

O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

(Capítulo 20 do livro “TOC” 2ª Edição: Artmed, 2014).

Cristiane Flôres Bortoncello, Juliana Braga Gomes, Daniela T. Braga, Luciano Isolan, Aristides Volpato Cordioli

OBJETIVOS

Após a leitura do presente capítulo o leitor deve ser capaz de:

- Identificar as manifestações do TOC em crianças e adolescentes;
- Realizar a avaliação da criança e dos adolescentes com TOC;
- Avaliar a gravidade dos sintomas, a interferência nas rotinas do paciente e da família;
- Estabelecer o diagnóstico do TOC em crianças e adolescentes e fazer o diferencial com outros transtornos que apresentam sintomas semelhantes;
- Avaliar a participação da família nos sintomas do paciente;
- Conhecer o uso de medicamentos no TOC na infância e na adolescência;
- Avaliar os fatores associados à resposta ao tratamento farmacológico e em especial à TCC;
- Conhecer as técnicas comportamentais e cognitivas utilizadas no tratamento do TOC em crianças e adolescentes.

INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é muito comum na infância e, sobretudo na adolescência, pela simples razão de que na maioria das vezes inicia nessas faixas etárias, eventualmente muito cedo, antes mesmo dos dois anos de idade. Se o TOC pode ter um impacto profundo na vida de pessoas adultas e de sua família, esse impacto pode ser ainda maior numa criança em pleno desenvolvimento e ainda mais em períodos críticos como a

adolescência. As rotinas diárias na hora de comer, vestir, dormir, ir para escola, participar de esportes e atividades, fazer os deveres de casa e até mesmo atividades prazerosas como brincar com outras crianças, podem ser marcadamente alteradas pela doença. As próprias crianças com TOC percebem seu comportamento como estranho e diferente do comportamento dos seus pares, sentem vergonha, e muitas vezes precisam disfarçar ou esconder-se para executar seus rituais compulsivos. Eventualmente não conseguem usar o banheiro da escola, se aproximar dos colegas para evitar qualquer possibilidade de contato físico e temem que possam estar ficando “loucos”. Como regra, o TOC nessas fases da vida acarreta sofrimento significativo, interfere no rendimento escolar, nas relações sociais e, sobretudo, no funcionamento familiar. Não raro os sintomas são muito graves e incapacitantes e vêm acompanhados de medos acentuados que podem chegar a ataques de pânico, impedindo, por exemplo, a criança ou o adolescente de frequentar a escola ou de conviver com os colegas.

Mesmo sendo altamente prevalente em crianças e adolescentes, o TOC muitas vezes não é percebido pela família, o que acaba acarretando em um longo período entre o início dos sintomas e a procura do tratamento. Uma das dificuldades para a identificação precoce reside no fato de o início do TOC geralmente ser insidioso o que faz com que muitas vezes, seja percebido apenas quando já está interferindo gravemente nas rotinas da criança. Em razão disso, poucos familiares são capazes de apontar o exato momento em que a criança apresentou os primeiros sintomas (Stengler-Wenzke et. al., 2004). Como consequência, o transtorno é ainda raramente diagnosticado nessa faixa etária. Além disso, para os pais é difícil separar o que é um comportamento normal do que é claramente excessivo, e muitas vezes só irão se dar conta de que está ocorrendo algo de errado quando os sintomas já estão graves como, por exemplo, quando seu filho demora várias horas no banho, leva muito tempo para se vestir, não quer mais dormir sozinho ou então, repete inúmeras vezes a mesma pergunta. Em muitas crianças e adolescentes, o primeiro sinal ocorre na escola quando os pais são chamados em razão de comportamentos estranhos como isolar-se dos colegas na hora do recreio, não querer mais brincar na caixa de areia ou não querer mais usar o banheiro. Essas manifestações geralmente são acompanhadas de uma

clara queda no rendimento escolar e eventualmente, por não querer mais ir às aulas.

Um estudo realizado em nosso meio com adolescentes alunos do ensino médio verificou que apenas 9,3% dos que foram diagnosticados como tendo TOC sabiam da doença, e dentre estes apenas 6,7% havia realizado algum tratamento, ou seja, mais de 90% desconheciam o fato de terem TOC (Vivan et. al., 2013). É desnecessário salientar que o diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para se impedir o agravamento dos sintomas, aumentar as chances de uma remissão completa e de se evitar que anos de vida sejam desperdiçados com obsessões e rituais compulsivos. Destaca-se ainda que o TOC pediátrico com frequência está associado a comorbidades como tiques ou síndrome de Tourette (ST), depressão, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno desafiante de oposição (TDO), comportamento disruptivo, configurando uma situação muitas vezes bastante complexa e de difícil manejo (Freeman et al., 2003; Storch et al., 2008; Geller et. al., 2001).

O TOC na infância tem muitas semelhanças com o TOC de adultos, mas apresenta algumas diferenças. O TOC de início precoce (antes da puberdade) ocorre mais em meninos, tem um alto índice de comorbidades com transtornos afetivos, tiques e TDAH e está associado a uma maior herdabilidade genética. São mais comuns obsessões de conteúdo agressivo, como o medo de causar ferimentos, medo de separação, compulsões não acompanhadas de obsessões (alinhamento/simetria, repetições), bem como o envolvimento de outros membros da família nos rituais. Os pacientes pediátricos por outro lado apresentam geralmente pouco *insight* sobre a natureza de suas obsessões, que é associada à dificuldade de expressão verbal, o que torna o diagnóstico mais difícil (Geller, 2006).

O TOC em crianças e adolescentes causa muita interferência no funcionamento familiar. Os rituais compulsivos alteram as rotinas da família pela imposição aos demais membros de regras relacionadas ao TOC, como a restrição ao uso do banheiro, poltronas, controle da TV ou do computador. Essas imposições acabam causando atritos com os demais irmãos, que sentem ciúmes em razão da maior atenção dos pais para com o irmão acometido pela doença, e em razão disso ocasionando em reações de raiva e

até agressões ou insultos. Os pais por sua vez ficam confusos em como lidar com tais situações geradas em razão dos sintomas do TOC.

O presente capítulo tem por objetivo descrever as manifestações do TOC em crianças e adolescentes, a avaliação da criança com o transtorno, o seu diagnóstico do TOC e diagnóstico diferencial com transtornos com sintomas semelhantes e identificação das comorbidades que costumam estar presente. Será dado um destaque para o envolvimento da família nos sintomas OC e serão descritos os tratamentos cuja eficácia/efetividade tem sido comprovada para essa faixa etária.

FASES DO DESENVOLVIMENTO, RITUAIS, PENSAMENTO MÁGICO

Na infância comportamentos repetitivos, rituais, medos e fobias eventuais, fazem parte do desenvolvimento normal e devem ser diferenciados dos sintomas do TOC. Por exemplo, crianças pré-escolares apresentam rituais principalmente nos horários de dormir (formas ritualizadas de dizer “boa noite”, rezas), comer (dificuldade em misturar as comidas) e demorar no banho. Esses comportamentos repetitivos tendem a ser ainda mais frequentes entre os 2 e 4 anos de idade (Evans et al. 1997). Na idade escolar, rituais permeiam os jogos, que passam a ter regras rígidas, intensamente discutidas e negociadas, frequentemente consumindo mais tempo que a própria brincadeira. São comuns os interesses por coleções (figurinhas, modelos de carros, aviões, acessórios do Harry Potter ou do Senhor dos Anéis), etc.

Na adolescência, são esperados interesses intensos por celebridades, artistas, estilos musicais ou por uma determinada banda, bem como, a coleção de objetos, roupas ou lembranças de um ídolo. Na maior parte das vezes, essas atividades tem um caráter lúdico, são prazerosas, persistem durante uma determinada fase do desenvolvimento, mas não interferem nas atividades diárias ou prejudicam o desempenho escolar, ao contrário dos rituais obsessivos que são acompanhados de medos, angústia e evitações.

AS MANIFESTAÇÕES DO TOC EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O TOC é considerado de início precoce ou na infância quando surge antes da puberdade e tardio ou adulto quando surge durante a adolescência ou depois dela (Karla e Sweedo, 2009). As manifestações do TOC que surgem durante a adolescência são muito semelhantes às dos adultos (Mataix-cols 2008). São comuns as obsessões seguidas de rituais compulsivos, comportamentos evitativos, demoras para a realização de certas tarefas, repetições e hipervigilância. Os sintomas mais comuns são os medos de contaminação seguidos de compulsões de limpeza e lavagens (ex. não dividir um lanche, evitar utilizar o banheiro da escola ou da casa de um amigo por considerar nojento/sujo, lavagens excessivas e ritualizadas das mãos); dúvidas seguidas de verificações ou de perguntas repetidas, ou da necessidade de confirmações (ex. ligar várias vezes para os pais quando estes viajam para se certificar de que nada de horrível aconteceu; verificar a porta ou para ter certeza que está trancada, ou que os materiais estão na mochila), seguidos muitas vezes por evitações (por ex. não chegar perto dos colegas, não usar o banheiro do colégio).

