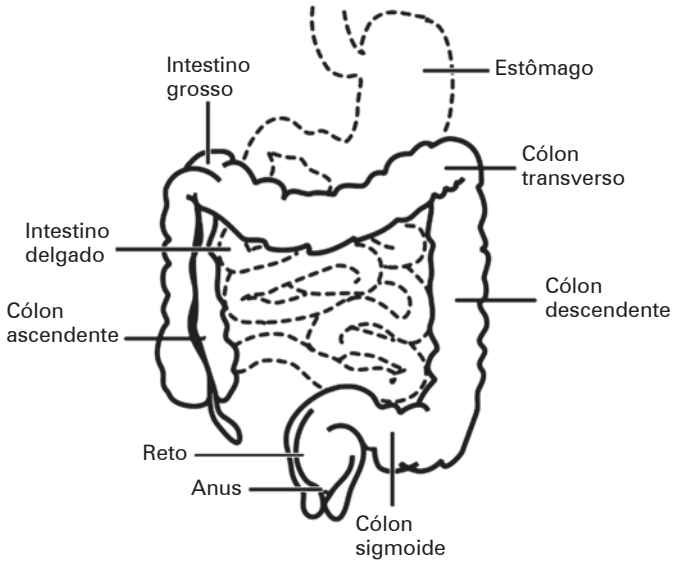


Figura 18.2
Representação anatômica do intestino

superior do reto para a porção inferior (o que produz a sensação de urgência de evacuar). Quando as fezes estão depositadas no reto, o processo de evacuar deixa de ser totalmente reflexo e passa a ficar sob controle operante. Tal processo envolve uma cadeia complexa de comportamentos, indispensável à aquisição do controle fecal: a criança deve ter as habilidades necessárias para se despir; ser capaz de contrair a musculatura abdominal e "fazer força" para expelir as fezes, até mesmo deve aprender a se limpar de maneira adequada (McGrath, Mellon e Murphy 2000). Os autores afirmam ainda que o padrão de contrair a musculatura esfincteriana anal externa (EAS), paradoxalmente, em vez de relaxá-la no momento da evacuação pode ser um comportamento aprendido pelas crianças encopréticas retentivas, em resposta à dor sentida nas evacuações anteriores ou nas tentativas de controlar essa musculatura.

A encoprese não retentiva, por sua vez, resulta de um aprendizado inadequado da cadeia de comportamentos envolvida no processo de evacuação e da inabilidade da criança de ficar sob controle dos estímulos produzidos pela distensão do reto (aumento dos movimentos peristálticos, distensão esfincteriana e urgência de evacuar). Muitos autores apontam fatores emocionais como causas da encoprese não retentiva. É possível que a evacuação inadequada tenha algum tipo de função dentro da dinâmica familiar, sendo reforçada de alguma forma pelos pais.

Fishman, Rappaport, Coisneau e Surko (2002), ao investigar os fatores que predispõem à encoprese, encontraram em avaliações clínicas iniciais de 411 crianças portadoras de encoprese primária e de secundária que, nos dois primeiros anos de vida, eram menos comuns que o esperado: a dificuldade de evacuar, o tratamento prévio para constipação intestinal e o início precoce do treino de toalete. Segundo estes autores, a constipação intestinal e a dor ao evacuar são parte da causa — mas não a causa da encoprese, já que muitas crianças não apresentam esses fatores de predisposição.

Curso e prognóstico

Verifica-se que, assim como no caso da enurese, a prevalência de encoprese diminui com a idade e com a passagem do tempo, o que pode ser atribuído tanto à ocorrência de remissão espontânea quanto à realização de tratamentos. Os possíveis cursos da encoprese são a remissão espontânea, a manutenção do quadro e a intensificação dos problemas dele derivados.

Uma vez que o tratamento da encoprese engloba diferentes esferas da vida da criança e de sua família, muitas adaptações são exigidas para que sejam aumentadas suas chances de sucesso, como consulta a um especialista (gastroenterologista pediátrico), procedimentos desconfortáveis (lavagens intestinais ou sessões de *biofeedback*), tratamento medicamentoso, mudança de padrões alimentares – o que pode ter um impacto sobre o custo de vida da família –, mudanças de horário – para que ela possa fazer tentativas de evacuação após as refeições – e alteração de outros hábitos, como aumentar a prática de exercícios físicos.

Assim como para a enurese, parece que a família disposta a colaborar com o tratamento tem um melhor prognóstico. Entre os fatores preditores de sucesso, de acordo com Loening-Bauke (2004), o único com significância estatística é o diagnóstico de encoprese secundária, isto é, que a criança, há algum tempo, tenha adquirido o controle fecal.

Tratamento psicoterápico e medicamentoso

A encoprese funcional é um problema biocomportamental e, como tal, deve ser tratada por uma equipe mutidisciplinar. Dessa forma, ao longo do tratamento tanto os aspectos fisiológicos da constipação intestinal e da incontinência de fezes quanto os aspectos comportamentais devem ser abordados (Mellon e Houts, 1995).

Já que 80% das crianças encopréticas têm história de constipações intestinal e de

evacuação dolorosa, o tratamento médico para a encoprese compreende o uso prolongado de laxantes — garantia de fezes pastosas, frequentes e de evacuação indolor (Borowitz, Cox, Stutphen e Kovatchev, 2002). De acordo com os autores, o objetivo desse tipo de tratamento é o de estabelecer hábitos de evacuação regulares e diminuir os episódios de incontinência fecal.

Muitos procedimentos comportamentais têm sido usados em conjunto com modificações na dieta com o uso de laxantes, porque sem que a constipação de fezes no reto e cólon tenha sido tratada, as intervenções comportamentais não terão efeito (Mellon e Houts, 1995).

Os tratamentos indicados pela literatura sobre encoprese, de acordo com McGrath, Mellon e Murphy (2000) estão dispostos no **Quadro 18.6**.

Borowitz, Cox, Stutphen e Kovatchev (2002) distribuíram de forma randomizada 87 crianças em três grupos de tratamento. O primeiro recebia tratamento médico; o segundo, tratamento médico e integrava um programa de intervenção comportamental; o terceiro recebia tratamento médico, integrava um programa de intervenção comportamental e ainda um *biofeedback* da musculatura esfincteriana anal externa. Apesar de as crianças dos três grupos de tratamento apresentaram um aumento estatisticamente significativo no número de evacuações e uma diminuição também estatisticamente significativa no número de "acidentes" ou incontinências fecais, o grupo que obteve o maior sucesso foi o segundo, em que as crianças receberam tratamento médico e integraram um programa de intervenção comportamental. As crianças do segundo grupo atingiram o mesmo efeito fazendo menos uso de laxante e em menos tempo de tratamento.

Culbert e Banez (2007) apontam ainda alguns tratamentos alternativos, como estratégias de relaxamento, hipnose e manejo de estresse, uso de ervas, probióticos e medicina funcional, massagem, manipulação quiroprática, estimulação elétrica nervosa, reflexologia, acupuntura e homeopatia. Algumas crianças e adolescentes, segundo os autores, podem se beneficiar dessas estratégias, uma vez que obtenham sucesso apenas parcial através das formas de tratamento convencional.

QUADRO 18.6
Tratamentos para a encoprese

TRATAMENTO	DESCRIÇÃO
Intervenções médicas	Dissipação colonômica (lavagem intestinal/uso de supositórios), terapia laxativa que produza ao menos uma evacuação por dia sem a ocorrência de dor (laxantes, purgantes), prevenção da formação de acúmulo de fezes no reto, manipulação da dieta (aumento na ingestão de fibras e de água) e aumento da prática de exercícios físicos.
Intervenções comportamentais	Instruções sobre a psicofisiologia da constipação intestinal e da encoprese, treino de toalete (com muitas variações), treino discriminativo, treino de controle esfincteriano, reforço positivo de idas espontâneas ao banheiro, reforço positivo das evacuações/roupas íntimas limpas e dessensibilização do banheiro.
Intervenções de *biofeeedback*	Um sensor eletromiográfico, conectado a um computador, ensina, através de jogos eletrônicos, a criança a relaxar a musculatura esfincteriana anal externa (EAS), em vez de, paradoxalmente, contraí-la. Fortalecimento da musculatura EAS; treino de contração e relaxamento da musculatura EAS.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Guilherme procurou atendimento no Projeto Enurese por apresentar sintomas de enurese primária. Ele, à época, tinha 6 anos e molhava a cama todas as noites, nunca tendo adquirido o controle de urina. Apresentava, além disso, um comportamento que a mãe descreveu como "sujar a cueca". Os resultados obtidos pela aplicação do CBCL (Achenbach, 1991) caracterizam a criança como clínica nos escores total e externalizante e limítrofe no escore internalizante, sendo os escores individuais mais altos obtidos pela criança os de problemas sociais e de atenção. Logo no início do tratamento, foi identificada a ocorrência de episódios de encoprese. O número médio de ocorrências semanais era de quatro vezes por semana, estando associado à constipação intestinal e à alimentação inadequada. Guilherme permanecia em casa sozinho durante a tarde, quando a mãe estava trabalhando, e comia doces, que eram mantidos em lugar acessível à criança a qualquer momento. A mãe relatava se sentir culpada por não poder estar todo o tempo com o filho, permitindo assim que ele comesse o que quisesse. Guilherme estava acima do peso, com problemas de colesterol alto e não comia legumes, verduras ou frutas, bebia pouca água e não praticava atividades físicas. A criança relatou sentir dor ao evacuar, tendo muitas vezes chegado a entupir a privada ao ir ao banheiro. Em certa ocasião, permaneceu tanto tempo sem evacuar, que uma lavagem intestinal foi necessária. Guilherme não identificava a ocorrência dos episódios de incontinência fecal, sendo sempre alertado pela mãe ou pela professora da escola. Não sentia os sinais de urgência para evacuar nem tampouco costumava fazer tentativas diárias de ir ao banheiro em horário regular. Diante desse quadro, o tratamento de alarme para a enurese foi adiado, tendo sido solicitado o registro de evacuações e de "acidentes" (incontinências fecais). Guilherme consultou um pediatra que indicou o uso de laxativos e mudança de padrões alimentares. O tratamento foi acompanhado pela psicóloga. Procedimentos para identificação dos sinais de urgência foram realizados. Foi estabelecido que Guilherme deveria "tentar ir ao banheiro" todos os dias após o café da manhã. O número de evacuações aumentou gradativamente, sendo o laxante substituído por um laxante natural. Guilherme mudou sua alimentação, passando a ingerir principalmente frutas e alguns legumes e verduras. Alimentos integrais foram acrescentados à dieta para o aumento da taxa de ingestão de fibras. Guilherme passou a beber mais água. Os episódios de encoprese diminuíram de frequência até cessar, quando o tratamento para enurese foi iniciado.

Breve diálogo entre terapeuta e paciente

Terapeuta e paciente estão sentados diante de uma casa de brinquedos. Cada um tem um boneco nas mãos. Os bonecos estão brincando na rua:

T: Eu sei que eles estão brincando... Mas este menino sentiu vontade de ir ao banheiro. O que será que ele sentiu?
G: Acho que sentiu alguma coisa na barriga.
T: Isso mesmo! Alguma coisa na barriga... Mas que "coisa" será essa? Não dá para falar mais um pouquinho?
G: Acho que foi uma "dorzinha". Acho que a barriga fez um barulho assim... E ele sabia que estava na hora de ir.
T: E você, Guilherme? Sabe a hora de ir ao banheiro?
G: Sim, mas é que algumas vezes escapa. Algumas vezes estou brincando e não sinto.
T: E então... O que acontece? Como você percebe que aconteceu um "acidente"?
G: A professora fala para eu ir ao banheiro. Mas às vezes ninguém percebe... E depois vejo que a minha cueca está suja.
T: Você não acha que se prestar mais atenção... Em sua barriga... Vai conseguir ir ao banheiro como este menino? O que você acha?

G: Acho que sim. Acho que eu tenho que prestar mais atenção na minha barriga.
T: Então vamos parar a brincadeira um pouco e levar o menino no banheiro?
G: Vamos!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comparativamente, a literatura sobre enurese, no que se refere à etiologia, aos critérios diagnósticos e aos tratamentos, é mais ampla e consensual do que a sobre encoprese. Uma das possíveis explicações para o fato é a maior prevalência da enurese sobre a encoprese. Ainda assim, a encoprese também é considerada um transtorno comum na infância, sendo que ambas podem ser negligenciadas pela família devido à falta de informações sobre o desenvolvimento normal da criança.

Em relação à etiologia, os transtornos têm base biocomportamental, com aspectos tanto fisiológicos quanto psicológicos. Enquanto os pacientes enuréticos têm um quadro clínico típico e consequentemente tratamentos padronizados, na encoprese, embora haja consenso na literatura sobre causas e processos comportamentais que levam à constipação e à incontinência fecal, pequenas alterações no quadro clínico implicam a adoção de diferentes formas de tratamento.

