

# **ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES COM TDAH UTILIZANDO A ABORDAGEM DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Beatriz Machado<sup>1</sup>, Vanessa da Silva<sup>2</sup>

## **RESUMO**

Este trabalho tem como objetivo entender as características da adolescência e do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, bem como, atender o adolescente diagnosticado com TDH e as comorbidades. Além disso, apresenta também como a Terapia Cognitivo Comportamental como a abordagem escolhida para efetuar os atendimentos junto ao adolescente, família e escola. O trabalho assume a forma de pesquisa bibliográfica, e teve como autores centrais: Coll (2004); Ciasca (2014); Banaco e Rangé (1998). A partir das pesquisas realizadas tem-se que o conhecimento do terapeuta sobre as características dos adolescentes com diagnóstico de TDAH e tendo a Terapia Cognitivo Comportamental como atuação do terapeuta, mostra-se viável para atender tais pacientes.

**PALAVRAS CHAVES:** Adolescentes, Psicoterapia, TDAH,  
Terapia Cognitivo Comportamental

## **ABSTRACT**

This study aims to understand the characteristics of adolescence and Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, as well as to meet the adolescent diagnosed with HD and comorbidities. In addition, it also presents as Cognitive Behavioral Therapy as the approach chosen to carry out the consultations with the adolescent, family and school. The work takes the form of bibliographic research, and had as central authors: Coll (2004); Ciasca (2014); Banaco and Rangé (1998). Based on the research carried out, the therapist's knowledge about the characteristics of adolescents with a diagnosis of ADHD and having Cognitive Behavioral Therapy as a therapist's performance is shown to be feasible to attend to such patients.

**KEYWORDS:** Adolescents, Psychotherapy, ADHD, Cognitive Behavioral Therapy

---

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Psicóloga Clínica. Docente da Inesul no Curso de Psicologia.

<sup>2</sup>Acadêmica de Psicologia.

## **INTRODUÇÃO**

A adolescência é um dos períodos mais conturbados para o indivíduo, onde seu corpo passa por modificações e seu humor fica a “flor da pele”, neste período muitos pais por não entenderem esse processo buscam na terapia auxílio para lidar com os conflitos gerados neste processo de desenvolvimento dos filhos. A compreensão deste fenômeno chamado adolescência possibilita tanto para os pais como para a clínica terapêutica um arcabouço fundamental para o manuseio desta demanda social onde muitos pais se veem sem saberem lidar com o filho adolescente e proporciona também a possibilidade do terapeuta utilizar de instrumentos psicológicos que possam auxiliar o desenvolvimento normal desta fase da adolescência proporcionando uma qualidade de vida nas relações familiares, a abordagem que será utilizada para a atuação junto a clientela é a Terapia Cognitivo Comportamental.

Para que se obtenha a qualidade de vida almejada é necessário que se compreenda passo a passo o funcionamento de um adolescente que possui este diagnóstico, aquilo que é possível modificar e principalmente aprender a lidar com situações que ainda não são possíveis de alteração, buscando uma variação comportamental, como no caso do TDAH que ainda não tem cura, mas diante da eficácia do tratamento, que seria a dedicação do terapeuta, o apoio da família e/ou responsáveis, associado ao uso correto de medicamento caso seja necessário, torna possível que o adolescente tenha uma vida com qualidade, seja inserido de maneira adequada na sociedade e ainda formule e alcance objetivos diversos.

Neste artigo temos como objetivo identificar o que é a adolescência e o TDAH, quais as características desta fase e como se processa o atendimento da Terapia Cognitivo Comportamental junto aos adolescentes com TDAH, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo, o apoio familiar e a escola.

## **ADOLESCENTES COM TDAH**

A capacidade do profissional psicólogo, no atendimento, é esmiuçar a singularidade do indivíduo, e isso dependerá de sua habilidade e empenho na pesquisa. Na busca de informações, a bagagem teórica será o embasamento essencial, para tanto será demonstrado o funcionamento do desenvolvimento humano em cada faixa etária e características de um adolescente com TDAH.