Também são comuns preocupações com simetria, alinhamento ou exatidão (ex. sensação de que as coisas não estão no devido lugar) ou simplesmente a necessidade de refazer várias vezes para que fique perfeito ou completo (ex. os temas de casa, passar a limpo várias vezes as anotações de aula ou os cadernos, reler inúmeras vezes uma página ou um parágrafo para ter certeza de que de que captou tudo ou de que a letra está perfeita). Podem ainda estar presentes pensamentos de conteúdo indesejado e repugnante (ex. medo de dizer involuntariamente algo obsceno ou de xingar outras pessoas, medo de ser responsável por desgraças, como provocar um desastre de carro ou queda de avião por ter pensado ou sonhado).

Outra dimensão presente no TOC de crianças e adolescentes é a acumulação compulsiva (ex. brinquedos quebrados ou estragados, objetos sem valor como etiquetas ou roupas que não servem, e até mesmo cadernos e folhas velhas, embalagens de suco, chocolate, papel do lanche e dificuldade em descartá-los). Um estudo verificou que os meninos apresentavam mais obsessões de conteúdo sexual indesejado (34% vs. 18%) e as meninas mais compulsões por acumular (53% vs. 36%) (Mataix-Cols, 2008).

No TOC de início precoce ou na infância são mais comuns do que nos adultos os comportamentos repetitivos semelhantes a tiques como tocar, esfregar, dar pancadinhas, piscar os olhos ou olhar fixamente. Essas compulsões geralmente não são precedidas por obsessões, mas apenas por uma sensação de desconforto ou tensão física na pele, músculos, articulações que necessita ser aliviada ou descarregada, ou por um sentimento de urgência do tipo “tenho que...” ou “tem que...” descrito pelos pacientes como uma “agonia” que é aliviada com a realização de tais compulsões. Tais sensações são denominadas “fenômenos sensoriais”, e são descritos no [capítulo 13](#).

Como nos adultos, são comuns nas crianças, as compulsões mentais: “atos” mentais como contar, repetir palavras, anular um pensamento “ruim” tendo um pensamento “bom”, com a finalidade de reduzir a ansiedade e o desconforto. Como são realizados em silêncio muitas vezes passam despercebidos aos familiares e demais pessoas.

PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA TOC DE INÍCIO PRECOCE OU TARDIO

A prevalência do TOC na infância e adolescência é bastante elevada, pois dois terços dos adultos iniciam seus sintomas ainda na infância ([Waters e Barrett, 2000](#)). Os estudos epidemiológicos tem encontrado uma prevalência do TOC para toda vida em crianças e adolescentes que variam de 1 a 4% ([Douglass et. al., 1995](#); [Zohar, 1999](#)). Outro estudo, já citado e realizado em nosso meio com 2.323 adolescentes de 14 a 17 anos, alunos do ensino médio, encontrou uma prevalência de TOC atual de 3,3% ([Vivan et. al., 2013](#)). Essas taxas são levemente mais elevadas do que as observadas em adultos que variam de 1,6 a 3,1 ([Kessler et. al., 2005](#)).

Parece haver dois picos de incidência do TOC durante a vida: um ocorrendo em crianças pré-adolescente e outro no início da vida adulta (idade média, 21 anos) ([Geller et. al., 1998](#)). Um estudo multicêntrico com uma amostra de 842 pacientes clínicos, realizado em nosso meio (C-TOC) verificou que o início dos sintomas ocorreu um pouco mais cedo nos homens, em média aos 12,4 anos e um pouco mais tarde em mulheres aos 12,7 anos em média ([Ferrão et. al., 2006](#)).

O TOC de início precoce apresenta algumas diferenças em relação ao que se inicia na adolescência ou na idade adulta. Os meninos são mais afetados pelo TOC infantil ou de início precoce na proporção de 2 a 3:1 que se altera para 1:1,35 depois da puberdade (Tasman et. al., 2003; Nestadt et. al., 2000, Karla, 2009), tem uma incidência familiar maior do que o TOC de início na idade adulta (Nestadt, 2000), está associado a sintomas mais graves e persistentes e a um curso crônico (Lomax, 2009).

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE COM TOC

As crianças, na imensa maioria das vezes, mesmo quando estão apresentando grande sofrimento, não têm uma ideia exata do que está ocorrendo. Como regra, são os pais ou os professores, os primeiros a perceber que está havendo algo de errado. Frequentemente, por vergonha, elas escondem seus sintomas e os pais podem levar bastante tempo para perceber o problema. Cabe a eles, a decisão de buscar ajuda e de convencer a criança de aceitar ser avaliada por um profissional.

A avaliação normalmente é feita em uma ou mais entrevistas de anamnese, nas quais além da obtenção de informações são aplicados questionários, escalas, como é o caso da Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), o Inventário de Depressão Infantil (CDI), a Escala de Estresse Infantil (ESI). Em crianças pequenas, a primeira entrevista costuma ser apenas com os pais para colher o maior número de informações possíveis e posteriormente com a criança, através do uso de desenhos, brinquedos e questionamentos adequados para a faixa etária. Em crianças maiores que tem boa comunicação, a entrevista pode ser inicialmente com a própria criança ou adolescente, e num segundo momento com os pais, deixando o paciente inteiramente a vontade para realizar a entrevista acompanhado ou não pelos familiares. Esses, por sua vez, podem trazer informações mais precisas sobre o início dos sintomas, a interferência nos estudos, nas rotinas da família e na vida social da criança e, portanto, é indispensável que em algum momento da avaliação inicial, os pais sejam entrevistados para abordar tais questões. É importante lembrar que na infância e adolescência são comuns obsessões das quais o paciente se sente envergonhado e

constrangido em abordá-los diante dos pais e que em razão desses sintomas muitas vezes preferirá realizar a entrevista sem a presença de outras pessoas.

É fundamental que o profissional mescle sessões com o paciente ou com o familiar, reserve momentos em conjunto (pais e paciente) e que seja explicado tanto a criança bem como o adolescente que o conteúdo que eventualmente sejam constrangedores para ele não serão abordados com os pais, sendo sempre mantido o sigilo.

A seguir um breve roteiro das questões a serem esclarecidas na avaliação inicial da criança ou adolescente:

- Os sintomas atuais: quais são (repassar as dimensões do TOC; o início e o curso; episódios anteriores e presença de eventos desencadeantes);
- Gravidade dos sintomas, interferência nas atividades diárias, no rendimento escolar e o tempo consumido pelos rituais;
- Diagnóstico e diagnóstico diferencial do TOC;
- Outros problemas médicos ou psiquiátricos atuais ou no passado: presença ou não de comorbidades;
- Os tratamentos já realizados (antiobsessivos e ou TCC) e a resposta obtida;
- O TOC e a família: acomodação familiar;
- Grau de *insight* e déficits cognitivos.

OS SINTOMAS ATUAIS DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE

O objetivo inicial da entrevista com os pais ou com o próprio paciente é esclarecer a situação atual (e passada) ou os motivos que determinaram a busca do tratamento e obter uma descrição (mais detalhada possível), das manifestações do TOC: obsessões (medos), rituais compulsivos, compulsões mentais e evitações. É interessante repassar as principais dimensões de sintomas, como descritas no início do capítulo, perguntando sobre quando iniciaram, se modificaram ao longo do tempo e quais os sintomas estão presentes no momento. No caso dos adolescentes, o levantamento pode ser complementado com o preenchimento da lista de sintomas (**formulário 2 dos**

anexos). Com crianças menores lista poderá auxiliar para uma "varredura" inicial sobre os diversos sintomas do TOC, contudo deverá fazer uma específica elaborada diretamente com a elas, os familiares e a escola.

Ainda na avaliação do quadro atual, o profissional deve avaliar a gravidade dos sintomas, a interferência nas rotinas do dia a dia, o grau de comprometimento funcional (acadêmico) e social, bem como o tempo que os sintomas tomam ao longo do dia.

Prejuízos no rendimento escolar

Os pais e os professores podem dar informações sobre a interferência dos sintomas no desempenho escolar (falta às aulas, queda no rendimento escolar, dificuldades para fazer os temas de casa, mudanças de comportamento na escola e em casa), indicativos de sofrimento, angústia ou medo. Os históricos escolares fornecem uma medida bastante objetiva sobre gravidade da doença e seu impacto no desempenho escolar. O prejuízo educacional expresso em notas baixas, necessidade de ajuda extra ou de turma especial, indica gravidade e urgência no tratamento para evitar prejuízos maiores como repetir o ano.

Escalas para avaliar a gravidade dos sintomas

Na avaliação da gravidade dos sintomas OC dos adolescentes, a partir dos 14 anos, podem ser aplicadas as mesmas escalas utilizadas em adultos, por exemplo, a Y-BOCS (devendo ser aplicada pelo entrevistador) e a OCI-R (auto respondida), sendo que esta última, além de um escore global, pontua também dimensões. Essas escalas geralmente preenchidas ao final da avaliação inicial e depois periodicamente, são utilizadas, para avaliar a resposta ao tratamento tanto farmacológico como psicoterápico (TCC). **(Formulários 3 e 4 , nos anexos)**.