Tanto a encoprese quanto a enurese apresentam dois grandes conjuntos de critérios diagnósticos desenvolvidos na área médica, um elaborado por psiquiatras e outro pelos especialistas das respectivas áreas: urologistas pediátricos para a enurese e gastroenterologistas pediátricos para a encoprese. Aparentemente, os critérios estabelecidos pelos especialistas parecem ser mais completos e detalhados. O terapeuta deve considerar ambas as possibilidades para fazer o diagnóstico, devendo inclusive considerar como o impacto causado pelos transtornos afeta a vida da criança e de sua família.

Os transtornos de excreção apresentados podem trazer uma série de consequências para as crianças acometidas, sendo o impacto social o mais relevante. Tanto crianças enuréticas quanto encopréticas deixam de realizar atividades em conjunto com pares, podem ser isoladas, sentem-se diferentes e apresentam perplexidade em relação ao problema. Uma vez que os transtornos podem se tornar mais severos com a passar do tempo, potencializando o surgimento de problemas de comportamento, o tratamento precoce não tem um caráter apenas curativo, mas também preventivo.

Há possibilidades de tratamento eficazes tanto para enurese quanto para a encoprese e o papel do terapeuta é garantir a adesão ao tratamento, já que em ambos os casos estão envolvidas mudanças na alimentação e na rotina da família, uso de procedimentos auxiliares como medicações ou o alarme, registros e realização de consultas com outros profissionais da área de saúde.

Uma vez que o caráter dos transtornos é biocomportamental, é necessária a avaliação e o acompanhamento de profissionais da área médica ao longo do tratamento, caracterizando uma condução multidisciplinar dos casos. Por conta disso, afirma-se que o tratamento da enurese e da encoprese se presta ao contexto de serviços-escola, uma vez que nesses locais, usualmente, a equipe multidisciplinar está presente, conferindo atenção mais completa ao paciente.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Arantes, M. C. (2007). *Problemas de comportamento e resultados do tratamento com alarme para enurese primária.* Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

Baeyens, D., Roeyers, H., Naert, S., Hoebke, P., & Walle, J. V. (2007). The Impact of Maturation of Brainstem Inhibition on Enuresis: A Startle Eye Blink Modification Study With 2-Year Followup. *Tha Journal of Urology , 178*, pp. 2621-2625.

Borowitz, S.M., Cox, D.J., Sutphen, J.L., & Kovatchev, B. (2002). Treatment of childhood encopre-

sis: A randomized trial comparing three treatment protocols. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 34*, 378-384.

Butler, R. J. & Gasson, S. L. (2005). Enuresis alarm treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 39* (5), 349-357.

Butler, R. J. & Holland, P. (2000). The Three Systems: a Conceptual Way of Understanding Nocturnal Enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology,34* (4), 270 — 277.

Butler, R. J. (1991). Establishment of working definitions in nocturnal enuresis. *Archives of Disease in Childhood, 66,* 267-271.

Butler, R. J. (1994). *Nocturnal enuresis: The child's experience*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Butler, R. J. (2004). Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. *Clinical Psychology Review, 24,* 909–931.

Butler, R. J., Golding, J., Northstone, K. & The ALSPAC Study Team. (2005). Nocturnal enuresis at 7.5 years old: prevalence and analysis of clinical signs. *BJU International, 96*, 404-410.

Costa, N. J. D. (2005). *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme.* Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Culbert, T.P & Banez, G.A. (2007). Integrative approaches to childhood constipation and encopresis. *Pediatric Clinics of North America*, *54,* 927-947.

Fishman, L., Rappaport, L., Cousineau, D., & Nurko, S. (2002). Early constipation and toilet training in children with encopresis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 34,* 385-388.

Guven, A., Giramonti, K., &Kogan, B. A. (2007). The effect of obesity on treatment efficacy in children with nocturnal enuresis. *The Journal of Urology, 178* (4), 1458-1462.

Hansen, A. F., & Jorgensen, T. M. (1997). A possible explanation of wet and dry nights in enuretic children. *British Journal of Urology, 80,* 809-811.

Hjalmas et al. (2004). Nocturnal enuresis: An international evidence based management strategy. *The Journal of Urology, 171*, 2545–2561.

Houts, A. C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy, 22*, 33-51.

Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz, (orgs.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, pp. 389-406. New York: The Guilford Press.

Jensen, N., & Kristensen, G. (2001) Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 35,* 357-363.

Loening-Baucke, V. (2004). Functional fecal retention with encopresis in childhood. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 38*, 79-84.

Loeys, B., Hoebeke, P., Raes, A., Messiaen, L., De Paepe, A. & Walle, J. V. (2002). Does monosymptomatic enuresis exist? A molecular genetic exploration of 32 families with enuresis/incontinence. *British Journal of Urology International, 90*, 76-83.

McGrath, K. H., Caldwell, P. H. Y., & Jones, M. P. (2008). The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting. *Journal of Paediatrics & Child Health. 44* (1-2), 19-27.

McGrath, M., Mellon, M. W., & Murphy, L. (2000). Empirically supported treatments in pediatric psychology: constipation an encopresis. *Journal of Pediatric Psychology, 25* (4), 225-254.

Mellon, M. W., & Houts, A. C. (1995). Elimination Disorders. In R. T. Ammerman, & M. Hersen (orgs.). *Handbook of child behavior therapy in the psychiatric Setting*. Wiley-Interscience.

Mikkelsen, E. J. (2001). Enuresis e Encopresis: Ten years of progress. *Journal Am. Acad. Child Adoles. Psychiatry, 40*, 1146-1158.

Mota D. M., Victora, C. G., & Hallal, P. C. (2005). Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal de Pediatria, 81*(3), 225-32.

Mungan, N. A., Seckiner, I., Yesilli, C., Akduman, B., & Tekin, I. O. (2005). Nocturnal enuresis and allergy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, 39* (3), 237 – 241.

Nappo, S., Del Gado, R., Chiozza. M. L., Biraghi, M., Ferrara, P., & Caione, P. (2002). Nocturnal enuresis in the adolescent: A neglected problem. *BJU International, 90* (9), 912-917.

Nevéus, T., von Gontard, A., Hoebke, P., Hjälmas, K., Bauer, S., Bower, W., et al. (2006). The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society. *The Journal of Urology , 176*, pp. 314-324.

Oliveira, D. S. (1999). *O uso do aparelho de alarme no tratamento comportamental da enurese infantil noturna.* Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Pereira, R. F. (2006). *A enurese noturna na infância e na adolescência: Intervenção em grupo e individual com uso de aparelho nacional de alarme.* Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

Pereira, R. F. (2009). *Efeito de variáveis moderadoras na intervenção com alarme em crianças e adolescentes enuréticos.* Exame geral de qualificação, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

Pereira, R. F., Sousa, C. R., Gauy, F., Araújo, L. G., Meyer, S. B., & Silvares, E. F. M. (em elaboração). O papel da análise funcional na compreensão da enurese noturna.

Rasquin, A., di Lorenzo, C., Forbes, D., Guiraldes, E., Hyam, J.S., Staiano, A., & Walker, L.S. (2006). Childhood functional gastrointestinal disordes: Child/Adolescent. *Gastroenterology, 130*, 1527-1537.

Schoen-Ferreira, T. H., Marteleto, M. R. F., Medeiros. E., Fisberg. M., Aznar-Farias, M. (2007). Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., 17* (2), 31.36.

Sheeram, S., Kalaydjian, A., Brothers, S., & Merikangas, K. R. (2009). Prevalence of enuresis and its association with attention-deficit/hyperactivity disorder among U.S. children: Results from a nationally representative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48* (1), 35-41.

Silva, R. P. (2004). *Enurese noturna monossintomática: intervenção comportamental em grupos de pais e em grupos de crianças com aparelho nacional de alarme.* Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Silvares, E. F. M. (1995). O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 11* (3), 235-241.

Van der Wal, M.F; Benninga, M.A., & Hirasing, R. A. (2005). The prevalence of encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *40*, 345-348.

Von Gontard, A., Freitag, C. M., Seifen, S., Pukrop, R., & Röhling, D. (2006). Neuromotor development in nocturnal enuresis. *Developmental Medicine & Child Neurology , 48*, pp. 744-750.

Von Gontard, A., Schaumburg, H., Hollmann, E., Eiberg, H., & Rittig, S. (2001). The genetics of enuresis: A review. *The Journal of Urology , 166*, pp. 2438-2443.

Wille, S. (1994). Nocturnal enuresis: Sleep disturbance and behavioural patterns. *Acta Pædiatrica, 83,* 772-774.

19

Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes vivendo com AIDS

Circe Salcides Petersen
Silvia H. Koller

INTRODUÇÃO

A AIDS foi descrita pela primeira vez no início da década de 1980 e é ocasionada pela infecção com o vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency viruses* – HIV). A doença é caracterizada por uma redução do número de células T CD4[1] acompanhada por infecções severas por patógenos, o que raramente perturbaria uma pessoa saudável, ou por formas agressivas de sarcoma de Kaposi ou por linfoma das células B. O HIV é um retrovírus e, ao infectar uma célula, transcreve o genoma de RNA (ácidos ribonucleicos), que é copiado em um genoma complementar. Ele é um retrovírus "envelopado" que se reproduz no sistema imune do hospedeiro. O principal efeito da infecção por HIV é a destruição das células T CD4 e, à medida que elas diminuem, o corpo se torna suscetível a infecções oportunistas. A maioria das pessoas contaminadas pelo vírus HIV desenvolve AIDS e morre; contudo, de 3 a 7% das pessoas infectadas permanecem saudáveis (Janeway, Travers, Walport e Shomchik, 2002; Parham, 2001).

[1] T CD4 subgrupo das células do sistema imunológico do tipo linfócitos T que expressam o correceptor CD4 e reconhecem antígenos (Parham, 2001).

Epidemiologia

A contaminação pelo HIV tem proporções pandêmicas, e provavelmente milhões de pessoas morrerão de AIDS nos próximos anos. A **Tabela 19.1** apresenta a distribuição epidemiológica da AIDS no mundo em 2005. O número de pessoas infectadas no mundo hoje é de 40,3 milhões, sendo 38 milhões adultos e 2,3 menores de 15 anos. Entre as mulheres, o número de infectadas é de 17,5 milhões. O número de novos infectados no ano de 2005 foi de 4,9 milhões de pessoas, e morreram no mesmo ano 3,1 milhões de pessoas, sendo 2,6 milhões adultos (UNAIDS, 2006).

Na América do Sul, Brasil, Argentina e Colômbia são os países com maior representação na epidemia. O Brasil sozinho representa um terço da população de um milhão e oitocentas mil pessoas vivendo com AIDS (PVCA) estimadas na América do Sul (UNAIDS, 2006). Desde o início da década de 1980, até dezembro de 2002, o Ministério da Saúde notificou 257.780 casos de AIDS no Brasil, dos quais 185.061 foram ve-

rificados em homens e 72.719 em mulheres. Em 2002, foram notificados 9.495 novos casos da epidemia no Brasil.

Quanto às principais categorias de transmissão entre os homens, as relações sexuais respondem por 58% dos casos de AIDS, com prevalência nas relações homossexuais de 25%. Entre as mulheres, a transmissão do HIV também se dá predominantemente pela prática sexual (86,2%). As demais formas de transmissão em ambos os sexos de menor peso na epidemia são: transfusão, transmissão materno-infantil ou causas ignoradas pelos pacientes (Programa Nacional de DST e AIDS, 2003). O número de brasileiros submetidos à terapia antirretroviral continua crescendo, e em setembro de 2005 aproximadamente 170 mil pessoas estavam recebendo o tratamento com um índice da adesão estimado em 75% (UNAIDS, 2006).