## **O desenvolvimento humano e a adolescência**

Para trabalhar com um adolescente o profissional psicólogo precisa conhecer bem cada etapa do desenvolvimento humano para poder identificar as características dos comportamentos e dos aspectos: social, cognitivo, emocional/afetivo, motor. Com base em tais informações irá conseguir levantar informações sobre o processo de desenvolvimento do adolescente e conhecer sobre o quadro atual do adolescente.

Para tanto, é necessário que se saiba sobre os comportamentos esperados nesta fase do desenvolvimento humano.

### **A adolescência**

O processo de desenvolvimento do ser humano é um processo lento diante do desenvolvimento dos outros seres vivos, cada fase do desenvolvimento do homem é marcada por grandes transformações psicológicas e biológicas, pois a história do homem é marcada pela filogêneses, ontogêneses e a sociocultural, dentro deste processo de desenvolvimento nenhum ser humano escapa da fase da adolescência.

Segundo Coll, et al (2004) adolescência é o período de desenvolvimento humano cujo sujeito tenta responder a uma das grandes questões da vida: quem sou eu? Seu início se dá entre 11 a 12 e seu término varia entre 20 a 21 anos dependendo do sujeito e da forma como ele lidou e passou por esse período.

Compreender o porquê da existência é a marca da adolescência, nesta etapa da vida nenhuma resposta é tão importante quanto “quem sou eu”, essa pergunta não é respondida de imediato, percorre um período de quase 11 anos e muitos acabam passando pela adolescência sem encontrar essa resposta.

De acordo com Papalia, Olds, Feldman (2006) é nesta fase que ocorrem alterações significativas físicas, biológicas e oscilações emocionais relacionadas a mudanças hormonais. São diferentes as produções e períodos de transformações masculino e feminino, cada indivíduo possui sua singularidade. No caso do adolescente menino, o hormônio sexual produzido é a testosterona na menina é o estrógeno e a progesterona, nessa fase o crescimento se acelera os órgãos sexuais ganham definição e a fertilidade se inicia.

O adolescente neste período diante das modificações se assusta e incomoda aqueles que o circunda, por não saber lidar com o novo, e o sentimento fica a “flor da pele”, é considerada a fase do “conflito”.

O adolescente passará segundo Coll, et al (2004, p. 335), “delinear a imagem que tem de si mesmo, adotar compromissos de caráter ideológico e religioso, escolher uma profissão, definir sua orientação sexual, optar por um estilo de vida e de relações, assumir valores do tipo moral.”

De acordo com o autor acima citado pode-se observar quantas modificações ocorrem no processo de desenvolvimento da adolescência gerando neste período muitos conflitos no ambiente no qual o adolescente esta inserido, pois lhe é exigido nesta fase assumir papéis sociais e responsabilidades pelas suas escolhas.

Segundo Coll, et al (2004) dentro do processo de desenvolvimento da adolescência temos as modificações biológicas que como consequência afetará o autoconceito do adolescente no que diz respeito a sua autoimagem. Essas mudanças biológicas afetarão a psique do adolescente pois ele tenderá a observar mais seu corpo físico e tenderá a ser mais crítico e exigente quanto a questão da estética. É observável neste processo do desenvolvimento biológico a falta de noção de espaço pelas modificações em detrimento do crescimento físico do corpo, sonolência, um dos motivos dos conflitos entre os pais por acharem que o mesmo é muito preguiçoso por passar várias horas dormindo.