Em crianças menores, utiliza-se a CY-BOCS, devendo ser aplicada pelo entrevistador com o cuidado de utilizar exemplos pertinentes a faixa etária relatados pela própria criança ou pelos seus pais. Para graduar pode-se utilizar uma faixa de escores de 0 a 10 ou termômetro do medo, que faz uma avaliação dos níveis de gravidade **(figura 4)** e que será descrito mais adiante.

O DIAGNÓSTICO E O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO TOC

Os critérios diagnósticos

Os critérios do DSM-IV-TR para diagnóstico do TOC em crianças são os mesmos dos adultos (ver cap. 2 pg.XX) com exceção da exigência de que a criança não necessita reconhecer que suas obsessões ou compulsões são excessivas (*insight*). A não exigência desse critério reflete achados da literatura de que cerca de 30% a 50% das crianças têm a crítica em relação aos sintomas parcial ou totalmente comprometida (Geller et. al., 1996; Allsopp e Verduyn,1989).

Para a confirmação do diagnóstico de TOC é importante avaliar, além da presença de obsessões e ou compulsões, o quanto os sintomas causam acentuado sofrimento, consomem tempo (por exemplo, o DSM-IV-TR exige que as obsessões ou os rituais estejam presentes em pelo menos uma hora por dia) ou interferem de forma significativa nas rotinas diárias, no desempenho escolar e nos relacionamentos sociais ou interpessoais (APA, 2002).

Diagnóstico diferencial

No estabelecimento do diagnóstico é importante diferenciar os sintomas OC de outros transtornos que também se manifestam por preocupações (obsessões) e comportamentos compulsivos. Entre os quadros com os quais é comum o TOC ser confundido e dos quais deve ser diferenciado estão:

- Tiques e transtorno de Tourette;
- TDAH;
- Transtorno do controle de impulsos (tricotilomania, comportamentos auto mutilativos);
- Transtornos cognitivos e do desenvolvimento (Transtornos globais do desenvolvimento, autismo, síndrome de Asperger, Prader-Willi);
- Transtornos neuropediátricos associados a infecções pelo estreptococo.

Comorbidades

Crianças com TOC são mais propensas a terem transtornos psiquiátricos comórbidos. Deve-se investigar junto aos pais e a própria criança se já apresentou outros problemas psiquiátricos e se já fez ou se vem fazendo tratamentos. Identificar essas comorbidades antes do início da TCC e tratá-las antes ou durante a terapia se for o caso, pode melhorar os resultados do tratamento. Um estudo com 96 crianças e adolescentes, verificou que pelo menos 74% delas preenchiam critérios para pelo menos uma comorbidade. O número de comorbidades se correlacionou negativamente com os resultados da TCC. A presença de TDAH, depressão maior e transtorno do comportamento disruptivo teve um impacto negativo na resposta ao tratamento, que não foi afetado pela presença de tiques (Storch 2008). Outro estudo com 75 pacientes crianças e adolescentes verificou que 36 % delas tinham um ou mais diagnósticos em eixo I; 10.7% apresentavam depressão, 9.3% apresentavam tiques, 6.7%, transtorno do espectro do autismo, 4% S. de Tourette; 2.7%; transtorno alimentar, 2.7% TDO, 2.7% outros transtornos de ansiedade, e 2.7% transtorno de ansiedade de separação (Nakatani, 2009).

Como em adultos, em adolescentes a depressão é a comorbidade mais comum. Um estudo recente verificou que 16% dos adolescentes com TOC apresentavam depressão associada que foi mais comum em meninas, estava associada a maior gravidade dos sintomas OC, maior comprometimento funcional e a maiores níveis de acomodação familiar (Storch, 2012). É importante avaliar se a depressão é manifestação de um transtorno afetivo ou bipolar independente do TOC (os sintomas são anteriores aos do TOC, já aconteceram outras crises, etc.) ou é consequência dos sintomas OC (quando o TOC é grave e tem consequências graves nos relacionamentos sociais e familiares e no desempenho escolar é comum que provoque baixa autoestima e depressão). Em adolescentes ou pré-adolescentes, não esquecer de investigar o abuso ou dependência de álcool ou drogas e entre os transtornos de ansiedade, a ansiedade social.

O TOC E A FAMÍLIA: ACOMODAÇÃO FAMILIAR

Em razão da importância que a família tem para a criança, é inevitável que os sintomas OC tenham repercussões no funcionamento e acabem alterando a rotina familiar. Acomodação familiar (AF) refere-se ao envolvimento e à participação dos demais membros da família nos rituais compulsivos, bem como a modificação no cotidiano da família em decorrência dos sintomas do TOC (Calvocoressi et. al., 1995). Mais especificamente refere-se às ações dos familiares destinadas a facilitar os rituais compulsivos, como providenciar objetos necessários para sua execução (ex. grande quantidade de sabonetes, xampu, álcool), atender às exigências do paciente (não entrar em determinada peça para não contaminá-la), executar certas tarefas como ligar ou desligar a água, dar a descarga no banheiro ou eximir a criança afetada de certas responsabilidades (arrumar o quarto, lavar a louça).

É muito claro que a AF é motivada pela preocupação dos membros da família em reduzir a angústia e o sofrimento da criança. Acredita-se que tais esforços em razão do alívio passageiro que provocam têm um efeito semelhante ao dos rituais compulsivos e das evitações de impedir a exposição, o enfrentamento do medo e a habituação, contribuindo, portanto para perpetuar os sintomas.

A AF ocorre em praticamente todas as famílias de crianças com TOC. Storch et al. (2007) relataram que uma gravidade maior do TOC estava associada a uma maior acomodação familiar a qual por sua vez provocava um maior comprometimento funcional. Outro estudo mostrou que a gravidade de vários sintomas da criança como a gravidade das compulsões, comportamento de oposição, frequência das lavações e o nível ansiedade dos pais funcionam em conjunto como preditores de AF (Flessner, 2011).

Merlo e cols (2009) verificaram que redução nos níveis de AF estavam associados a melhores resultados na TCC. Com isso em mente, tem sido sugerida a necessidade de incorporar os membros da família no tratamento num esforço para reduzir a AF. A participação dos familiares no tratamento pode contribuir para reduzir os sentimentos de culpa, os níveis de hostilidade, o envolvimento emocional excessivo e o criticismo que estão associados ao abandono da terapia. Nas sessões eles são orientados sob a forma adequada de manejo dos sintomas, com o objetivo de diminuir a AF, diminuição que por

sua vez está associada e a um resultado positivo do tratamento (Barrett et. al., 2004; Waters et. al., 2001, Steketee e Van Noppen, 2003).

Nas entrevistas iniciais o terapeuta deve obter informações sob a forma como os familiares se acomodaram aos sintomas, como as rotinas da família se alteraram depois que a doença começou: no uso de banheiros, dos sofás, restrição de espaços dentro de casa e na vida social. Algumas situações são críticas como a hora de deitar, de arrumar-se para ir ao colégio, na mesa - durante as refeições, no banho, na escovação de dentes e ao sair para um compromisso social. Para essa avaliação, pode ser utilizada a Escala de Acomodação Familiar – versão entrevistador (FAS-IR), traduzida e adaptada para o português do Brasil por Gomes e cols (2010) que descreve os comportamentos mais comuns de AF, podendo ser administrada na avaliação de adolescentes e adultos.

As seguintes questões devem ser investigadas com os familiares:

- Quais sintomas vocês percebem no seu filho?
- Quais sintomas mais atrapalham a relação de vocês?
- O que acontece quando ele está fazendo um ritual?
- Qual a reação de vocês? O que você já fez que ajudou seu filho?
- Quem dos familiares tem mais habilidade para ajudar a combater o TOC?

GRAU DE INSIGHT E DÉFICITS COGNITIVOS

No contexto do TOC, o termo *insight* refere-se à capacidade para reconhecer obsessões e compulsões como absurdas, excessivas e irracionais apesar de frequentemente não resistirem aos impulsos de executarem rituais. (Catapano et. al., 2001, APA, 2002). Crianças e adolescentes com menor *insight* estão menos dispostos a procurar tratamento e a adesão é menor (Storch, 2010). Num estudo com 78 pacientes com TOC pediátrico Storch et. al. (2008) verificaram que 45% apresentavam baixos níveis de *insight* em relação a seus sintomas; o grau de *insight* relacionou-se inversamente com a gravidade dos sintomas OC; pacientes com menos *insight* eram mais comprometidos pela doença e exigiam mais acomodação dos familiares aos sintomas (Storch, 2010). Crianças pequenas de um modo geral apresentam

pouco, ou não apresentam *insight* sobre a natureza dos seus sintomas. Por esse motivo a decisão de buscar tratamento deve partir dos pais, bem como a tarefa de convencê-las a aceitar o tratamento.

O TRATAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOC

No tratamento do TOC em crianças e adolescentes tanto a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) quanto os psicofármacos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) e a clomipramina são efetivos em reduzir os sintomas da doença. De um modo geral, recomendam-se combinar as duas modalidades de tratamento (POTS, 2004).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A eficácia/efetividade da TCC para o TOC nessa faixa etária foi verificada em ensaios clínicos, numa revisão sistemática e em pelo menos uma metanálise (POTS, 2004; Ashbar 2005; Prazeres et. al., 2007). A TCC apresenta algumas vantagens sobre os medicamentos em termos de eficácia e efeitos colaterais com tamanho de efeito estimado para farmacoterapia ($TE=.48$, 95% IC=.36 to .61, $p < .00001$) e para a TCC ($TE=1.45$, 95% IC=.68 a 2.22, $p=.002$) (Watson e Rees, 2008).