A taxa de incidência de AIDS no Brasil mantém-se ainda em patamares elevados (19,2 casos por 100 mil habitantes em 2003) basicamente devido à tendência de crescimento entre as mulheres que, nesse mesmo ano, atingiu 15 casos por 100 mil mulheres. A razão entre os casos masculinos e femininos continua decrescente, ficando em 15 casos masculinos para cada 10 femininos (ou 1,5:1). Entre as regiões brasileiras, com exceção da Sudeste, mantém-se a tendência de crescimento, principalmente nas regiões Norte, com destaque para o Estado de Rorai-

TABELA 19.1
Resumo epidemiológico da AIDS no mundo em 2005

Número total de pessoas vivendo com AIDS	
Total	40,3 milhões
Adultos	38,0 milhões
Mulheres	17,5 milhões
Menores de 15 anos	2,3 milhões
Novos infectados pelo HIV em 2005	
Total	4,9 milhões
Adultos	4,2 milhões
Menores de 15 anos	700 000
Mortos por AIDS em 2005	
Total	3,1milhões
Adultos	2,6 milhões
Menores de 15 anos	

Fonte: UNAIDS, 2006 570.000

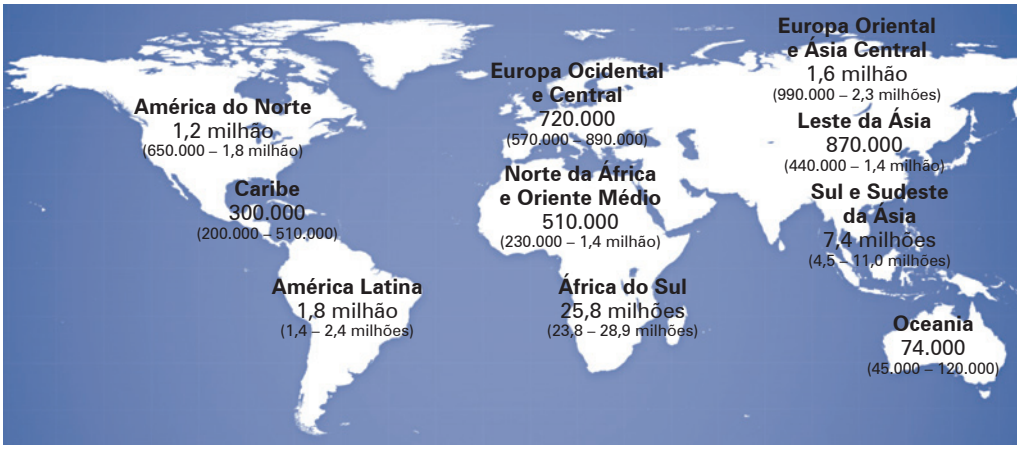


Figura 19.1
Distribuição das pessoas vivendo com AIDS ao redor do mundo.
(Fonte: UNAIDS, 2006)

ma, e Centro-Oeste. A mortalidade mantém-se estabilizada em cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998 e com taxa de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes, embora se observe ainda o crescimento nas regiões Norte e Sul, com destaque para o Estado do Rio Grande do Sul, e notadamente a redução das taxas em São Paulo e no Distrito Federal. Mantém-se também o crescimento da mortalidade entre as mulheres. Como observado para os casos de AIDS, 55 a 60% dos óbitos por AIDS ocorreram entre aqueles que foram categorizados como de raça/cor branca , mas com crescimento persistente da proporção de óbitos nas categorias preta e parda , em ambos os sexos, entre 1998 e 2004, expondo a iniquidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas socioeconomicamente. A epidemia mostra crescimento entre aquelas populações, e esse fenômeno é expresso pelo aumento persistente de casos de raça/cor parda e redução da cor branca , em ambos os sexos (Boletim Epidemiológico da AIDS, 2005).

A **Figura 19.2** apresenta o número de dias de internação hospitalar em relação ao número de pacientes em terapia antirretroviral (ARV). É possível constatar a partir dos dados a mudança do perfil da epidemia para doença crônica nos últimos anos (UNAIDS, 2006).

O número de brasileiros em terapia ARV tem aumentado e, em setembro de 2005, era de aproximadamente 170 mil usuários. A adesão tem sido estimada em 75%. Foi considerada pertinente a contextualização da doença no cenário internacional, já que se trata de uma pandemia.

EUROVIHTA PROJECT

O projeto foi desenvolvido na Comunidade Europeia a partir de 1995 em um sistema de cooperação entre o Instituto de Psicologia da *Johannes Gutenberg Universität Mainz,* coordenado pelo prof. Martin Hautzinger, e o Departamento de Atenção à AIDS de Frankfurt, *Psichosoziales Beratungszentrum*, chefiado por Dieter Riemer. A ideia central do projeto consistiu em aplicar conceitos de intervenção grupal que vinham sendo empregados por diferentes organizações de autoajuda para pessoas com HIV/AIDS e em agregar parâmetros de avaliação científica para criar um modelo de intervenção padronizado e economicamente viável. O ob-

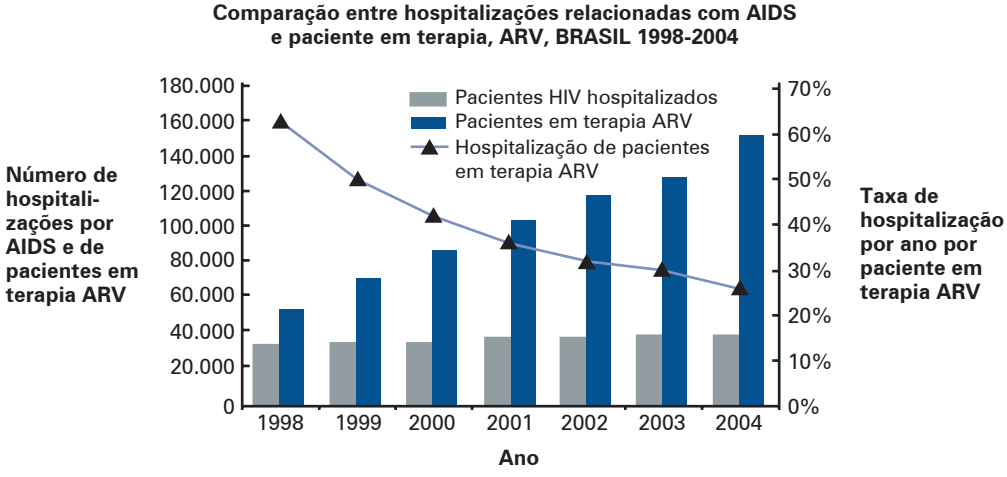


Figura 19.2
Comparação de dias de internação de PVCA em relação ao número de pessoas em ARV (Fonte: UNAIDS, 2006).

jetivo principal foi estabelecer um modelo que atendesse às necessidades das pessoas submetidas à terapia antirretroviral. Um grande projeto cooperativo foi engendrado em diferentes países (Alemanha, Espanha, França, Portugal e Itália), a fim de propiciar uma rápida disseminação de um novo modelo de apoio psicossocial e a promoção de qualidade de vida para pessoas vivendo com AIDS.

Segundo o relatório final produzido em outubro de 1999, pela European Commission no Programa AIDS and others communicable diseases em 1995 foi realizada uma fase-piloto do projeto, em que foram tratadas 48 pessoas em um centro na Alemanha e em dois na Espanha. A análise estatística dos resultados da avaliação psicológica de 27 pessoas demonstrou efeitos na redução de depressão e de ansiedade. A partir dessa experiência, o programa foi revisado e novos exercícios adicionados. Em 1996, após aquisição de fundos através da European Commission, DG V/F/Z, o projeto incluiu organizações na França, na Itália e em Portugal. Os diferentes países estabeleceram grupos-piloto de intervenção, com exceção da França, que se desligou desse projeto. Um total de 214 pessoas foi submetido à intervenção em grupo. Em 1999, os resultados dos diferentes centros de intervenção dos vários países foram compilados, e os achados principais apontaram efeitos do programa em promoção de bem-estar psicológico, qualidade de vida, *coping* e saúde física em pessoas com HIV/AIDS (Hautzinger et al., 1999).

Um estudo de intervenção multicêntrica, tendo como modelo de intervenção o Eurovihta Project envolveu 117 pessoas e examinou as medidas psicológicas tomadas longitudinalmente em quatro tempos: T1 antes, T2 e T3 durante e T4 depois da intervenção (*follow-up*). As variáveis foram mensuradas pelos instrumentos: Psychological Symptoms (SCL-90-R), Coping (TSK), Locus of Control (KKG), Quality of Life (MOS-HIV), e a saúde física foi determinada pela avaliação clínica. A investigação buscou verificar a efetividade da intervenção, e foram achadas diferenças entre participantes homens homossexuais e usuários de drogas. O programa se mostrou eficaz em promover bem-estar físico e psicológico e em para prover apoio e melhor *coping* em relação ao HIV. Os usuários de drogas apresentaram menos psicopatologia e melhoraram durante a intervenção ao ser examinado o grau de traumatização, estilos de *coping*, sintomatologia e apoio social em pessoas com HIV (Bock et al., 2003).

Foi conduzido no Brasil um estudo com população de adultos a partir de 18 anos que investigou os efeitos de terapia cognitivo-comportamental em grupo (Eurovihta Project), a fim de promover qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os participantes foram 89 pessoas (adultos) organizadas em dois grupos: com e sem tratamento psicológico. No final do procedimento, havia 30 pessoas na amostra final. As variáveis qualidade de vida, depressão, estresse, apoio social, CD4 e carga viral foram mensuradas antes e depois da intervenção. Os resultados mostraram redução na depressão e aumento no apoio social instrumental no grupo que participou da intervenção. As variáveis CD4 e carga viral não mostraram nenhuma relação com o tratamento psicológico preconizado nesse estudo (Petersen, 2007; Petersen, Koller, Vasconcellos e Teixeira, 2008).

O advento da terapia antirretroviral modificou o significado da AIDS, que deixou de ser vista como uma sentença de morte e passou a ser considerada uma doença crônica. O aumento da longevidade conduziu à necessidade de investigações que versem sobre a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS. Nosso estudo abordou a qualidade de vida e as variáveis como estresse, depressão, apoio social, CD4 e carga viral, no contexto de uma intervenção cognitivo-comportamental que tem se mostrado essencial para a melhoria de saúde dessa população (Jia et al., 2004; Petrushkin, Boardman e Ovuga, 2005; Weiser et al., 2006). Modelos de intervenção, validados empiricamente para a psicologia aplicada à saúde, têm sido indicados para promover melho-

res condições de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Em estudo anterior (Bock et al., 2003), foram identificados possíveis efeitos positivos da intervenção cognitivo-comportamental (programa *Eurovitha*) com pacientes portadores de HIV/AIDS. No estudo conduzido no Brasil (Petersen, 2007), os resultados das análises relacionadas à avaliação da qualidade de vida sugerem que o tratamento implementado produziu efeitos modestos no sentido de melhorar a qualidade de vida global dos participantes.

Duas diferenças significativas foram observadas nos domínios da qualidade de vida física e nível de independência, indicando menor qualidade de vida no grupo tratado (G1), tanto antes quanto depois da intervenção. Contudo, em quatro dos seis domínios, além da qualidade de vida total, os escores em G1 aumentaram ao longo do tempo. Para o grupo não tratado (G2), isso ocorreu em apenas um domínio. Essa tendência sugere que o grupo que buscou tratamento pode ter se beneficiado de alguma forma da intervenção, mas não a ponto de se refletir significativamente na avaliação de sua qualidade de vida. Talvez os participantes que se prontificaram a participar da intervenção estivessem almejando de algum tipo de ajuda e tenham criado expectativas positivas quanto à terapia. Assim, o tratamento pode ter provocado uma pequena mudança para melhor na percepção de qualidade de vida destes. Contudo, não há evidências consistentes nesse sentido, e assim não se pode afirmar que a intervenção foi efetiva para G1 no que diz respeito à qualidade de vida. Embora pouco otimista, o resultado pode ser entendido através da análise das condições contextuais desfavoráveis nas quais viviam os participantes. A amostra estudada vem de uma população que sofre, além dos agravos das doenças, com as vicissitudes do mal-estar social, bem como com a ausência de um sistema de seguridade social eficaz. Enquanto o acesso à terapia antirretroviral (ART) no Brasil tem crescido, provocando o declínio da mortalidade (Malta, Petersen, Clair, Freitas e Bastos, 2005), os mesmos pacientes que têm acesso a exames especializados e a medicamentos caros são privados, em muitos dos casos, de suprimento alimentar contínuo durante todo o mês. Mesmo aqueles com benefício de seguridade social recebem valor insuficiente para manutenção de necessidades básicas. Provavelmente essa variável não controlada resultou na falta de impacto da intervenção preconizado no programa Eurovihta, no construto amplo e complexo de qualidade de vida.

Em relação ao apoio social, observou-se um efeito significativo para o apoio social instrumental, mas não para o apoio social emocional. G1 e G2 não apresentaram aumento na percepção de rede de apoio emocional. Por outro lado, houve elevação do apoio social instrumental para G1 e redução para G2. Tal resultado sugere que a intervenção foi benéfica para o grupo tratado no que tange à frequência e à satisfação com o apoio social instrumental. A intervenção aplicada no estudo teve módulos informativos e encontros (semanais); portanto, deve ter criado condições para que os pacientes tirassem suas dúvidas quanto aos cuidados com sua saúde, sentindo-se apoiados instrumentalmente. O resultado corrobora ideias de Remor (2002), que salientou que apoio social adequado é capaz de atenuar o impacto negativo da situação de viver com HIV/AIDS, bem como de enfrentar as vicissitudes da terapia antirretroviral. Da mesma maneira, Pedersen e Elklit (1998) sugeriram que o apoio social serve como um fator de proteção significativo contra os efeitos psicopatológicos inerentes dos aspectos traumáticos de viver com HIV/AIDS. Um estudo longitudinal constatou a importância das relações de apoio para reforçar a autoestima e dar sentido para seguirem o enfrentamento da condição de viver com HIV/AIDS (Vasconcellos, Picard e Cohen Ichaï, 2002). Em estudo posterior, Vasconcellos (2005) salientou que as variáveis apoio social, autoestima, depressão e lócus de controle estavam correlacionadas a comportamentos de adesão ao tratamento nos casos de doenças crônicas. Considerou, no entanto, que a AIDS tem uma peculiaridade em relação a

outras doenças crônicas, já que a dimensão relacional constitui o âmago da problemática psicológica dos pacientes. O fato de o vírus ser transmissível "hipoteca" definitivamente as relações humanas. Ressalta ainda que a observação (adesão) às prescrições não é uma condição estável, mas sujeita a vicissitudes, de acordo com mudanças tanto externas quanto internas das pessoas. Diferentes estudos mostraram que o apoio social percebido como adequado está associado a afetos negativos menos intensos, à maior espiritualidade, assim como à autoeficácia e à adesão ao tratamento (Heckman, 2003, Simoni, Frinck e Huang, 2006, Vasconcellos, 2000). Destacam-se ainda estudos demonstrando estreita relação entre os fenômenos psicológicos e o curso e a evolução da AIDS (Cruess et al., 2000, Hautzinger et al., 1999, Ickovics et al., 2001, Liketsos et al.,1996). Em relação ao estresse, não foram observados efeitos que pudessem ser relacionados ao tratamento. G1 apresentou maiores níveis de estresse nos dois momentos da avaliação. O resultado indica que aqueles que voluntariamente quiseram tomar parte do grupo tratado já apresentavam, antes da intervenção, uma situação psicológica de maior sofrimento, e tal diferença entre os grupos não desapareceu após o tratamento, embora tenha havido uma pequena redução não significativa nessa diferença. Contudo, não foi possível determinar fatores não controlados que influenciaram no decréscimo do estresse tanto em G1 quanto em G2.