De acordo com o autor citado acima no processo de desenvolvimento da adolescência é observável a construção da autoestima, a busca por uma identidade pessoal, os papéis que o mesmo desenvolverá e atuará em sociedade e a construção do que é moral ou amoral, desenvolvendo assim um comportamento pró-social ou antissocial dependendo de como o sujeito lidou com essas questões na sua relação familiar, de como seus pais atuaram com esse adolescente, impondo regras, limites, oferecendo carinho e acolhimento ou atacando, agredindo desprezando, e o mais importante de tudo isso, qual a percepção e construção cognitiva que o adolescente teve desta atuação das pessoas imbuídas de autoridade tiveram sobre ele, é a leitura que o mesmo faz destas pessoas que permitira sair da fase da adolescência de forma saudável ou não.

A construção cognitiva do adolescente muitas vezes se não for adequada, ou seja, ter o apoio de um adulto de maneira equilibrada poderá causar problemas futuros, pelo fato de ser uma fase considerada de perda, pois sair da condição de inteira dependência, para uma situação de maior autonomia, dependendo da estrutura do adolescente, acontece em muitos

casos à insegurança. Período em que o indivíduo é considerado ingênuo, mas começa a experimentar de maneira pincelada um pouco do que viverá na fase adulta. Contemporaneamente a adolescência não tem a cobrança de um trabalho, mas tem a obrigação do estudo e do preparo para seu futuro, sendo normalmente bancado pelos pais, o que gera dependência, seria uma constante “vai..., agora para”, uma energia incomparável e ao mesmo tempo o cansaço pela inconstância, o desejo de desbravar o mundo (a curiosidade) e sua impotência, por não ser ainda um adulto.

Contudo, segundo Machado et al (2017), o desenvolvimento pró-social ao longo do ciclo vital, a adolescência representa e supõe um momento chave na formação da personalidade. A conquista da identidade implica a livre escolha pelo indivíduo de uma série de opções ou compromissos, embora o contexto social exerça uma importante pressão sobre o adolescente condicionando as escolhas que efetua.

## **TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: CONCEITO E HISTÓRICO**

De acordo com DSM V, o conceito de TDAH é uma síndrome (conjunto de sintomas) caracterizada por distração, agitação / hiperatividade, impulsividade, esquecimento, desorganização, adiamento crônico, entre outras. O TDAH é um transtorno de "base orgânica", associado a uma disfunção em áreas do córtex cerebral, conhecida como Lobo Pré-Frontal. Quando seu funcionamento está comprometido, ocorrem dificuldades com concentração, memória, hiperatividade e impulsividade, originando os sintomas do TDAH - déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade.

Diante das incertezas relacionadas ao diagnóstico de TDAH, muitas pessoas por um tempo prolongado foram consideradas crianças com déficit na educação e/ou má índole, por ter como consequência comportamentos que fogem da realidade “natural” dentro da sociedade. Desde o século XVIII se retrata o interesse em pesquisa sobre este transtorno, contudo, apenas na década de 80, final do século passado, que se despertou o interesse de neuropediatras levantando a possibilidade deste transtorno afetar também a parte neurológica do indivíduo.

O quadro apareceu na literatura especializada, a partir de 1980, quando o DSM-III denominou o transtorno como distúrbio de déficit de atenção e na revisão do DSM em 1987, acrescenta a hiperatividade ficando Distúrbio Hiperatividade com Déficit de Atenção, sendo

que em 1994, em revisão já do DSM-IV, recebeu a denominação utilizada atualmente de Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade (TDAH), que teve posteriores alterações para seu critério de diagnóstico.

### **Aspectos Históricos do TDAH:**

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), está entre os diagnósticos mais comuns da infância (Wilson et al., 2001). Em 1798 o Drº Alexandre Crichton fez a primeira classificação do que seria o estado mental de TDAH, diagnóstico feito a partir de uma dificuldade de aprendizagem. Mas segundo Monteiro (2006), os primeiros sintomas foram descritos em 1845 pelo médico Heinrich Hoffman em seu livro de poema sobre crianças e seus comportamentos “A estória do irrequieto Philip”. A primeira descrição médica foi realizada em 1902 pelo Drº George Still pai da pediatria, que o definiu como “ um defeito no controle da moral”, a partir daqui ele defende que pode ser um problema de ordem biológica, hereditária e não um problema de má-educação ou depravação, como até então se acreditava. Depois desta descoberta ocorreram diversas mudanças dos nomes que refletiam as incertezas dos pesquisadores acerca das causas e o critério diagnóstico preciso para este transtorno( BARKLEY, 1998)