A TCC pode ser realizada no formato individual, em família ou em grupo e idealmente associada ou não com medicamentos como os ISRS. As técnicas de Exposição e Prevenção de Resposta (ou de rituais) (EPR) são as estratégias cruciais para a maioria dos modelos propostos, embora muitos modelos às vezes acrescentem também estratégias cognitivas, especialmente quando os pacientes são adolescentes. Uma dificuldade importante deve-se ao fato da TCC para crianças ainda ser pouco disponível em nosso meio, além dos custos em termos financeiros e do tempo que demanda dos profissionais.

As sessões de TCC

A TCC para crianças e adolescentes é semelhante à de adultos. Dura em geral de 10 a 15 sessões que são semanais e podem ser acompanhadas por um familiar. As sessões iniciais destinam-se à avaliação do paciente e

psicoeducação, podendo ter uma duração um pouco maior do que as seguintes.

Uma vez que o paciente esteja motivado para realizar o tratamento é elaborado o mapa do TOC e a lista de sintomas com a participação dos familiares. A seguir são escolhidos os primeiros exercícios de EPR. Quando existe dificuldade na execução das tarefas são utilizadas técnicas cognitivas para facilitar a adesão ao tratamento. As sessões finais são destinadas à preparação da alta e prevenção de recaídas. **March e Mulle (1998)** elaboraram um protocolo para tratamento de crianças com TOC.

Psicoeducação

Como foi comentado, no tratamento de crianças e mesmo de adolescentes é fundamental a participação dos pais. Antes de inicia-lo o terapeuta reservará algum tempo que eventualmente poderá se estender por uma ou mais sessões para psicoeducação, realizada em conjunto com os pais. Seu objetivo é oferecer informações básicas sobre o TOC, melhorar o *insight* da criança que em geral é pobre ou ausente e motivá-la para fazer o tratamento. Para os pais é uma ocasião de terem informações sobre as manifestações do TOC, sobre o que são as obsessões, o que são rituais, sua função e porque perpetuam o TOC, as alternativas de tratamentos e as possibilidades de remissão dos sintomas. É uma oportunidade de dissipar suas dúvidas, reduzir seus sentimentos de culpa, de informarem ao terapeuta sobre os padrões de acomodação familiar e de serem orientados quanto às atitudes em relação à doença, tema abordado de forma mais extensa no **capítulo 17**.

Como conversar com crianças e adolescentes

Para facilitar o contato tanto com a criança bem como com os adolescentes é necessário que o profissional utilize uma linguagem que facilite a comunicação capaz de fazer com que o paciente em questão sinta-se entendido e com isso traga mais informações a respeito dos seus sintomas OC. A forma de entrevistar adolescentes é semelhante à utilizada com adultos. Entretanto, deve-se utilizar uma linguagem clara e acessível e eventualmente, se o profissional sentir-se a vontade, utilizar o linguajar típico dos jovens (gírias), com o cuidado de não parecer artificial. No caso de

crianças pequenas, não podemos esquecer que estas se encontram em uma fase em que o pensamento é concreto. A seguir alguns exemplos de linguagem para esta faixa etária. Eventualmente pode ser criado um personagem como o “monstrinho do TOC” ou outro qualquer. Exemplo:

“O TOC é uma doença de muitos medos e esses medos que invadem a sua cabeça nós chamamos de obsessões. Imagino que em função desses medos você faça uma porção de coisas para afastá-los. Isso nós chamamos de compulsões. As compulsões/rituais são essas coisas repetidas que você faz para se livrar dos seus medos. Você deixa também de tocar em muitas coisas. Chamamos isso de evitações. Isso acontece porque o monstrinho do TOC está mandando em você. Não é que você seja medroso e sim, é o monstrinho do TOC que faz você ter esses medos...”

Algumas crianças não identificam facilmente as obsessões. Relatam que fazem porque querem, ou porque é melhor (por exemplo, referem que não tem vontade de tomar banho, ao invés de dizer que sentem nojo da “sujeira” do banheiro). Em razão disso é o profissional deve verificar também a possibilidade da criança estar evitando as situações que a afligem.

É importante a criança identificar o TOC como sendo estranho à pessoa dela. Para isso, logo após o diagnóstico pode-se solicitar para que faça uma representação, na forma de desenho, do seu TOC e dê um nome a ele. A partir deste momento a “luta” será contra a representação que criança tem do TOC. Por exemplo, pode-se explicar para criança que todo mundo se preocupa algumas vezes, mas o TOC faz com que ela se preocupe muito mais, sem necessidade. Portanto, ele é chato, engana e por isso, ele pode ser um monstro, um bandido ou um vilão como se vê nos filmes ou nas histórias em quadrinho. A partir dessas colocações o terapeuta poderá propor: “Vamos criar o seu TOC?” “Como é o seu?”, “Você pode desenhar ele?” “Qual o nome que vamos dar?”

Exemplo clínico

Um menino de 9 anos com obsessões de conteúdo religioso, medo do escuro e escarificações, criou e desenhou o personagem que denominou de “Suga Espírito” ilustrado abaixo.

(INSERIR A FIGURA 1)

Pode-se explicar, por exemplo, para a criança que obsessões são pensamentos (preocupações) que ela tem, mas não quer ter. Esses pensamentos enganam, são insistentes e chatos. Por isso geram emoções desagradáveis.

O TOC “fala”:

- Você está sujo, algo de muito ruim pode acontecer!
- Lave as mãos novamente, elas não estão bem limpas!
- Se você não falar repetidas vezes para as pessoas que as ama, você não será uma boa filha!
- Estes pensamentos são perigosos e dizem que você é uma pessoa ruim!
- Se você pensou em agredir alguém é porque você não gosta desta pessoa!
- Arrume bem as coisas se não vão pensar que você é um porco feio!

Explica-se que todos nós produzimos LIXOS nos nossos pensamentos. Às vezes, é fácil saber quais pensamentos guardar e quais os pensamentos deve-se jogar fora. Por outro lado, o TOC, pode nos confundir transformando algo pequeno e sem importância em algo muito grande e ruim. O TOC fala que coisas ruins podem acontecer, quando, na verdade, você está em uma situação muito segura.

Nesta etapa podem ser usados diferentes recursos para fazer a psicoeducação das emoções para criança, como por exemplo, podemos utilizar o baralho dos pensamentos, para auxiliá-la a identificar os diferentes tipos de emoção que lhe atormentam (Caminha & Caminha, 2012).

INSERIR AQUI A FIGURA 2

Uma das emoções mais importantes de serem entendidas é o medo. Explica-se que o medo é um sentimento normal, protetor e pensamos junto com a criança diferentes situações onde seria normal sentir medo. No TOC essa a emoção fica com seu “volume” muito alto e gera uma sensação ruim, obrigando a execução de comportamentos “esquisitos”, sem sentido e repetitivos (chamamos de compulsões ou rituais). Por exemplo: lavar demais as mãos; organizar, alinhar as coisas; verificar, perguntar várias vezes; medo de tocar em certas coisas, usar determinadas roupas ou de ir a certos lugares (evitações); ter pensamentos “ruins” e querer afastá-los, mas não conseguir.

O legal é que podemos controlar estes comportamentos e nossa meta será justamente combatê-los.

Podemos ler histórias psicoeducativas desenvolvidas com a finalidade de educar crianças pequenas sobre o medo (Zanonato e Prado, 2012). Além disso, é importante que a criança identifique as partes do corpo onde sente o medo. Para facilitar pode-se pedir para a criança desenhar um boneco ou dar uma folha com um boneco pronto e ela marca as partes onde sente o medo no corpo.

INSERIR AQUI A (FIGURA 3)

“O TOC quer tomar conta de você, fazendo com que você não consiga mais estudar direito, brincar com seus amigos, dormir bem e o obriga a fazer coisas repetidas que tomam grande parte do seu tempo. Imagine dois times, em um joga o TOC, e no outro jogam os caras bons, como você, os pais, o terapeuta, a professora...” Você não está sozinho! Tem uma equipe para ajuda-lo!
“Como você pode vencer essa guerra? Aliando-se ao TOC, deixando que ele mande em você ou ficando do lado dos caras bons?” (pais, terapeuta, professores).

“Se você topa enfrentar o TOC, podemos começar a terapia e sua primeira tarefa será fazer o mapa do TOC para a gente saber quando e onde ele aparece e juntamente com o pai e a mãe nós vamos aprender a derrotá-lo”.

“No início você irá sentir um pouco de medo, como acontece quando a gente enfrenta algo que a gente acha muito perigoso, mas a cada vez que você enfrentar, o seu medo vai ser menor até desaparecer por completo. Isso aconteceu nas primeiras vezes que dormiu sozinho, andou de bicicleta, nadou na piscina.”