Quanto à depressão, a intervenção parece ter sido benéfica, pois houve uma diminuição no nível de depressão para G1, mas o mesmo não ocorreu para G2. É possível que as atividades relacionadas ao reconhecimento de padrões de pensamento negativos e à correção de pensamentos disfuncionais, além das outras técnicas empregadas, tenham provocado esse efeito de redução da depressão. Esses resultados estão em conformidade com os de outros estudos que apresentaram resultados semelhantes, nos quais a TCC se mostrou efetiva no tratamento da depressão em pessoas vivendo com HIV/AIDS (Blanch et al., 2002; Chesney et al., 2003; Rotheram-Borus et al., 2001; Schneiderman, 1999). O modelo Eurovihta foi desenvolvido e avaliado em nosso estudo em 16 semanas, com resultados modestos. Sugere-se a realização de novos estudos com o objetivo de verificar se a redução do número de sessões terapêuticas no modelo Eurovihta, baixando o custo do tratamento e adaptando-o à realidade brasileira, poderia ser realizada guardando resultados semelhantes aos encontrados em 16 sessões. Da mesma forma, a permanência dos possíveis efeitos precisa ainda ser investigada ao longo do tempo em estudos de *follow up*. No entanto, o Eurovihta pode servir como um modelo de intervenção padronizado e economicamente viável para ser aplicado em saúde coletiva, já que a comorbidade de AIDS e depressão tem sido identificada e pode ser amenizada com a intervenção (Brondolo, Cassels, Tobin, Schneiderman e Weiss, 2005; Blanch et al., 2002; Ickovics et al., 2001; Mello e Malbergier, 2006; Petersen, 2007; Petersen, Koller, Vasconcellos e Teixeira, 2008). Esse estudo foi consistente com achados prévios ao apontar resultados alentadores quanto à possível efetividade de um modelo de terapia cognitivo-comportamental em grupo (Eurovitha) para tratar depressão em pessoas vivendo com AIDS. As estratégias cognitivas e comportamentais têm se mostrado eficazes para manejo de estresse, melhora do estado psicológico e para promoção de qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS (Blanch et al., 2002; Kelly e Kalichman, 2002; Bock et al., 2003; Brondolo et al., 2005; Chesney et al., 2003; Lechner et al., 2003).

Novos estudos podem ser conduzidos em populações brasileiras vivendo com HIV/AIDS, investigando as relações das variáveis psicológicas e contextuais com a dimensão biológica a fim de ampliar as possibilidades de medidas usadas no estudo. Uma limitação encontrada na condução do tratamento diz respeito à baixa escolaridade das pessoas que fizeram parte desse estudo. Nessas circunstâncias, foram encontradas maiores dificuldades na aplicação de determinados

instrumentos e técnicas cognitivas (Petersen, Koller, Vasconcellos e Teixeira, 2008).

Fundamentos teóricos para o programa de intervenção grupal preconizado

O programa Eurovihta avaliado foi desenvolvido por um grupo multicultural, considerado uma forma de estabelecer um elo de comunicação entre pessoas infectadas, organizações de autoajuda e profissionais da saúde. A organização do programa de intervenção integra princípios de *empowerment* e de ajuda profissional, esta última através da condução e da estruturação do programa, já que o psicoterapeuta escolhe as técnicas, ao passo que os participantes elegem o conteúdo das sessões. O objetivo geral da intervenção é promover a qualidade de vida pela adesão ao tratamento, reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão, incrementar a rede de apoio social e aumentar a autoestima. A abordagem integra técnicas de relaxamento, estratégias cognitivas e comportamentais que visam gerar alternativas adaptativas para lidar com a doença no cotidiano. Pretende também propor a criação de espaço de intercâmbio de experiências e informações sobre HIV que permita discutir interesse, mitos e fantasias. Os principais objetivos são adquirir uma maior aceitação do direito de ser soropositivo, apesar das limitações sociais, profissionais e econômicas que viver com HIV/AIDS ocasiona; encontrar novas perspectivas de vida que respondam de maneira real às circunstâncias sociais do dia a dia; aprender a fazer um melhor uso dos recursos internos e externos, reorientar as estratégias habituais de lidar com a doença (o *coping*), estimulando aqueles que colocam o indivíduo de maneira ativa frente à situação específica; aprender novas formas de redução dos níveis de estresse, ansiedade e depressão, introduzir os diferentes métodos de relaxamento, fomentando a procura de método próprio (Pizon et al., 1999) . O programa de grupos é estruturado para ser conduzido em 16 encontros de duas horas. Tem um princípio terapêutico amplo, visando tratar diferentes áreas de problemas de pessoas com HIV/AIDS e oferecer acesso ao programa a psicoterapeutas com formações variadas. O Eurovihta agrega técnicas cognitivas, comportamentais e da *Gestalt*. As psicoterapias cognitivas datam na década de 1950 e início da década de 1960 (Ellis, 1962; Kelly, 1955; citados por Wainer, Madeira e Picoloto, 1999). Wainer e colaboradores (1999) salientaram que o surgimento das terapias cognitivo-comportamentais ocorreu devido à insatisfação de diversos clínicos em relação aos principais modelos teóricos (psicanálise e comportamentalismo). O diferencial está na importância dada à mediação cognitiva para modificação de comportamentos. A ênfase passa do comportamento para representações mentais mediando os comportamentos e a realidade externa. O programa acopla estratégias de reestruturação cognitiva que pretende fazer com que o paciente reveja as estruturas disfuncionais que o levam a interpretar e a agir de forma disfuncional (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1994). Na teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia, a cognição é a chave para os transtornos psicológicos. "Cognição é definida como aquela função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência de controle de eventos futuros" (Beck e Alford, 2000, p.23). As técnicas se caracterizam por serem ecléticas: relaxamento, relaxamento progressivo dos músculos, dessensibilização sistemática, distração, reforço, modelagem, *role playing,* junto a métodos cognitivos como flecha descendente, registro diário de pensamentos disfuncionais, ensaio cognitivo, técnicas de solução de problemas, Modelo ABC de Ellis e estratégias de inoculação de estresse (Freeman, 1998; Hawton e Salkovskis, 1997).

Beck e Alford (2000) consideraram que o movimento de integração da psicoterapia relativo às psicoterapias cognitivas está focalizado em diferentes abordagens e bases de conhecimento da prática clínica. A linha editorial do *Cognitive Therapy and Research* (Beck e Alford, 2000) explicita seu caráter interdisciplinar, que busca integrar

diferentes áreas da psicologia clínica, cognitiva, aconselhamento, evolucionária, experimental, de aprendizagem, da personalidade e social. A possibilidade de ir além das teorias contemporâneas está na manutenção e na abertura do sistema teórico das terapias integrativas impedindo que se tornem fechadas como a psicanálise clássica. Beck (1987), ao desenvolver a estrutura da terapia cognitiva, recorreu a outras teorias, além de suas observações clínicas. Já a terapia cognitiva do Eurovihta fornece um paradigma integrativo para a prática clínica que é coerente e evolucionária (Beck e Alford, 2000). Os diferentes métodos terapêuticos que integram o modelo do programa provêm da terapia cognitivo-comportamental para a gestão da depressão (Beck, 1987; Scott, Williams e Beck, 1994; Beck e Alford, 2000), técnicas de visualização e de imaginação (Simonton, 1982), relaxamento progressivo muscular de Jacobson (Sandor, 1982) e dinâmicas de grupo.

O plano de sessões proposto serve como orientação para os terapeutas. Representa uma maneira concreta de aplicar o conceito e o programa a uma situação específica de grupo. Nele se descreve a estrutura de cada uma das sessões, e abordam-se os exercícios recomendados para o tratamento das respectivas temáticas, mantendo o equilíbrio adequado entre os módulos horizontais e os verticais.

As 16 sessões do grupo têm uma mesma estrutura formal em que se prevê a duração de cada uma das partes da sessão. Entretanto, a primeira é a exceção, pois está programada para duas horas e meia.

O início da sessão tem como objetivo exercitar os participantes em diversas formas de relaxamento, especialmente no RPM de Jacobson, além de obter humor e concentração adequados ao trabalho terapêutico. A seguir, estabelece-se a ordem do dia, e o terapeuta explica aos participantes o tema preparado, questiona sobre temas atuais adicionalmente tratados na sessão e define com eles a ordem em que serão debatidos. Após, segue-se com um exercício preparado dos módulos e faz-se uma pequena pausa. Na conversação aberta, há a possibilidade de continuar a discussão sobre o exercício realizado ou incluir os outros temas. No final da sessão, o terapeuta faz um resumo, transmitindo um *feedback* aos participantes. Eles, por sua vez, expressam, em um comentário curto sua experiência pessoal durante a sessão. Esses comentários não são discutidos na sessão, mas podem ser retomados no encontro seguinte.

O plano de sessões está estruturado tematicamente. Na maioria das vezes, para cada bloco temático, destinam-se duas sessões, tendo em vista as principais expectativas e os objetivos mais comuns que os participantes determinam nos grupos.

O terapeuta deve estruturar o plano de sessões de maneira similar ao proposto, à medida que lhe seja possível. As sessões primeira e última devem ser realizadas segundo o programa, porém todas as outras são de livre organização por parte do terapeuta e dos participantes. Para cada objetivo, propõem-se exercícios opcionais que o terapeuta utilizará ou não, segundo as necessidades. Muitos deles estão concebidos de tal maneira que servem para o trabalho de diferentes problemáticas. O terapeuta deve incluir o plano de exercícios de todos os módulos para garantir que não se dê prioridade a uma escola terapêutica, de forma a preservar o caráter eclético do programa. Essa heterogeneidade permitirá aos participantes experimentar uma ampla gama de intervenções e escolher aquelas que melhor se adaptem à sua situação pessoal. De igual forma, facilita aos terapeutas trabalhar com

TABELA 19.2
Estrutura das sessões do Eurovihta Project

Exercício	Duração (minutos)
Relaxamento e/ou visualização	10
Definição da ordem do dia	5
Exercícios dos módulos	45
Pausa	5
Conversação aberta	45
Resumo da sessão	5
Comentário final	5

Fonte: Pizon et al., 1999, p.12-17.

o programa independentemente de sua formação terapêutica e de sua experiência nesse campo. Dessa maneira, garante-se liberdade suficiente às diferentes partes que trabalham com o programa, conservando uma estrutura mínima que permite comparar os diferentes grupos.

SÍNTESE DA ESTRUTURA DO PROGRAMA

A intervenção é composta de diferentes exercícios que pretendem facilitar a discussão de problemas que afetam as pessoas da amostra. Dois modelos de caráter horizontal são aplicados, ou seja, os exercícios são utilizados regularmente e consistem em métodos de relaxamento e dinâmica de grupo e de apoio social. Os demais modelos são de caráter vertical e se referem a uma unidade temática específica. São oriundos da terapia comportamental e cognitiva (conforme proposta do Eurovihta Project) e alguns são destinados ao desenvolvimento de recursos pessoais e gestão de crises. A **Tabela 19.3** apresenta uma síntese do Eurovihta Project.

O Eurovihta Project teve sua versão original apresentada por Bock e colaboradores (2003) e traduzida do original em alemão. A seguir, será apresentada em detalhes cada técnica empregada na intervenção. Essas especificações foram compiladas no manual do programa com versão em português (Pizon, Bock, Riemer e Hautzinger, 1999).

MÓDULOS HORIZONTAIS

Método de relaxamento

O relaxamento progressivo dos músculos (RPM) é exercitado sistematicamente para os participantes aprenderem a influenciar de maneira ativa seu estado corporal e para obte-

TABELA 19.3
Resumo dos conteúdos do Eurovihta Project

Terapia cujos encontros de grupo duram cerca de duas horas cada e são sempre iniciados por um exercício de relaxamento (20 a 30 min) e finalizadas com um tempo livre de 45 minutos.
Módulo 1 Exercícios de relaxamento (15 encontros): relaxamento progressivo dos músculos e exercícios de visualização.
Módulo 2 Exercícios de dinâmica de grupo (4 encontros): exercícios corporais para promover a confiança, controle da inibição, desenvolvimento da franqueza.
Módulo 3 Exercícios de terapia comportamental (7 encontros) de ativação, estruturação do dia, construção de atividades prazerosas, exploração de sintomas.
Módulo 4 Métodos cognitivos (6 encontros) para reconhecer a interdependência entre cognição, comportamento e emoção, reconhecer padrões de pensamento negativos, corrigir convicções disfuncionais.
Módulo 5 Exercitar recursos e competências (5 encontros): tratamento de situações interacionais sociais e assertivas comuns. Aprendizado de modos de comportamento, treino de competências e habilidades de comunicação.
Módulo 6 Temas específicos e tratamento de crises (3 a 4 encontros): abordagem atuais e temas como a morte, preparação para o final da terapia e transferência.

rem melhor gestão do estresse. Sandor (1982) considera que o RPM de Jacobson mostra uma orientação mais fisiológica do que psicológica, em que a pessoa aprende a avaliar as tensões nos diferentes grupos musculares e consequentemente aprende a relaxá-los. O paciente aprende a refinar suas percepções sinestésicas e a registrar a diminuição da tensão muscular vivenciando o relaxamento psíquico de modo consciente. Pela repetição dos exercícios, o paciente chega a uma verdadeira automatização do procedimento. Para o autor, o repouso físico e o mental condicionarão também estados emocionais.

Além de exercícios de RPM, são utilizados alguns exercícios de visualização, meditação e outros de terapia da *Gestalt*. Um exemplo de exercício RPM é a indução para que os pacientes contraiam e relaxem os diferentes músculos do corpo. Foram instruídos a provocar tensão nas partes do corpo indicadas (mão, bíceps, testa, etc.) por 5 a 7 segundos, ao que se segue pausa de relaxamento de 30 e 40 segundos, na qual se convidará a tomar consciência do repetitivo relaxamento. O terapeuta dá os comandos de contrair e soltar nos tempos indicados. A metanálise que revisa estudos sobre o impacto de intervenções psicológicas sobre o sistema imune (Miller e Cohen, 2001) aponta que o relaxamento e as técnicas de revelação e gestão de estresse mostraram evidência de sucesso.

O exercício apresentado a seguir de imaginação e visualização exemplifica a aprendizagem dos métodos de relaxamento. O exercício será utilizado nas primeiras sessões para descontrair. Pode ser praticado sentado em cadeiras ou ainda deitado em colchonetes, conforme a livre escolha dos pacientes. Os participantes foram convidados a, lenta e progressivamente, relaxar o corpo. Depois foram convidados a imaginar que, no centro do corpo, existe um imenso lago de águas cristalinas que simboliza a forte liberdade interna. O terapeuta conduz o relaxamento passo a passo apontando cada parte do corpo e convida o paciente a imaginar uma pequena pedra em uma metade dele e cita como as ondas se movem em círculos lentamente para fora. Existem 15 exercícios diferentes de relaxamento divididos em técnicas simples e progressivas conforme o exemplo (Sandor, 1982).

Dinâmica de grupo e apoio social

Esta técnica fomenta a ajuda social e o conhecimento mútuo dos participantes. Tem por objetivo a abertura para o trabalho de grupo, assim como estratégias para solução de conflitos e gestão da agressividade. O programa propõe um roteiro que nas duas primeiras sessões, sejam utilizadas dinâmicas que visam a apresentação, como roda de apresentações, entrevista aos pares e apresentações para o grupo do entrevistado, entre outros. Na terceira sessão, os participantes são convidados a partilhar a elaboração de seu plano de tratamento no qual o paciente pode formular suas expectativas e metas relativas ao grupo. Na oitava sessão, o plano é reapresentado para ser reestruturado se o grupo desejar (Pizon et al., 1999).

MÓDULOS VERTICAIS

Terapia comportamental

O Projeto Eurovihta preconiza viver com HIV/AIDS com qualidade de vida e propõe aos participantes os seguintes objetivos a serem atingidos por meio de exercícios para diminuir os níveis de depressão e ansiedade: formular novos objetivos de vida, reestruturar o cotidiano, adquirir competências para análise de problemas aumentando o nível de atividade e cumprir a terapia antirretroviral (Pizon et al., 1999). Os exercícios são úteis aos pacientes que iniciam terapia antirretroviral. Comumente essas situações são acompanhadas de ansiedade e depressão. Os sintomas frequentes são isolamento social, abandono de tarefas rotineiras, medo dos problemas, preocupação com a morte e doenças, perda de sono e apetite.

O objetivo das tarefas é conscientizar as pessoas sobre a relação entre atividades e

humor. Para isso, são registrados os aspectos diários e semanais. Aos participantes que estão iniciando ou reiniciando nova terapia a ênfase será dada na reestruturação no plano de alimentação e nas atividades cotidianas com vistas a aumentar a regularidade na tomada de medicamentos (adesão).

Os exercícios comportamentais são divididos em atividade de análise, de auto-observação e de mudança de comportamento. Os exemplos a seguir demonstram cada um deles:

Exemplo 1. Introdução dos modelos de origem de estado de humor negativo. O terapeuta apresenta o modelo do triângulo (sentimentos, pensamentos e comportamentos em cada vértice), da espiral ou das flechas descendentes para buscar crenças intermediárias e centrais e setas invertidas que esclarecem as possibilidades de influenciar o humor através de modificações do comportamento e das cognições. O grupo apresenta mecanismos comuns aos estados depressivos e reflete sobre soluções. Os pacientes são convidados a fazer sua lista de atividades agradáveis. Esse exercício é operacionalizado para participantes em estados depressivos e visa aumentar o nível de atividade geral e a capacidade de auto-observação.

Para operacionalizar a tarefa, é elaborada uma lista de 60 atividades agradáveis, a qual é trabalhada por quatro semanas. Diariamente, o paciente consulta-a e marca as atividades positivas. Simultaneamente, é convidado a registrar seu estado de humor em outro protocolo. A proposta demonstra que a melhora do paciente é proporcional ao número de atividades exercidas por ele (Pizon et al., 1999).

Processos cognitivos e comportamentais – visualização

Os exercícios têm por objetivo melhorar o humor através da reestruturação cognitiva e da modificação desse diálogo interno inadequado. Visa aumentar a autopercepção da influência de pensamentos, conscientização dos tipos de pensamento, análise de pensamentos automáticos e valorização negativa, fomento de técnicas de controle que impedem os pensamentos circulares e significados pela modificação da valorização das situações. Beck e Alford (2000) propõem um modelo explicativo de depressão focalizando a presença de pensamentos negativos em três eixos da vida da pessoa: visão negativa do *self*, contexto e objetivos.

O exercício exemplifica a operacionalização da atividade e inclui cartões coloridos, utilizados para anotar os pensamentos, e os participantes devem marcar os que são muito positivos ou muito negativos. Os pacientes são estimulados a reconhecer as ligações existentes entre pensamentos, comportamentos e reações que provocam nos outros. Algumas pessoas soropositivas afirmam ter com frequência pensamentos como: “de qualquer forma vou morrer”. Assim, é importante gerar pensamentos automáticos positivos de forma consciente e depois observar se influenciam de maneira positiva os sentimentos e os comportamentos.

Os exercícios de visualização foram idealizados para fortalecimento da vontade de viver, ativação de forças autocurativas e redução de medos referentes à morte. Após relaxamento muscular progressivo, propõe-se a visualização a fim de substituir imagens catastróficas. O exercício do curador interno exemplifica essa atividade: visualização da doença e sua cura, ou o efeito nas contagens de CD4 do vírus e a luta dos medicamentos para facilitar o aparecimento de células sãs. Então, o paciente imagina o sistema imunológico como um exército que repele e vence os agressores. As células infectadas pelo HIV são devoradas pelos medicamentos, enquanto as células sãs se multiplicam nos espaços vazios criados (Pizon et al., 1999).

Desenvolvimento de recursos pessoais

Essa técnica tem por objetivo a construção de estratégias de confrontação de temas estressantes relacionados com HIV/AIDS e de aquisição de competências sociais e comuni-

cativas. Os exercícios permitem melhorar a gestão de temas estressantes como sexo seguro, jogos de papéis da vida diária e morte. Deve-se iniciar com a anamnese sexual, que inclui o que é importante na sexualidade e influencia o HIV, e estilos de vida nas diferentes orientações sexuais (Pizon et al., 1999).

Gestão de crises

Esse módulo prepara para a finalização do grupo integrando os conteúdos e propondo sua aplicação autônoma na vida diária. Um exemplo aplicado da proposta é a tarefa de registro de três crises pelas quais o paciente tenha passado anteriormente, representando na forma de desenho os sentimentos despertados em tais situações. Foi proposto recordar tanto as atitudes tomadas diante das crises quanto avaliar se é necessário alterá-las em caso de novas crises. (Pizon et al., 1999). No Anexo A é possível encontrar a estrutura detalhada do programa por sessão, conforme o original Eurovihta.

A importância clínica de intervenções psicossociais junto aos pacientes com AIDS pode ser demonstrada a partir das verbalizações de pessoas que foram tratadas pelo programa Eurovhita no Brasil. Na última sessão de grupo (16º encontro) foi preenchido pelos pacientes um protocolo em que constava a seguinte pergunta: quais das minhas expectativas foram cumpridas pelo grupo? A seguir serão transcritas algumas das respostas dos adultos que participaram:

> "Eu pude ver que viver com AIDS não é tão terrível como eu imaginava e que quem quiser aceitar ou não o fato de eu viver com AIDS não é problema meu, aprendi que se vive mesmo tendo AIDS" (MM, 36 anos).

> "Sim, a poder falar e desabafar sem preconceitos" (CO, 28 anos).

> "Depois que fiquei sabendo da minha infecção, fiquei muito desmotivada. Com a adesão aprendi que posso viver normalmente, compreender a viver com mais cautela" (LM, 38 anos).

> "Para mim, as reuniões de grupo foram muito boas, aprendi a viver a doença sem medo" (LR, 31 anos).

> "Trocar ideias, aliviar o estresse, melhorar meu humor e aturar mais a família e seus preconceitos. Relaxamento, técnicas de enfrentar problemas, estresse e crises, entender preconceito e combatê-lo, pensamentos negativos e positivos, conversar com as pessoas e troca de experiências, entender mais a situação, espairecer a cabeça" (AS, 27 anos).

> "Eu vi alguns amigos meus realizarem seus objetivos e eu também, com a ajuda do grupo. Reunião de pessoas que puderam me ajudar a adquirir mais conhecimentos e trocar ideias. Relaxar e encontrar parceria" (PR, 30 anos).

> "Me conhecer melhor e recuperar minha autoestima" (RV, 31 anos).

> "Compreensão e poder contar com alguém sem ter que me esconder atrás das sombras" (FR, 20 anos).

A partir das afirmações, foi possível verificar a relevância dada à questão do preconceito e do apoio social. O acesso à informação e a troca de experiências é ressaltada. O resgate dos direitos humanos de portadores de HIV/AIDS parece ser uma conquista. Esse espaço foi considerado uma forma de agradecer aos participantes e de preservar sua opinião na avaliação do programa de intervenção, no qual ativamente estiveram engajados por 16 semanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo multidimensional que envolve as variáveis biopsicossociais foi testado empiricamente em estudo prévio e pode ser parcialmente demonstrado. Uma pessoa não

vive sem seu contexto; por isso, é ressaltada a importância de observar as múltiplas conexões ambientais para entender comportamentos e emoções e seus impactos no curso de doenças crônicas, como a AIDS. Sugere-se a continuidade dos estudos e futura implementação do Eurovihta Project para adolescentes vivendo com AIDS, como um fator de proteção e promoção de bem-estar psicossocial. O programa é flexível, propõe contexto grupal típico dessa etapa de desenvolvimento, tem características lúdicas e talvez seja tão interessante com adolescente como mostrou ser com jovens adultos na faixa de 20 anos que fizeram parte do estudo.

Ressalta-se a relevância clínica de estudos de efetividade. Os resultados foram alentadores, e a escassa produção nacional de estudos de efetividade com esse tipo de população faz com que se destaque a importância de que psicólogos clínicos possam ser beneficiados com esse estudo. A existência de um tratamento manualizado e testado em diferentes populações no exterior, em estudos prévios e pela primeira vez no Brasil com essa população, serve para amparar os clínicos que desenvolvem terapia cognitivo-comportamental com pessoas vivendo com AIDS. A estrutura da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo com tempo limitado torna viável a futura implementação da modalidade em saúde coletiva. Salienta-se que o custo-benefício de intervenções psicossociais com portadores de AIDS tem sido demonstrado, e esse estudo também aponta nesta direção. A relevância social de promover qualidade de vida àqueles que têm doenças crônicas reforça que novos estudos trarão contribuições para a pesquisa da efetividade de terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas vivendo com AIDS e com outras doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

Beck, A. T. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva.* Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: International Quarterly 1,* 5-37.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Blanch, J., Rousaud, A., Hautizinger, M., Martinez, E., Peri, J., Andrés, S., Cirera, E., Gatell, J., & Gastó, C. (2002). Assessment of the efficacy of cognitive-behavioural group psychotherapy programme for HIV-infected patients referred to a consultation-liaison psychiatry department. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*, 77-84.