Para fazer a lista de sintomas hierarquizada pode-se construir o termômetro para classificar a intensidade (medir) do medo.

“Vamos medir o seu medo num termômetro? Desenhe um termômetro, dividindo-o em 5 partes, onde cada uma corresponda a um grau de medo: muito fraco, fraco, médio, forte ou muito forte. Quando o seu medo for pequeno, marque ou pinte um valor para ele na parte mais abaixo do termômetro. Quando for muito grande, marque ou pinte um valor na parte mais acima do termômetro”. O terapeuta deve auxiliar a criança a pintar a parte central do termômetro com a sua cor preferida, até atingir o tamanho do

seu medo, como mostra a figura abaixo.

INSERIR AQUI A FIGURA 4 - o termômetro do medo

Pode-se falar que o TOC fica dando ordens. Pode-se pedir para que a criança faça um desenho para ilustrar o que acontece com o TOC quando se obedece (fazer os rituais e evitar o contato) a ele e o que acontece ela mesma.

Lembretes

O terapeuta pode auxiliar a criança a resistir às compulsões e expor-se com uso de lembretes, que podem ser através de cartões onde ela pode carregar consigo na carteira ou na mochila com frases como:

- *O TOC de novo!*
- *Não tenho que escutar você!*
- *Cala a boca!*
- *Você é um lixo!*
- *Pare de me dar ordens!*
- *Tenho várias coisas legais para fazer!*
- *Vou brincar e esperar você ir embora!*

A decisão de fazer a terapia

Após a explanação psicoeducativa é importante ouvir da criança ou do adolescente claramente que ela está disposta a começar o tratamento. É importante fazer uma pergunta explícita “Como é (fulano/a), vamos derrotar o TOC?” Esta etapa envolve a decisão de usar ou não medicação, e de fazer a terapia, decisões que devem ser tomadas em conjunto com os pais. O início da terapia propriamente dita se dá pela elaboração do mapa do TOC e lista de sintomas.

Mapa do TOC e Lista de Sintomas

Para a realização dessas tarefas, dependendo da idade da criança podem ser utilizados os mesmos formulários de adultos e geralmente são preenchidos com a ajuda dos pais. Eles são o mapa do TOC (**Formulário 5**), que permite a identificação dos locais e horários mais críticos e os rituais

que são realizados e a lista de sintomas (**Formulário 2 – Lista dos Sintomas do TOC**).

Para elaborar o mapa ou diário do TOC a criança escolhe um dia da semana e anota os locais, horários críticos e o que aconteceu. Para elaboração da lista pode ser utilizado o formulário 2, mas ela também pode ser elaborada com a ajuda dos pais, incluindo dentro do possível todos os rituais e evitações, que podem ser organizados em sub-listas: os mais fracos (aqueles que geram menor ansiedade), os médios e os mais fortes (geradores de maior ansiedade). É interessante a criança ter um caderno no qual ela escreve o diário e a lista dos sintomas que deverá ser levado sempre para as sessões. O mapa ou diário do TOC e as listas de sintomas servirão de base para programar as tarefas de casa em cada uma das sessões.

EXERCÍCIOS DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RITUAIS (EPR)

Como ocorre com adultos os exercícios de exposição e prevenção de rituais são cruciais para a TCC do TOC. São muito semelhantes às propostas para pacientes adultos, conforme foi descrito no **capítulo 5**. A diferença é que os exercícios são feitos na maioria das vezes com o auxílio dos pais em razão dos medos que provocam. A partir da lista de sintomas são combinados exercícios graduais de EPR, começando pelos mais leves ou por aqueles que a criança acredita (80% pelo menos) ser capaz de realizar. Geralmente se iniciam pelas evitações (exposição) e pelas compulsões (prevenção de resposta). Alguns exercícios poderão ser feitos no próprio consultório com ajuda do terapeuta (modelação). Deve-se usar de reforços positivos sempre que a criança consegue realizar uma tarefa, como elogios ou outro tipo de recompensa que deve ser combinada com os pais (como: ganhar figurinhas, ir ao estádio de futebol, ganhar um passeio, um brinquedo, etc.). Mais detalhes sobre a terapia de exposição e prevenção de resposta podem ser encontrados no **capítulo 5**.

Huebner, 2009 descreve em seu livro seis maneiras de as crianças poderem mandar no TOC e virar o jogo:

- 1) Fazendo o contrário. Se o TOC quiser que você arrume os lápis de cor na caixa numa certa ordem, então você vai tirar todos os lápis da caixa e vai guardá-los desobedecendo à ordem que o TOC deu.

2) Sair do local onde você está diminui o poder do TOC. Quando o TOC disser algo, não escute e saia do lugar onde está, pois assim você se distrai e não faz o que ele manda.

3) Atrasar o TOC. Deixar, por exemplo, que ele espere por 10 minutos. Lembre-se que se trata de uma mentira do TOC, vamos jogar um jogo para você se distrair. Enquanto você brinca, o TOC espera, ele desiste e vai embora. Assim você não sentirá mais aquela necessidade urgente de fazer o que o TOC diz.

4) Dar limites para o TOC. Se o TOC mandar você verificar seu material 3 vezes, você vai verificar apenas 2 vezes ou apenas 1, que é o certo. Não deixe ele fazer você perder tempo fazendo muitas vezes as coisas que não é preciso.

5) Exercitar o cérebro. Se o TOC falar que você não usar o banheiro da escola, porque tem nojo ou porque vai se contaminar, entre nele, procure usar, toque na tampa do vaso, no botão da descarga, na torneira e depois lave as mãos por uns 20 segundos e não mais que isso. Você vai perceber que não vai demorar para o seu coração parar de bater tão forte e para o sentimento de medo ir embora. Você está ensinando seu cérebro parar de prestar atenção nas mensagens do TOC. Quanto mais você lutar contra ele, mais rapidamente seu cérebro vai aprender.

6) Transformar as coisas em algo engraçado. Se o TOC quiser que você faça tudo num determinado número de vezes, conte de uma maneira maluca para fazer com que o TOC se perca.

Técnicas cognitivas

Para facilitar a adesão aos exercícios é importante que a criança aprenda identificar os pensamentos catastróficos (medos) que antecedem a execução de rituais, avalie-os quanto a sua plausibilidade e se dar conta quando são exagerados ou completamente errados. Perguntas simples como “o que passou pela sua cabeça naquele momento?” ou “qual foi o medo que você sentiu naquela ocasião?” ou “o que você imaginou que poderia acontecer” são algumas questões que podem remeter aos pensamentos automáticos catastróficos e às crenças disfuncionais. O questionamento socrático deve ser feito em linguagem bem simples: “você

acha possível que isso de fato aconteça?” ou “você acha que tem todo esse poder?” As crianças em geral não tem capacidade para lidar com conceitos mais abstratos como excesso de responsabilidade, intolerância à incerteza, perfeccionismo, poder do pensamento, que deverão ser traduzidos para uma linguagem mais concreta à altura da sua compreensão. Um exemplo dessas técnicas é o baralho dos pensamentos (Caminha e Caminha, 2012) e o Círculo da Disputa dos Pensamentos (Zanonato e Prado, 2012).

Alta e prevenção de recaídas.

Quando o paciente já estiver eliminado a maioria dos sintomas, o tratamento estará se encaminhando para as sessões finais, nas quais são utilizadas estratégias para prevenção de recaídas como identificar precocemente os sinais de recaída, a vigilância sobre eventuais lapsos, reforço de como lidar com os possíveis gatilhos. Na medida em que os sintomas diminuíram, podem ser espaçadas as sessões e, posteriormente, quando inteiramente eliminados, a alta. Sintomas residuais estão associados a um número maior de recaídas (Braga et. al., 2005, 2010). Daí a importância de eliminá-los por completo.

Participação dos pais na terapia

Se não houver nenhum impedimento, os pais participam da terapia desde a primeira sessão, sendo chamados em muitos momentos. Essa participação é crucial nas sessões de psicoeducação para compreenderem a natureza do TOC, suas manifestações, dissipar dúvidas, reduzir seus sentimentos de culpa e serem orientados sobre a questão da Acomodação Familiar (AF), sobre as atitudes que mais ajudam ou prejudicam a criança (ver capítulo 17 sobre o TOC e a família). Em crianças pequenas, a participação dos pais é fundamental em todas as etapas da terapia (elaboração da lista de sintomas e do mapa do TOC e, sobretudo, na realização dos exercícios de EPR), bem como a redução gradual dos níveis de AF. Em adolescentes a participação pode ser mais eventual: no início e em algumas sessões a serem combinadas com antecedência. Uma alternativa é utilizar parte da sessão para ouvir também os pais juntamente com a criança para a combinação de tarefas.