Bock, J., Escobar-Pinzon, I. C., Riemer, D., Blanch, J., & Hautzinger, M. (2003). EUROVIHTA project-specific intervention program for HIV infected patients to support the coping process with the chronic illness. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische-Psychologie*, 53(7), 310-318.

Boletim Epidemiológico AIDS (2005). Acessado em 25/04/06, http://www.AIDS.gov.br.

Brondolo, E., Cassels, A., Tobin, J., Schneiderman, N., & Weiss, S. (2005). Decreased depression up to one year following in depressed whomen wih AIDS: the smart/EST whomen's project. *Journal of Healh Psychology*, *10*(2) 223-231.

Chesney, M., Chambers, D., Taylor, J. Johnson, L., & Folkan, S. (2003). Coping Effectiveness Training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a group-based intervention. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 1038-1046.

Cruess, S., Antoni, M., Cruess, D., Fletcher, A., Ironson, G., Kumar, M., Lutgendorf, S., Hayes, A., Kliimas, N., & Schneiderman, N. (2000). Reductions in Herpes Simplex Virus Type 2 Antibody Titers after cognitive behavioral stress management and relationships with neuroendocrine function, relaxation skills, and social support in HIV-positive men. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 828-837.

Freeman, A. (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas: Psy.

Hautzinger, M., Bock, J., Pinzón, L., Riemer, D., Bader, A., Blanch, J., Valverde, A., Rufo, M., Martins, T., Renacimento, R., Stöckel, I., Saulino, E., Maestro, A., Speranza, T., Matto, M., Ciampa, C., Vasconcellos, D., Varescon, I., & Dupain, P. (1999, Outubro). *EUROVIHTA PROJECT Development of guided group programmers people with HIV and AIDS. Creation of a network of therapists in D, E, I, P. Final Report*. Eberhard-Karls-Universität-Tübingen. Abt. Für Klinische und Physiologische Psychologie. Alemanha.

Hawton, K. & Salkovskis, P. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Heckman, T. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfation in people living with HIV desease. *Health Psychology*, *22*(2), 140-147.

http://www.AIDS.gov.br - *Programa Nacional de DST e AIDS*. Retrieved in 08/09/04.

http://www.AIDS.gov.br - *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Retrieved in june 2004.

Ickovics, J., Hamburger, M., Vlahov, D., Schoenbaun, E., Schuman, P., Boland, R., & Moore, J. (2001). Mortality, CD4 cell count decline, and depressive sympytoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA Journal of the American Medical Association*, *285*(11), 1466-1474.

Janeway, C., Travers, P., Walport, M., & Shlomchik, M. (2002). *Imunobiologia*. Porto Alegre: ArtMed.

Jia, H., Uphold, C., Wu, S., Reid, K., Findley, K. & Duncan, P. (2004). Health related quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping and depression. *AIDS Patient Care & Stds, 18*(10), 594-603.

Kelly, J. & Kalichman, S. (2002) Behavioral research in HIV/AIDS primary and secondary prevention: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(3), 626-639.

Lechner, S., Antoni, M., Lydston, D., LaPerriera, Ishii, M., Devieux, J., Stanley, H., Ironson. G., Schneiderman, N., Brondolo, E., Tobin, J., & Weiss, S. (2003). Cognitive behavioral interventions improve quality of life inwomen with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, *54*, 253-261.

Liketsos, C., Hoover, D., Guccione, M., Dew, M., Wesch, J., Bing, E., & Tresman, G. (1996). Changes in depressive symptoms as AIDS develops. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1430-1437.

Malta, M., Petersen, M., Clair, S., Freitas, F., & Bastos, F. (2005). Adesão à terapia anti retroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(5), 1424-1432.

Mello, V. & Malbergier, A. (2006) Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(1), 10-17.

Miller, G. & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system a meta analytic review and critique. *Health Psychology*, *20*(1), 47-63.

Parham, P. (2001). *O sistema imune.* Porto Alegre: Artmed.

Pedersen, S. S. & Elklit, A. (1998). Traumatization, psychological defense style, coping, syntomatology, and social support in HIV positive: a pilot study. *Scandinavian Journal of Psychology*, *39*, 55-60.

Petersen, C. (2007). Avaliação de intervenção grupal para promoção de qualidade de vida em portadores de doenças crônicas: a AIDS como modelo. Tese de Doutorado em Psicologia. PPG em Psicologia da UFRGS, Porto Alegre, RS.

Petersen, C., Koller, S., Vasconcellos, D., & Teixeira, M. (2008). Efeitos da terapia cognitivo-comportamental em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas,* vol.4, nº.2, p.90-109.

Petrushkin, H., Boardman, J., & Ovuga, E. (2005) Psychiatric disorders in HIV positive individual in urban Uganda. *Psychiatric Bulletin, 29*, 455-458.

Pizon, L., Bock, J., Riemer, D., & Hautzinger, M. (1999). *Viver com o VIH/SIDA. Programa de treino para promover o aumento da qualidade de vida das pessoas com VIH y SIDA. EUROVIHTA Projekt*. European Commission GD V/F/2 Public Health, Portuguese version.

Remor, E. (2002). Social support and quality of life in patients with HIV infection. *Atenção Primária*, *30*(3),143-149.

Rotheram-Borus, M., Murphy, D., Wight, R., Lee, M. Lightfoot, M., Swendeman, D., Birnbaum, J., & Wright, W. (2001). Improving the quality of life among young people living with HIV. *Evaluation and Program Planning*, *24*, 227-237.

Sandor, P. (Ed.) (1982). *Técnicas de relaxamento*. São Paulo: Vetor.

Schneiderman, N. (1999). Behavioral medicine and the management of HIV/AIDS. *International Journal of Behavioral Medicine*, *6*(1), 3-12.

Scott, J., Williams, J., & Beck, A. T.(1994). *Terapia cognitiva na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Simoni, J., Frinck, P., & Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV positive men and woman on antiretroviral therapy. *Health Psychology*, *25*(1), 74-81.

Simonton, C. O. (1982). Unproven methods of cancer management. *CA Cancer Clinics*, *32*(1), 58-61.

UNAIDS (2006). *AIDS epidemic update: December 2005*. Retrieved in 25/04/06, from www.unAIDS.org/epi/2005.

Vasconcellos, D. (2000). SIDA: l'observance du traitment par la trithérapie: conditions psychologiques. *L`Informatione Psychiatrique*, *1*, 55-63.

Vasconcellos; D.; Picard, O. & Cohen Ichaï, S. (2002). VIH SIDA: Vivre avec les traitments. *L´Information Psychiatrique, 10*, 987-997.

Vasconcellos, D. (2005). HIV AIDS – Especificidades psicológicas e manejo da relação da relação terapêutica. *In* A. Cataldo Neto, G. Gauer, & N. Furtado (Eds.), *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp. 861-865). Porto Alegre: Edipucrs.

Wainer, R., Madeira, M., & Piccoloto, N. (1999). Psicoterapias cognitivas: convergências e divergências entre abordagens construtivistas do processamento da informação. *Aletheia, 10*, 59-66.

Weiser, S., Riley, E., Ragland, K., Hammer, G., Clark, R., & Bangsberg, D. (2006). Factor associated with depression among homeless and marginally housed HIV infected men in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(1), 61-64.

ANEXO A

TABELA A.1

Plano das sessões

Sessão	Temas e objetivos	Exercícios
1	Métodos de relaxamento Conhecimento dos participantes ■ primeiro conhecimento mútuo de maneira verbal e não verbal ■ motivar a confiança ■ enquadramento terapêutico	■ "as ondas" ■ roda de apresentação ■ entrevistas por pares ■ cumprimento de diferentes maneiras
2	Métodos de relaxamento ■ esclarecimento de expectativas ■ definição de temas e objetivos	■ "o barco" ■ "eu sou assim" – exercício de desenho ■ "eu espero/ desejo/ receio"
3	Métodos de relaxamento ■ relaxamento como estratégia ■ relaxamento no grupo Elaboração do plano das sessões ■ temas e objetivos Resolução de problemas – relação entre pensamento, comportamento e sentimento	■ "aqui e agora" ■ plano das sessões ■ tarefas: análise de problemas, modelo de terapia comportamental
4	Métodos de relaxamento ■ introdução ao relaxamento progressivo de músculos (RPM) Adaptação ao HIV e à AIDS ■ tratamentos médicos e medicamentos ■ "crenças"- religião ■ evitamento *vs.* perda de identidade	RPM ■ o terapeuta recolhe informação atualizada sobre o HIV e a AIDS ■ discussão - jogos ■ distribuições do plano das sessões aos participantes
5	Métodos de relaxamento ■ segurança social: educação, profissão, incapacidade, reforma ■ lidar com mudanças no cotidiano devido à pressão social, etc. ■ organização do tempo livre ■ lidar com as perdas	RPM ■ folhas informativas sobre RPM, seguros, incapacidade ■ modelo comportamental ■ protocolo do estado de humor ■ lista de atividades agradáveis ■ análise de problemas
6	Métodos de relaxamento ■ reorganização da vida cotidiana ■ mudança no plano de vida ■ melhoria no humor através do "manter-se ativo" ■ lidar com ansiedade e depressão	RPM ■ plano de alimentação de Caremark ■ protocolo da atividades ■ elaboração de planos de atividades diárias e semanais
7	Métodos de relaxamento ■ apoio social: paralela, amizade, família ■ proximidade e pertença *versus* independência ■ necessidade e aceitação de ajuda – dependência ■ morte do companheiro e / ou amigos por AIDS – modificações no círculo de amigos	RPM ■ exemplos trazidos pelos participantes – Intercâmbio de Informação ■ lidar com a agressividade ■ repetição do "plano das sessões"

(continua)

TABELA A.1 (continuação)
Plano das sessões

Sessão	Temas e objetivos	Exercícios
8	Métodos de relaxamento ■ conflitos com o fato de ser HIV positivo e homossexual ■ comunicação de soropositividade a familiares, amigos e colegas ■ discussão de receios e medos ■ esfera privada – confiança Revisão e reestruturação do plano das sessões	RPM ■ "realidade cruel" – *role playing* ■ curva do estado de humor
9	Métodos de relaxamento ■ influência do HIV na sexualidade ■ satisfação sexual desde a infecção com o HIV ■ expressões da sexualidade e sexo anônimo ■ medidas de proteção ■ uso do preservativo ■ situações de risco e sexo seguro ■ "entregar-se" *versus* "sem risco: sem prazer"	RPM ■ questionário sobre sexualidade ■ o uso do preservativo ■ comportamento de sexo seguro ■ exercício de visualização: lidar com uma situação de risco ■ *role play* sobre sexo seguro
10	Métodos de relaxamento ■ sexualidade e casal ■ casal discordante ■ sexo seguro, perda de atratividade por causa do HIV/AIDS ■ fidelidade ■ disfunções sexuais pelo HIV ■ medos e tensões, impotência, desinteresse sexual	RPM – forma curta ou "permito-me pensar" ■ *role play* sobre sexo seguro na vida conjugal ■ pensamentos automáticos ■ análise de uma mostra de pensamentos ■ técnicas de controle de pensamentos
11	Método de relaxamento ■ doença, sofrimento, agonia e morte ■ preparação para a doença e perda da autonomia ■ perda da atratividade física e da capacidade corporal ■ lidar com a ansiedade, depressão e fantasias fatalistas	■ visualização: o conselho interior ■ continuação do exercício cognitivo sobre a modificação de pensamentos ■ perda de atividades diárias
12	Métodos de relaxamento ■ corrida contra o tempo ■ confrontação com a debilidade e o fim da existência ■ redução da ansiedade perante a agonia e a morte	RPM- forma curta ■ medição sobre a morte ■ "eu compro a morte ideal"

(continua)

TABELA A.1 (continuação)
Plano das sessões

Sessão	Temas e objetivos	Exercícios
13	Métodos de relaxamento Construção de um novo plano de vida ■ emprego, planejamento familiar, mudança de residência ■ fortalecimento da vontade de viver ■ encontrar novo objetivo de vida ■ gestão de crises	■ visualização: o conselheiro interno ou viagem da imaginação ■ modelo da depressão ■ lista de atividades agradáveis ■ protocolo de atividades ■ "gestão de crises"
14	Métodos de relaxamento ■ construção de uma visão do futuro nova e realista ■ preparação para lidar com as mudanças ■ decisões de vida ■ procura do sentido para a vida	RPM - forma curta ou visualização ■ plano de atividades semanais
15	Métodos de relaxamento Preparação do fim e dissolução do grupo ■ utilidade do aprendido na vida cotidiana ■ realização de exercícios sem orientação	RPM - forma curta ou visualização ■ questionários de transferência ■ curva do estado de humor
16	Métodos de relaxamento ■ verificação de objetivos ■ despedida ■ troca de endereço	RPM - forma curta ou visualização ■ questionário: "De que serviu?"