Preditores de resposta à TCC

Quando os sintomas são leves ou moderados (escores na CY-BOCS < 23), predominam compulsões, inexistem comorbidades (TOC “puro”), a criança tem algum *“insight”*, aceita o tratamento e revela alguma motivação para os exercícios, pode-se realizar o tratamento apenas com TCC. Porém, essas são condições ideais e estão associadas com boa resposta à terapia. Na prática, o mais comum é ocorrerem dificuldades: cerca de 20% a 40% das crianças com TOC não respondem ao tratamento e muitos que se beneficiam, permanecem sintomáticos após a conclusão do mesmo (Benazon et. al., 2002; POTS, 2004). Por outro lado, nem todas as crianças e adolescentes aceitam fazer terapia, pois muitos não toleram ser expostos a situações que irão provocar ansiedade e medo especialmente quando os sintomas são muito graves e a adesão às tarefas de casa pode ser um problema, especialmente quando existem altos níveis de disfunção familiar e de acomodação familiar, comprometimento funcional, comorbidades como depressão, outros transtornos de ansiedade, TDAH, comportamentos de oposição, déficits cognitivos e em determinados tipos de obsessões (sexuais, religiosas, colecionamento). Em compensação crianças provenientes de famílias com baixos níveis de culpa dos pais e de conflitos familiares e níveis elevados de coesão familiar tem maiores chances de responder à TCC (Peris, 2012).

A FARMACOTERAPIA NO TOC

A TCC é a primeira escolha de tratamento em casos de crianças e adolescentes com TOC com sintomatologia de leve à moderada ao passo que a farmacoterapia, preferencialmente associada à TCC, é a abordagem terapêutica de escolha nos casos de intensidade moderada à grave (< 23 na CY-BOCS; 6 ou 7 na CGI) ou quando existe depressão associada. (Mancuso et al., 2010; Practice Parameters, 2012).

Monoterapia com clomipramina ou com Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

A clomipramina e os ISRS como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram e fluvoxamina se mostraram eficazes no tratamento do TOC pediátrico. A clomipramina, um antidepressivo tricíclico, foi a primeira medicação a ser avaliada sistematicamente e a primeira a ter sua eficácia comprovada no tratamento do TOC pediátrico (acima de 5 anos). Ensaaios clínicos randomizados demonstraram que a clomipramina foi eficaz e, geralmente, bem tolerada no tratamento dessa condição. Devido a seu perfil de eventos adversos e a necessidade de monitorização eletrocardiográfica, a clomipramina não é considerada uma droga de primeira escolha e deve ser utilizada preferencialmente em pacientes com eventos adversos intoleráveis ou em casos de refratariedade aos ISRS (Mancuso et al., 2010).

Quatro drogas do grupo dos ISRS são aprovadas pelo Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento do TOC: sertralina (acima dos 6 anos), fluoxetina (acima dos 7 anos), fluvoxamina (acima dos 8 anos) e paroxetina (acima de 8 anos). Uma metanálise que avaliou 12 ensaios clínicos randomizados realizados em 1044 crianças e adolescentes verificou que os ISRS (sertralina, fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina) e a clomipramina foram superiores ao placebo e obtiveram tamanhos de efeito moderados no tratamento TOC (Geller et al., 2003). Esse mesmo estudo observou que não houve diferenças significativas entre os ISRS entre si, porém a clomipramina mostrou-se superior quando comparada individualmente com cada um dos ISRS (Geller et al., 2003). Devido a sua eficácia e ao seu perfil de tolerabilidade os ISRS são considerados as medicações de primeira escolha no tratamento do TOC em crianças e adolescentes (Mancuso et al., 2010; Practice Parameter, 2012).

Estudos comparando intervenções farmacológicas entre si são escassos. Um ensaio clínico randomizado comparou a fluoxetina com o citalopram em crianças e adolescentes com TOC e não encontrou diferenças significativas quanto à eficácia ou tolerabilidade entre ambas as medicações (Alaghband-Rad and Hakimshoostary, 2009).

Segurança e tolerabilidade

Os ISRS costumam apresentar um perfil de tolerabilidade superior à clomipramina, principalmente em situações de intoxicação. Eventos adversos são comuns com a clomipramina e incluem boca seca, sedação, tontura, tremor, ganho de peso, constipação, sudorese e déficits de memória. A diminuição do limiar convulsivo e toxicidade cardiovascular da clomipramina são de particular importância, principalmente em crianças e adolescentes (Practice Parameter, 2012). O uso da clomipramina nessa faixa etária exige a avaliação rotineira da pressão arterial e da frequência cardíaca além da realização de eletrocardiogramas previamente ao início da droga, a cada aumento de dose e quando for atingida a dose máxima. Eventos adversos mais comumente associados aos ISRS incluem náuseas, cefaleia, diarreia, tremor, insônia e sonolência (Practice Parameter, 2012). Eventos adversos sexuais como diminuição de libido, disfunção erétil e anorgasmia também podem ocorrer tanto com os ISRS quanto com os antidepressivos tricíclicos e são especialmente problemáticos em adolescentes.

A ativação comportamental caracterizada por impulsividade, insônia, aumento de energia ou desinibição é um evento adverso associado aos ISRS nessa faixa etária e é uma frequente causa de descontinuação do tratamento (Safer & Zito, 2006). Assim como outros eventos adversos, a ativação comportamental parece ter uma relação dose-dependente e é mais frequente em crianças do que em adolescentes (Martin et. al., 2004; Safer & Zito, 2006). Todos os ISRS podem produzir essa reação e não há evidências de que essa ocorrência esteja mais frequentemente associada a um ISRS específico. O tratamento desse evento adverso inclui a diminuição da dose ou a troca por outro ISRS. Em alguns casos é necessário associar com um antipsicótico ou com um estabilizador de humor.

Muitas discussões vêm sendo realizadas quanto ao aumento do risco de suicídio com o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes. Tal discussão levou que fosse incluído na bula de todos os antidepressivos um aviso orientando quanto aos riscos de aumento de ideação suicida e de comportamento suicida em crianças e adolescentes. Cabe salientar que nenhum suicídio consumado foi verificado em todos os ensaios clínicos com antidepressivos na infância e adolescência. Uma revisão extensa sobre o tema na qual os diagnósticos foram avaliados separadamente evidenciou que

o uso de antidepressivos em crianças e adolescentes com TOC não esteve associado a um aumento no risco de ideação e/ou comportamento suicida (Bridge et. al., 2007).

Dosagens e Duração do Tratamento

Deve-se iniciar o tratamento medicamentoso com doses baixas para diminuir a ocorrência e a intensidade dos eventos adversos que podem surgir no início do tratamento. Recomenda-se aumentar a dose gradualmente até alcançar a dose-alvo da medicação, ou até a dose máxima tolerada pelo paciente. Ver a [tabela 1](#) com as dosagens dos antidepressivos utilizados em crianças e adolescentes com TOC.

Tabela 1: Doses dos antidepressivos para o tratamento do TOC em crianças adolescentes

Fármacos (mg/dia)	Dose inicial	média	faixa terapêutica
Clomipramina	6,25-25	25	50-200
Fluoxetina	2,5-10	10-20	10-80
Sertralina	12,5-25	20-25	50-200
Fluvoxamina	12,5-25	25-50	50-300
Paroxetina	2,5-10	10	20-60
Citalopram	2,5-10	10-20	10-60

A resposta aos antidepressivos não é imediata e costuma demorar algumas semanas, em geral começando após um mês de tratamento. Assim como em adultos, devem-se aguardar pelo menos 8-12 semanas com a dose máxima (ou a máxima tolerada) de determinado medicamento antes de se tentar outro, quando a resposta ao primeiro é parcial. Caso a resposta seja nula em até 4-6 semanas, recomenda-se trocar a medicação.

O tratamento deve ser mantido por pelo menos 6 meses a um ano após a remissão dos sintomas com a mesma dosagem utilizada. Após esse período, uma suspensão gradual e lenta da medicação pode ser feita ao longo de

vários meses. Sessões de TCC complementares podem ser úteis para prevenir recorrência e para prolongar a remissão durante ou após a descontinuação da medicação.

Resistência e estratégias de potencialização

Dentre os pacientes adequadamente tratados com ISRS observa-se mais frequentemente uma resposta parcial do que uma ausência total de resposta. A falha em não responder ou responder parcialmente a uma medicação não indica que não haverá resposta a outra medicação similar. Caso não haja resposta após 4-6 semanas ou haja resposta parcial após 8-12 semanas, utilizando uma dosagem máxima ou a máxima dosagem tolerada, a mudança para outro antidepressivo é recomendada. Após duas tentativas sem resposta com um ISRS, deve-se considerar a utilização da clomipramina ou a associação desta com um ISRS.

A associação da clomipramina com um ISRS é uma estratégia de potencialização útil (Mancuso et al., 2010; Practice Parameter, 2012). A fluvoxamina é o ISRS que mais aumenta os níveis séricos da clomipramina devido a sua capacidade de inibir a conversão da clomipramina em desmetilclomipramina. Mesmo doses baixas de clomipramina (25-75 mg/dia) podem ser utilizadas, mas deve-se ter muita cautela quando combinar clomipramina com fluvoxamina ou com outros inibidores da enzima CYP2D6, como fluoxetina ou paroxetina, devido ao aumento das doses da clomipramina a níveis potencialmente tóxicos. O aumento das doses deve ser sempre feito de forma cautelosa para evitar o surgimento de convulsões, síndrome serotoninérgica e intoxicações e, quando possível, se recomenda o monitoramento dos níveis séricos da clomipramina.