Índice

A

Abuso sexual
  terapia cognitivo-comportmental para vítimas de, 299-308
    classificação do DSM-IV-TR, 300-302
    curso, 302, 303, 307, 308
    diálogo entre terapeuta e paciente, 306, 307
    epidemiologia, 299, 300
    etiologia, 302
    modelo de grupoterapia, 304-306
    prognóstico, 302, 303, 307, 308
    resumo, 308
    tratamento, 303, 304
Adolescente com depressão, 174-176
Ansiedade no transtorno bipolar na infância, 216
Aprendizagem de habilidades sociais na infância, 49, 50
Arco-íris no transtorno bipolar na infância, 207-213
Aspectos técnicos relevantes na terapia de crianças e adolescentes, 26, 27
Autismo *ver* Transtorno invasivo do desenvolvimento
Avaliação
  cognitiva da inteligência, atenção e memória, 40
  componentes do transtorno bipolar na infância, 203, 204
  de crianças, 32-44
    aquisições dos primeiros anos de vida, 35
    conduta e temperamento, 37
    considerações finais, 44
    contexto bioecológico, 33
    dificuldades nos primeiros anos de vida, 36
    dimensão qualitativa da avaliação, 41-44
    estágios do desenvolvimento e intervenções, 42, 43
  de habilidades sociais na infância, 50-53
    indicadores importantes, 51
    produtos de, 52
  de personalidade em crianças, 38
  diagnóstica
    em transtornos invasivos do desenvolvimento, 87-89
    da depressão infantil, 186
  em terapia cognitiva, 20-25
  neuropsicológica de pessoas com TDAH, 96-131
    aplicações, 124-129
    baterias neuropsicológicas completas, 119-121
    com o WISC-III, estudos, 125-127
    considerações finais, 130, 131
    implicações para a terapia cognitivo-comportamental, 129, 130
    instrumentos de, 114-124
    limitações, 124-129
    perfil de crianças e adolescentes com TDAH, estudos, 99-113
  no para transtorno bipolar na infância, 201
  psicológica de crianças, 37-41
    avaliação cognitiva da inteligência, atenção e memória, 40
    avaliação de personalidade, 38
    escalas, 38, 39
    habilidades sociais, 39, 40
    Inventário de Estilos Parentais, 38
    provas e escalas complementares, 40, 41

B

Baterias neuropsicológicas completas, 119-121
  de Avaliação Neuropsicológica Breve NEUPSILIN, 119-121
  NEPSY, 119

C

Características clínicas no tratamento para TDAH, 137-139
Caso clínico
  de dependência de substâncias psicoativas por adolescente, 315-319, 322-324
  de depressão na infância e adolescência, 189-191
  de encoprese, 372
  de enurese, 365, 366
  de estresse pós-traumático na infância, 295, 296
  de terapia para transtorno de comportamento disruptivo, 163-167
  de transtorno bipolar na infância, 220, 221
  de transtorno de ansiedade, 250-253
  de transtorno invasivo do desenvolvimento, 93
  de tratamento para TDAH, 147, 148
  de tricotilomania, 351, 352
Classificação
  da depressão na infância e adolescência, 171-173
  da encoprese, 368
  da enurese, 359, 360
  de transtornos invasivos do desenvolvimento, 86, 87
  do abuso sexual, 300-302
  do transtorno bipolar na infância, 201
  do transtorno de comportamento disruptivo, 153, 154
  dos transtornos de ansiedade, 233
Comorbidade no transtorno bipolar na infância, 197, 198
Comportamento impulsivo em criança
  intervenção, 62-80
    caso clínico, 78-80
    conceitualização de casos, 70, 71, 79
    considerações finais, 80
    epidemiologia, 32, 63
    etiologia, 63-66
    influências sobre o desenvolvimento de comportamento agressivo, 67
    modelos explicativos, 63-66
    raiva, 76-78
    técnicas de intervenção, 71-76
    tratamento, 66-70
Contexto bioecológico e a criança, 33
Crenças comuns na infância, 19
Criança
  avaliação de personalidade, 38

avaliação inicial, 32-44
aquisições dos primeiros anos de vida, 35
avaliação psicológica, 37-41
conduta e temperamento, 37
considerações finais, 44
contexto bioecológico, 33
dificuldades nos primeiros anos de vida, 36
dimensão qualitativa da avaliação, 41-44
em idade escolar com depressão, 174
intervenção em comportamento impulsivo, 62-80
caso clínico, 78-80
conceitualização de casos, 70, 71, 79
considerações finais, 80
epidemiologia, 32, 63
etiologia, 63-66
influências sobre o desenvolvimento de comportamento agressivo, 67
modelos explicativos, 63-66
raiva, 76-78
técnicas de intervenção, 71-76
tratamento, 66-70
pré-escolar com depressão, 173, 174
Critérios de avaliação da competência social, 48
Critérios diagnósticos
da depressão na infância e adolescência, 171-173
da encoprese, 366-368
da enurese, 358, 359
da terapia para transtorno de comportamento disruptivo, 154, 155
da tricotilomania, 341, 342
do estresse pós-traumático na infância, 289-291
do tratamento para TDAH, 137-139
Curso
da dependência de substâncias psicoativas por adolescente, 329
da encoprese, 370
da enurese, 362-363
da terapia em vítimas de abuso sexual, 302, 303, 307, 308
da terapia para transtorno de comportamento disruptivo, 157-159
da tricotilomania, 344-346, 352, 353
do estresse pós-traumático na infância, 292, 293
do transtorno bipolar na infância, 199, 200, 223
do transtorno de ansiedade, 234, 235
do transtorno invasivos do desenvolvimento, 89-91

D

Depressão na infância e adolescência, 170-192
adolescentes, 174-176
classificação, 171-173
crianças em idade escolar, 174
crianças pré-escolares, 173, 174
critérios diagnósticos, 171-173
epidemiologia, 170, 171
etiologia, 176
modelos explicativos, 176-181
autocontrole, 179, 180
cognitivo, 178, 179
curso, 180, 181
prognóstico, 180, 181
psicológicos, 177
socioambiental, 177
teoria do desamparo aprendido, 177, 178
transtorno depressivo maior, 172
tratamentos, 181-189
abodagem geral, 185, 186
avaliação diagnóstica da depressão infantil, 186
caso clínico, 189-191
considerações finais, 191, 192
em grupo na adolescência, 184, 185
estratégias terapêuticas, 186, 187
intervenções, 188
na adolescência, 183, 184
Primary and Secondary Control Enhancement Training for Youth Depression, 183
programa PASCET, 184
suicídio, 187-189
Taking action, 182, 183
Desenvolvimento
transtornos invasivos do, 86-94
avaliação diagnóstica, 87-89
caso clínico, 93
classificação, 86, 87
curso, 89-91
epidemiologia, 86
etiologia, 89
prognóstico, 89-91, 93, 94
tratamentos, 91-93
Diagnóstico de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, 313
Diálogo entre terapeuta e paciente em casos de abuso sexual, 306, 307
Dicas das trincheiras sobre terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade, 257-263
Dimensão qualitativa da avaliação de crianças, 41-44
estágios do desenvolvimento e intervenções, 42, 43
Distorções cognitivas, 25

E

EACI-P *ver* Escala de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor
Encoprese, 366-373
caso clínico, 372
classificação, 368
considerações finais, 373
critérios diagnósticos, 366-368
curso, 370
epidemiologia, 368
etiologia, 369, 370
prognóstico, 370
tratamentos, 370, 371
Enfrentamento na terapia de transtornos de ansiedade
da ansiedade, 248-250
de medos, 243-245
Enurese, 358-366
caso clínico, 365, 366
classificação, 359, 360
critérios diagnósticos, 358, 359
curso, 362-363
epidemiologia, 360, 361
etiologia, 361, 362
prognóstico, 362, 363
tratamento com alarme no Brasil, 364, 365
tratamentos, 363, 364
Epidemiologia
da dependência de substâncias psicoativas por adolescentes, 312, 313
da depressão na infância e adolescência, 170, 171

da encoprese, 368
da enurese, 360, 361
da intervenção em comportamento impulsivo em criança, 32, 63
da tricotilomania, 339-341
de adolescentes vivendo com AIDS, 376-378
de crianças e adolescentes com transtorno bipolar na infância, 200, 201
do abuso sexual, 299, 300
do estresse pós-traumático na infância, 289, 291
do transtorno de ansiedade, 233
do transtorno invasivos do desenvolvimento, 86
dos tratamentos para TDAH, 140, 141
Escalas
adaptativas, 222, 223
clínicas da BASC, 222
complementares, 40, 41
de Autoconceito, 39
de autoconhecimento, 221
de Avaliação do Comportamento Infantil para o Professor, 38, 221
de Déficit de Atenção com Hiperatividade, 38
de estresse, 38, 39
de traços de personalidade para crianças, 221, 222
masculina e feminina de autocontrole, 39
Espectro do humor na terapia cognitivo-comportamental para transtorno bipolar na infância, 209
Estratégias terapêuticas para a depressão infantil, 186, 187
Estresse dos pais como fator do transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, 268
Estrutura
das sessões em terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes, 25, 26
do Eurovihta project, 384
Etiologia
da dependência de substâncias psicoativas por adolescentes, 314
da depressão na infância e adolescência, 176
da encoprese, 369, 370
da enurese, 361, 362
da intervenção em comportamento impulsivo em criança, 63-66
da tricotilomania, 342-344
do abuso sexual, 302
do estresse pós-traumático na infância, 291, 292
do transtorno bipolar na infância, 204
dos transtornos de ansiedade, 233, 234
dos transtornos invasivos do desenvolvimento, 89
dos tratamentos para TDAH, 140
ETPC *ver* Escala de traços de personalidade para crianças
Eurovihta project, 378-387
estrutura, 384
fundamentos teóricos, 382-384
módulos
horizontais, 384, 385
verticais, 385-387

F

Fatores
de risco
para aprendizagem e desenvolvimento de habilidades sociais na infância, 50
para o desenvolvimento da ansiedade infantil, 265
extrínsecos ao transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, 267-270
estresse dos pais, 268
fatores ambientais, 269, 270
personalidade materna, 268
teoria do apego, 268, 269
intrínsecos ao transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, 265-267
regulação da emoção e ansiedade, 267
temperamento vulnerável, 265-267
Friends, 272-279
conteúdo, 277-279
implementação do programa, 275-277
Fronteiras diagnósticas indistintas no transtorno bipolar na infância, 197, 198
Fundamentos teóricos do Eurovihta project, 382-384

H

Habilidades sociais na infância, 39, 40, 46-59
aprendizagem de, 49, 50
avaliação de, 50-53
indicadores importantes, 51
produtos de, 52
conceitos básicos, 47-49
considerações finais, 58, 59
critérios de avaliação da competência social, 48
fatores de risco para aprendizagem e desenvolvimento das, 50
importância das, 46, 47
na terapia de transtornos de ansiedade, 246, 247
programa com mães de crianças com TDAH, 54, 55
avaliação inicial, 55-56
participantes, 55
planejamento da intervenção, 56
principais resultados, 58
programa de intervenção, 56-58
programas dos pais, 53, 54
promoção de, 53
tipos de déficits e procedimentos, 50

I

IEP *ver* Inventário de Estilos Parentais, 38
Implicações da avaliação neuropsicológica para a terapia cognitivo-comportamental, 129, 130
Indicadores importantes da avaliação de habilidade sociais na infância, 51
Índices de avaliação da inteligência
fatorial organização perceptual, 122, 123
de resistência à distração, 123
de velocidade de processamento, 124
Infância
crenças comuns, 19
habilidades sociais, 39, 40, 46-59
aprendizagem de, 49, 50
avaliação de, 50-53
conceitos básicos, 47-49
considerações finais, 58, 59
critérios de avaliação da competência social, 48
fatores de risco para aprendizagem e desenvolvimento das, 50
importância das, 46, 47
programa com mães de crianças com TDAH, 54, 55
programas dos pais, 53, 54
promoção de, 53
tipos de déficits e procedimentos, 50
Influências sobre o desenvolvimento de comportamento agressivo em crianças, 67

Instrumentos de avaliação neuropsicológica de pessoas com TDAH, 114-124
atenção concentrada, 114, 115
Continuous Performance Test, 114
Teste D2, 115
Teste de Atenção Visual-III, 114, 115
avaliação da inteligência, 121-124
índice de resistência à distração, 123
índice de velocidade de processamento, 124
índice fatorial organização perceptual, 122, 123
subtestes do índice fatorial compreensão verbal, 121, 122
avaliação de funções cognitivas, 120
componentes das funções executivas, 115-118
fluência verbal, 115, 116
teste de trilhas, 117, 118
Teste Hayling, 118
Teste Stroop de Cores e Palavras, 116, 117
Teste Wisconsin de Classificação de Cartas, 117
Torre de Hanói, 115
um ou mais sistemas de memória, 118-119
Teste da Figura Complexa de Rey-Osterrieth, 119
Teste de aprendizagem Verbal de Rey, 118, 119
Intervenção
comportamento impulsivo em criança, 62-80
caso clínico, 78-80
conceitualização de casos, 70, 71, 79
considerações finais, 80
epidemiologia, 32, 63
etiologia, 63-66
influências sobre o desenvolvimento de comportamento agressivo, 67
modelos explicativos, 63-66
raiva, 76-78
técnicas de intervenção, 71-76
tratamento, 66-70
na depressão infantil
síntese, 188
Inventário de Estilos Parentais, 38