Os benzodiazepínicos também têm sido utilizados associados aos ISRS em alguns ensaios abertos, mas eventos adversos como sedação e desinibição comportamental limitam o seu uso, principalmente, em crianças.

A principal estratégia de potencialização aos antidepressivos tem sido a utilização de antipsicóticos. Diversos ensaios clínicos randomizados e uma metanálise comprovaram a eficácia dos antipsicóticos, principalmente haloperidol e risperidona, como potencializadores aos antidepressivos no tratamento do TOC em adultos (Bloch et al., 2006). Apesar disso, apenas

relatos de caso e estudos abertos têm sido realizados em crianças e adolescentes (Mancuso et. al., 2010; Practice Parameter, 2012). De qualquer forma, crianças e adolescentes com TOC, principalmente as que apresentam comorbidades com transtornos de tiques, instabilidade de humor e transtornos invasivos do desenvolvimento, podem se beneficiar da potencialização com antipsicóticos. Recomenda-se a realização de dois ensaios com ISRS ou um ensaio com um ISRS e um ensaio com clomipramina antes da potencialização com um antipsicótico.

Associação da TCC com medicação

A TCC para o tratamento do TOC ainda é pouco utilizada em nosso meio, em grande parte pela falta de terapeutas experientes. Mas a associação com medicamentos certamente é a primeira medida a ser adotada quando a resposta foi insatisfatória. Embora ainda raros, os estudos que compararam medicação com psicoterapia ou com psicoterapia associada à medicação, mostram vantagens nessa associação.

Um ensaio clínico randomizado multicêntrico, de 12 semanas de duração, comparou a eficácia da sertralina, da TCC, da combinação da sertralina com TCC, e placebo no tratamento de 112 crianças e adolescentes com TOC (POTS, 2004). Os três tratamentos ativos foram significativamente superiores ao placebo. Comparações entre os tratamentos ativos demonstraram que o grupo com tratamento combinado foi superior ao grupo da sertralina e ao da TCC. O tratamento combinado apresentou taxas maiores na diminuição dos sintomas e na remissão de sintomas (definido como CY-BOCS $\leq$ 10) com um tamanho de efeito que se aproximou da soma dos tamanhos de efeitos das outras duas outras intervenções (TCC: 0,97; sertralina: 0,67; TCC + sertralina: 1.4). As taxas de remissão foram mais altas para o tratamento combinado (53,6%), seguido pela TCC (39,3%), pela sertralina (21,4%) e pelo placebo (3,6%) (POTS, 2004). Os resultados desse estudo sugerem que crianças e adolescentes com TOC devem iniciar o tratamento com TCC ou com a combinação de TCC e medicação.

Em outro estudo, com duração de 12 semanas, a sertralina foi comparada à TCC em grupo em 40 crianças e adolescentes, aleatoriamente alocados para receber um dos dois tratamentos. Ambas as intervenções se mostraram

eficazes, porém, após 9 meses de seguimento, o grupo que participou da TCC apresentou uma taxa de recaída sintomática significativamente menor do que o grupo que fez uso da sertralina (Asbahr et al, 2005).

Novos Tratamentos

Estudos com a utilização de estimulantes, gabapentina, sumatriptano, pindolol, inositol, opiáceos, N-acetilcisteína, riluzol e memantina têm sido realizados em crianças e adolescentes. Todavia, esses medicamentos ainda não estão aprovados no tratamento do TOC e estudos posteriores que comprovem sua eficácia/efetividade ainda são necessários para justificarem seu uso nessa faixa etária.

Em resumo, os ISRS apresentam diversas evidências de eficácia/efetividade e são considerados a primeira escolha no tratamento farmacológico do TOC. O antidepressivo tricíclico, clomipramina, também é uma opção no tratamento farmacológico do TOC, mas devido a seu perfil de eventos adversos não é considerado uma droga de primeira escolha. A associação de ISRS com clomipramina ou à adição de antipsicóticos podem ser estratégias utilizadas no manejo de casos resistentes à medicação.

RESUMO E DESTAQUES

- O TOC em crianças e adolescentes é muito semelhante ao de adultos em suas manifestações. Entretanto o TOC com início na infância tem sintomas mais graves e persistentes, ocorre mais em meninos, apresenta mais comorbidades com tiques e S. de Tourette, TDAH, transtornos afetivos e está associado a um risco aumentado de transmissão genética.
- No TOC de início na infância são comuns obsessões de simetria/exatidão e de conteúdo agressivo, sexual ou religioso e compulsões semelhantes a tiques, não precedidas por obsessões, como tocar, raspar, olhar fixamente, piscar os olhos, repetições, contagens.
- O TOC em crianças e adolescentes causa interferência acentuada no funcionamento da família. As rotinas e a vida social são alteradas em

razão da doença e os familiares em geral se envolvem e participam nos rituais.

- Na avaliação psiquiátrica da criança devem-se separar as manifestações do TOC de comportamentos repetitivos ou ritualizados próprios das diferentes fases evolutivas da criança. Tais comportamentos geralmente têm um caráter lúdico e são prazerosos. As compulsões do TOC são mais estereotipadas e repetitivas; são geralmente precedidas por obsessões e são executadas com a finalidade de reduzir medos ou desconfortos.
- TOC deve ser diferenciado do transtorno de tiques e S. de Tourette, do TDAH, dos transtornos do controle de impulsos (tricotilomania, comportamentos auto-mutilativos), de transtornos cognitivos e do desenvolvimento (Transtornos globais do desenvolvimento, autismo, síndrome de Asperger, Prader-Willi, síndrome de Down e retardo mental) e dos transtornos neuropsiquiátricos associados a infecções por estreptococo.
- A TCC e os psicofármacos ISRS, a clomipramina são os tratamentos de escolha e são efetivos em reduzir os sintomas do TOC. De um modo geral, devem-se associar as duas modalidades de tratamento.
- Quando os sintomas são leves ou moderados, predominam compulsões, inexistem comorbidades (TOC “puro”), a criança tem algum “*insight*”, aceita o tratamento e revela alguma motivação para os exercícios pode-se utilizar a TCC isoladamente.
- A resposta à TCC é menor quando os sintomas são muito graves, existem altos níveis de disfunção familiar e de acomodação familiar, comprometimento funcional, comorbidades associadas (depressão, outros transtornos de ansiedade, TDAH, comportamentos de oposição) e déficits cognitivos.
- A TCC para o TOC em crianças e adolescentes é muito semelhante à utilizada em pacientes adultos sendo cruciais os exercícios de EPR que podem ser associados a intervenções cognitivas. Deve-se, entretanto, adaptar a linguagem, as explicações psicoeducativas e os exercícios para os níveis cognitivos e a capacidade de compreensão da criança ou

adolescentes. Principalmente em crianças pequenas os pais devem participar da terapia.

- A psicoeducação realizada no início da TCC com a criança e com os pais é essencial melhorar o *insight* da criança sobre a doença, elucidar dúvidas, reduzir a culpa dos pais, motiva-los, bem como, a criança para o tratamento, diminuir a acomodação familiar aos sintomas e consolidar o vínculo com o terapeuta.
- Os ISRS e a clomipramina são efetivos em reduzir os sintomas do TOC e podem ser utilizados isoladamente ou associados à TCC. As doses devem levar em conta os efeitos adversos e devem ser ajustadas para essa faixa etária e em geral são menores que as doses utilizadas em adultos.

REFERÊNCIAS

- 1) Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC. Experience of stigmatization by relatives of patients with Obsessive Compulsive Disorder. Arch Psychiatr Nurs, 2004;18(3):88–96.
- 2) Vivan, A. S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Braga, D. T. & Cordioli, A. V. Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study, 2013 (submitted).
- 3) Freeman J, Garcia A, Fucci C, Karitani M, Miller L, Leonard HL. Family-based treatment of early-onset obsessive-compulsive disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 2003; 13:S71–S80.
- 4) Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., et al. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2008. 47(5), 583-592.
- 5) Geller D, Biederman J, Faraone SV, Bellorde CA, Kim GS, Hagermoser LM. Disentangling chronological age from age of onset in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. Int J Neuropsychopharmacol, 2001;4:169-178.
- 6) Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. Psychiatr Clin North Am. 2006 Jun;29(2):353-70.

- 7) Evans DW, Leckman JF, Carter A, Reznick JS, Henshaw D, King RA, Pauls D. Ritual, habit, and perfectionism: the prevalence and development of compulsive-like behavior in normal young children. *Child Dev.* 1997 Feb;68(1):58-68.
- 8) Kalra SK, Swedo SE. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *J Clin Invest.* 2009 Apr;119(4):737-46.
- 9) Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. The structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2008, 47, 773–778.
- 10) Waters, T. L., & Barrett, P. M. The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychological Review.* 2000, 3(3), 173-184.
- 11) Douglass HM, Moffitt TE, Dar R, et al. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1424- 31.
- 12) Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 1999, 8:445–460
- 13) Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry.* 2005, 62(6), 593-602.
- 14) Geller D, Biederman J, Jones J, et al. Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:420-427.
- 15) Ferrao, Y. A., Shavitt, R. G., Bedin, N. R., de Mathis, M. E., Carlos, L. A., Fontenelle, L. F., et al. Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders.* 2006, 94, 199–209.
- 16) Tasman A, Kay J, Lieberman J. *Psychiatry, Second Edition.* Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Ltd., 2003:1331–61. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000; 57(4):358–63.

- 17) Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Apr;57(4):358-63.
- 18) Lomax CL, Oldfield VB, Salkovskis PM. Clinical and treatment comparisons between adults with early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2009 Feb;47(2):99-104.
- 19) American Psychiatric Association (APA). *DSM IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (4. ed.). 2002, Porto Alegre: Artes Médicas
- 20) Geller D, Biederman J, Griffin S, Jones J, Lefkowitz T. Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:1637-1646.
- 21) Allsopp M, Verduyn C. A follow-up of adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1989, 154:829–834
- 22) Nakatani E, Mataix-Cols D, Micali, Turner C, Heyman I. Outcomes of Cognitive Behaviour Therapy for Obsessive Compulsive Disorder in a Clinical Setting: A 10-Year Experience from a Specialist OCD Service for Children and Adolescents *Child and Adolescent Mental Health* Volume 14, No. 3, 2009, 133–139
- 23) Storch EA, Lewin AB, Larson MJ, Geffken GR, Murphy TK, Geller DA. Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Res*. 2012 Mar 30;196(1):83-9.
- 24) Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris M., Trufan, B. S., Goodman, W. K., & McDougle, C. J. et al. Family accommodation in obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1995, 152(3), 441-443.
- 25) Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2007, 36(2), 207-216.
- 26) Flessner CA, Freeman JB, Sapyta J, Garcia A, Franklin ME, March JS, Foa E. Predictors of parental accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: findings from the Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jul;50(7):716-25.

- 27) Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2009, 77(2), 355-360.
- 28) Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004, 43(1), 46-62.
- 29) Waters T, Barrett P, March J. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Preliminary findings. *Am J Psychother*. 2001;55:372–387.
- 30) Steketee, G., & Van Noppen, B. Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003, 25(1), 43-50.
- 31) Gomes, J. B., Calvocoressi, L., Van Noppen, B., Pato, M., Silva, E. M., & Braga, T., et al. Translation and adaptation into the Brazilian Portuguese of family accommodation scale for obsessive compulsive disorder: interviewer rated (FAS-IR). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2010, 32(3), 102-112.
- 32) Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M.). Insight and resistance in patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001: 34, 62–68.
- 33) Storch EA, Björgvinsson T, Riemann B, Lewin AB, Morales MJ, Murphy TK. Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bull Menninger Clin*. 2010 Spring;74(2):167-85.
- 34) Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;292(16):1969-76.
- 35) Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, et al. Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessivecompulsive disorder. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2005;44(11):1128–36.

- 36) Prazeres, A., Souza, W., & Fontenelle, L. Cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review of the last decade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007, 29(3), 262-270.
- 37) Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J. Child Psychol Psychiatry*. 2008 May;49(5):489-98.
- 38) March J, Mulle K. *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press; 1998.
- 39) Caminha, R.M., Caminha, M. G. Baralho dos pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência. 2012, Synopsi: Porto Alegre.
- 40) Zanonatto, A., Prado, L.C. *Trabalhando com crianças e suas famílias*. Luiz Carlos Prado: 2012, Porto Alegre.
- 41) Huebner, D. O que fazer quando você tem muitas mania: um guia para as crianças superarem o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). *Artmed*: Porto Alegre, 2009.
- 42) Braga, D.T., Cordioli, A.V., Niederauer, K., Manfro, G.G.. Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2005, 112, 180-186.
- 43) Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV. Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010, 32(2), 164-168.
- 44) Benazon NR, Ager J, Rosenberg DR. Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescent with obsessive compulsive disorder: An open trial. *Behav Res Therapy* 2002; 40:529–529.
- 45) Peris TS, Sugar CA, Bergman RL, Chang S, Langlely A, Piacentini J. Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Apr;80(2):255-63.
- 46) Mancuso E, Faro A, Joshi G, Geller D. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20:299-308.
- 47) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):98-113.

- 48) Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, et al. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160 (11):1919-28,
- 49) Alaghband-Rad J, Kakimshoostary M. A randomized controlled clinical trial of citalopram versus fluoxetine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(3):131-5.
- 50) Safer DJ, Zito JM. Treatment-emergent adverse events from selective serotonin reuptake inhibitors by age group: Children versus adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006. 16:159-69.
- 51) Martin A, Young C, Leckman JF, Mukonoweshuro C, Rosenheck, Douglas L. Age effects of antidepressant-induced manic conversion. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:773-80.
- 52) Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2007 Apr 18;297(15):1683-96.
- 53) Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2006;11:622-632.

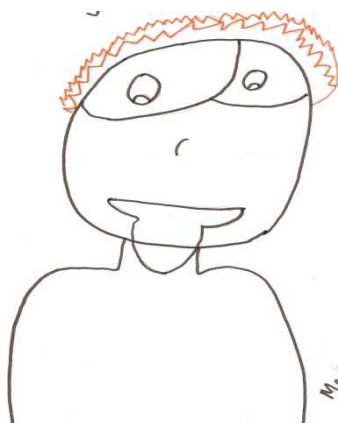
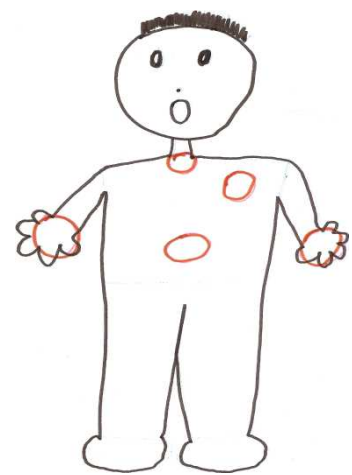


Figura 1. SUGA ESPÍRITO

FIGURA 3

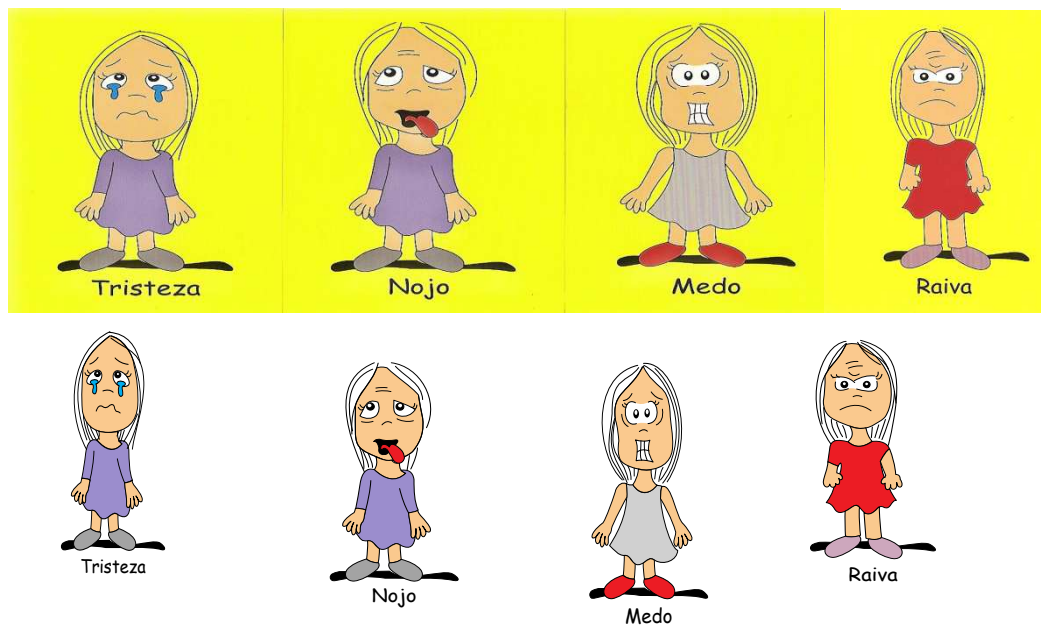


Figura 2 - O baralho das emoções de (Caminha e Caminha, 2012).

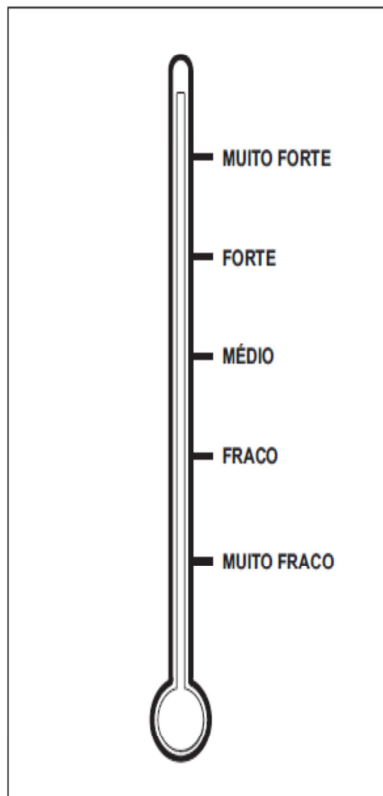


Figura 4 – O termômetro do medo