L

Limitações da avaliação neuropsicológica em pessoas com TDAH, 124-129
Literatura indicada, 28, 29

M

Medicação para transtornos de ansiedade, 237
Modelo
ABC na TREC
síntese do, 18
cognitivo
de Beck, 18, 19
de Ellis, 17, 18
do TDAH, 139
cognitivo-comportamental de treinamento de pais, 159-163
de grupoterapia para vítimas de abuso sexual, 304-306
de intervenções em transtornos disruptivos, 166
de tratamentos manualizados testados empiricamente, 21, 22
explicativo de depressão na infância e adolescência, 176-181
autocontrole, 179, 180
cognitivo, 178, 179
curso, 180, 181
prognóstico, 180, 181
psicológicos, 177
socioambiental, 177
teoria do desamparo aprendido, 177, 178
explicativo para intervenção em comportamento impulsivo em criança, 63-66
Módulos
horizontais do Eurovihta project, 384, 385
dinâmica de grupo e apoio social, 385
método de relaxamento, 384, 385
verticais do Eurovihta project, 385-387
desenvolvimento de recursos pessoais, 386, 387
gestão de crises, 387
processos cognitivos e comportamentais, 386
terapia comportamental, 385, 386

N

Níveis de evidência do transtorno bipolar na infância, 205

P

Perfil neuropsicológico de crianças e adolescentes com TDAH, estudos, 99-113
Personalidade materna como fator do transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, 268
Prevenção
de recaída de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, 324-329
cartões flash, 328
manejo da fissura, 327
manejo de contingência, 328
mudança de estilo de vida, 329
relaxamento respiratório ou diafragmático, 327
RPG desafios, 326, 327
sirene de perigo, 324-326
substituição por imagem negativa, 328
substituição por imagem positiva, 328
técnicas de distração, 327, 328
de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes
prevenção e intervenção precoce, 270
tipos de, 270-272
Primary and Secondary Control Enhancement Training for Youth Depression, 183
Primeiros anos de vida
dificuldades, 36
Problemas clínicos, 25
Processos de aprendizagem, 25
Produtos da avaliação de habilidades sociais na infância, 52
Prognóstico
da encoprese, 370
da enurese, 362. 363
da tricotilomania, 344-346, 352, 353
de abuso sexual, 302, 303, 307, 308
de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, 329, 330
de estresse pós-traumático na infância, 292, 293
de terapia para transtornos de comportamento disruptivo, 157-159
de transtorno bipolar na infância, 223
do transtorno de ansiedade, 234, 235
do transtorno invasivo do desenvolvimento, 89-91, 93, 94
Programa
com mães de crianças com TDAH, 54, 55
avaliação inicial, 55-56
participantes, 55

planejamento da intervenção, 56
principais resultados, 58
programa de intervenção, 56-58
coping cat, 216, 237, 238
dos pais nas habilidades sociais na infância, 53, 54
Pare e Pense de Kendall, 215
síntese das sessões, 145, 146
PASCET
síntese, 184
Promoção de habilidades sociais na infância, 53
Protocolos integrados, 19, 20
Provas complementares, 40, 41
Psicoeducação
recursos disponíveis, 28, 29
Psicopatologia, 28, 29
Psicoterapia para transtornos de ansiedade, 235-237

Q

Quadro clínico do transtorno bipolar na infância, 202, 203
Questionamento de pensamentos na terapia de transtornos de ansiedade, 245, 246
Questões desenvolvimentais no transtorno bipolar na infância, 198, 199

R

Raiva
como comportamento impulsivo em criança, 76-78
no transtorno bipolar na infância, 216-219
Reestruturação cognitiva em estresse pós-traumático na infância, 295
Regulação da emoção e ansiedade como fator do transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, 267
Relaxamento na terapia de transtornos de ansiedade, 247, 248

S

Sala de atendimento, 27, 28
Seleção de brinquedos, 27, 28
Sequência de uma consulta de TCC, 26
Sessões no tratamento de de estresse pós-traumático na infância
de educação psicoafetiva, 293, 294
de treinamento, 294
Sintomas da depressão na infância e adolescência, 175
Suicídio e a depressão infantil, 187-189

T

Taking action, 182, 183
TAVIS-III *ver* Teste de Atenção Visual-III
TBAI *ver* Transtorno bipolar de aparecimento na infância
TCC *ver* Terapia cognitivo-comportamental
TDAH *ver* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade
Técnicas
de intervenção, 25
em comportamento impulsivo em criança, 71-76
específicas para terapia de transtornos de ansiedade, 239-243
Temperamento vulnerável como fator do transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes, 265-267
Teoria do apego, 268, 269
Terapia cognitivo-comportamental
avaliação inicial, 20-25
modelos de tratamentos manualizados testados empiricamente, 21, 22
de crianças e adolescentes, 16-30
aspectos técnicos relevantes, 26, 27
considerações finais, 29, 30
crenças comuns na infância, 19
distorções cognitivas, 25
estrutura das sessões, 25, 26
literatura indicada, 28, 29
modelo ABC na TREC, 18
modelo cognitivo de Beck, 18, 19, 319-322
modelo cognitivo de Ellis, 17, 18
problemas clínicos, 25
processos de aprendizagem, 25
protocolos integrados, 19, 20
psicopatologia, 28, 29
recursos disponíveis para psicoeducação, 28, 29
sala de atendimento, 27, 28
seleção de brinquedos, 27, 28
sequência típica de consulta de TCC, 26
técnicas de intervenção, 25
para adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, 312-330
caso clínico, 315-319, 322-324
curso, 329
diagnóstico, 313
epidemiologia, 312, 313
etiologia, 314
prevenção de recaída e treinamento de habilidades, 324-329
prognóstico, 329, 330
resumo, 330
terapia cognitivo-comportamental de Beck, 319-322
tratamento, 314, 315
para adolescentes vivendo com AIDS, 376-388
considerações finais, 387, 388
epidemiologia, 376-378
Eurovihta project, 378-387
para depressão na infância e adolescência, 170-192
adolescentes, 174-176
caso clínico, 189-191
classificação, 171-173
considerações finais, 191, 192
crianças em idade escolar, 174
crianças pré-escolares, 173, 174
critérios diagnósticos, 171-173
epidemiologia, 170, 171
etiologia, 176
modelos explicativos, 176-181
programa PASCET, 184
sintomas, 175
transtorno depressivo maior, 172
tratamentos, 181-189
para estresse pós-traumático na infância, 288-297
caso clínico, 295, 296
considerações finais, 296, 297
critérios diagnósticos, 289-291
curso, 292, 293
epidemiologia, 289, 291
etiologia, 291, 292
prognóstico, 292, 293
reestruturação cognitiva, 295
tratamento, 293, 294
para transtorno bipolar na infância, 195-223
ansiedade, 216
arco-íris, 207-213
avaliação, 201
caso clínico, 220, 221

classificação, 201
comorbidade, 197, 198
componentes de uma avaliação minuciosa, 203, 204
curso do transtorno, 199, 200, 223
epidemiologia em crianças e adolescentes, 200, 201
escalas, 221-223
espectro do humor, 209
etiologia, 204
fronteiras diagnósticas indistintas, 197, 198
níveis de evidência, 205
prognóstico, 223
programa coping cat, 216
programa Pare e Pense, 215
quadro clínico, 202, 203
questões desenvolvimentais, 198, 199
raiva, 216-219
tratamentos, 205, 206
para transtorno de ansiedade, 232-254
caso clínico, 250-253
classificação, 233
considerações finais, 253, 254
curso, 234, 235
dicas das trincheiras, 257-263
enfrentamento da ansiedade, 248-250
enfrentamento de medos, 243-245
epidemiologia, 233
etiologia, 233, 234
habilidades sociais, 246, 247
medicação, 237
prognóstico, 234, 235
programa coping cat, 237, 238
psicoterapia, 235-237
questionamento de pensamentos, 245, 246
relaxamento, 247, 248
técnicas específicas, 239-243
para transtorno de comportamento disruptivo, 152-167
caso clínico, 163-167
classificação DSM-IV-TR, 153, 154
considerações finais, 167
critérios diagnósticos, 154, 155
curso, 157-159
epidemiologia, 153
etiologia, 155-157
modelo cognitivo-comportamental de treinamento de pais, 159-163
modelo de intervenções em transtornos disruptivos, 166
prognóstico, 157-159
para vítimas de abuso sexual, 299-308
classificação do DSM-IV-TR, 300-302
curso, 302, 303, 307, 308
diálogo entre terapeuta e paciente, 306, 307
epidemiologia, 299, 300
etiologia, 302
modelo de grupoterapia, 304-306
prognóstico, 302, 303, 307, 308
resumo, 308
tratamento, 303, 304
sequência típica de consulta de, 26
Teste
D2, 115
da Figura Complexa de Rey-Osterrieth, 119
de aprendizagem Verbal de Rey, 118, 119
de Atenção Visual-III, 114, 115
de trilhas, 117, 118
Hayling, 118
Stroop de Cores e Palavras, 116, 117
Wisconsin de Classificação de Cartas, 117
Transtorno
bipolar de aparecimento na infância, 195-233
ansiedade, 216
arco-íris, 207-213
avaliação, 201
caso clínico, 220, 221
classificação, 201
comorbidade, 197, 198
componentes de uma avaliação minuciosa, 203, 204
curso do transtorno, 199, 200, 223
epidemiologia em crianças e adolescentes, 200, 201
escalas, 221-223
espectro do humor, 209
etiologia, 204
fronteiras diagnósticas indistintas, 197, 198
níveis de evidência, 205
prognóstico, 223
programa coping cat, 216
programa Pare e Pense, 215
quadro clínico, 202, 203
questões desenvolvimentais, 198, 199
raiva, 216-219
tratamentos, 205, 206
de comportamento disruptivo
caso clínico, 163-167
classificação DSM-IV-TR, 153, 154
considerações finais, 167
critérios diagnósticos, 154, 155
curso, 157-159
epidemiologia, 153
etiologia, 155-157
modelo cognitivo-comportamental de treinamento de pais, 159-163
modelo de intervenções em transtornos disruptivos, 166
prognóstico, 157-159
de déficit de atenção/hiperatividade
avaliação neuropsicológica, 96-131
modelos cognitivos do TDAH, 139
tratamentos, 136-149
de excreção, 358-373
encoprese, 366-373
enurese, 358-366
depressivo maior
critérios, 172
invasivo do desenvolvimento, 86-94
avaliação diagnóstica, 87-89
caso clínico, 93
classificação, 86, 87
curso, 89-91
epidemiologia, 86
etiologia, 89
prognóstico, 89-91, 93, 94
tratamentos, 91-93
Tratamentos
da depressão na infância e adolescência, 181-189
abodagem geral, 185, 186
avaliação diagnóstica da depressão infantil, 186
em grupo na adolescência, 184, 185
estratégias terapêuticas, 186, 187
intervenções, 188
na adolescência, 183, 184
Primary and Secondary Control Enhancement Training for Youth Depression, 183

suicídio, 187-189
Taking action, 182, 183
da encoprese, 370, 371
da enurese, 363-365
da tricotilomania, 346-351
de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, 314, 315
farmacológico, 314, 315
psicoterápico, 315
de comportamento impulsivo em criança, 66-70
de estresse pós-traumático na infância, 293, 294
sessões, 293, 294
de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, 264-280
considerações finais, 279, 280
desenvolvimento da ansiedade, 265
fatores de risco para o desenvolvimento da ansiedade infantil, 265
Friends, 272-279
prevenção e intervenção precoce, 270
tipos de prevenção, 270-272
tratamento precoce, 272
de vítimas de abuso sexual, 303, 304
para transtorno bipolar na infância, 205, 206
de continuação e manutenção, 205, 206
medicamentoso, 205
para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, 136-149
características clínicas, 137-139
caso clínico, 147, 148
considerações finais, 148, 149
critérios diagnósticos, 137-139
epidemiologia, 140, 141
etiologia, 140
farmacológico, 141, 142
não farmacológicos, 142-147
programa Pare e Pense de Kendall, 145, 146
para transtorno invasivo do desenvolvimento, 91-93
Tricotilomania, 339-353
caso clínico, 351, 352
critérios diagnósticos, 341, 342
curso, 344-346, 352, 353
epidemiologia, 339-341
etiologia, 342-344
prognóstico, 344-346, 352, 353
resumo, 353
tratamentos, 346-351

V

Vítimas de abuso sexual
terapia cognitivo-comportmental, 299-308
classificação do DSM-IV-TR, 300-302
curso, 302, 303, 307, 308
diálogo entre terapeuta e paciente, 306, 307
epidemiologia, 299, 300
etiologia, 302
modelo de grupoterapia, 304-306
prognóstico, 302, 303, 307, 308
resumo, 308
tratamento, 303, 304