Outras contribuições dos vários autores ao longo do século para o aperfeiçoamento no diagnóstico de TDAH, segundo Bonadio, (2013, p. 26) foram os seguintes:

- Em 1890, ao trabalhar com pessoas que apresentavam sintomas de inquietude, impaciência e desatenção, alguns médicos levantaram a hipótese de que o conjunto desses comportamentos seria uma disfunção ou de um dano cerebral (BENCZIC 2000).

- Barkley (2008), alguns pesquisadores como Blau, em 1936, e Levi, em 1938, observaram similaridades entre crianças com hiperatividade e os comportamentos de primatas com lesões no lobo frontal, indicaram que a remoção dos lobos frontais dos primatas ocasionava inquietação, incapacidade de manter o interesse e demais alterações no comportamento.

- Em 1947 Strauss e colaboradores levantaram a hipótese de que a distração seria o problema central dessas crianças; portanto, se mantivessem a mínima atenção, elas apresentariam melhoras significativas.

-No fim de 1950 e início de 1960 foram feitas revisões críticas acerca da existência de uma única síndrome de lesão cerebral em crianças.

-Em 1962 foi realizado, em Oxford, na Inglaterra, um simpósio com o objetivo de chegar a um consenso referente ao uso de um único termo por parte dos profissionais, o que contribuiria para a padronização do diagnóstico.

-No Brasil, Lefèvre (1976) ganha destaque ao desenvolver o Exame Neurológico Evolutivo (ENE), evitando-se ou reduzindo-se o surgimento de problemas escolares próprios da DCM.

-De acordo com Cypel (2007) e Benczic (2000) em 1980, o termo DCM é alterado pelo DSM – III, para distúrbio de déficit de atenção, tendo como principal sintoma o déficit de atenção e a impulsividade.

-Ferguson; Koon e Dickey, em 1986, os quais reafirmaram as hipóteses de Levi a respeito dos comportamentos inquietos e do déficit de atenção. As associações entre lesão cerebral e características comportamentais como inquietação e impulsividade fortaleceram-se e delinearão aquilo que hoje é divulgado como TDAH.

- Em 1987, com a revisão do DSM- III, é acrescentado aos sintomas a hiperatividade, alterando o nome para distúrbio de Hiperatividade com déficit de atenção.

- Segundo Benczic (2000), em 1993, O CID 10 manteve a nomenclatura Transtorno Hiperquinético, sendo denominado em 1994, pelo DSM-IV, como transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade.

Em 2013, com a revisão do DSM- IV, nessa versão as modificações realizadas quanto ao TDAH, foram um conjunto de 18 sintomas, sendo 9 de atenção, 6 hiperatividade e 3 de impulsividade, permanecendo até o momento.

### **Causas do TDAH**

As causas do TDAH, segundo Cypel (apud BONADIO, 2013, p 25), ainda estão em discussão, visto que muitos fatores podem interferir e desencadear comportamentos desatentos, impulsivos e/ou hiperativos, os quais não se manifestarão de modo idêntico em todas as crianças. Segundo Bonadio (2013), seu relato demonstra ainda uma incerteza na causa do TDAH, diversos pesquisadores relatam sua origem nas questões genéticas e fatores neuroquímicos, outras em questões sociais e ambientais, outros ao aumento dos sintomas devido ao uso abusivo de medicamentos, contudo, o que se observa é que não há certeza de

nada, o que pode ser observado com maior confiança para um diagnóstico mais preciso seria os critérios para diagnósticos de TDAH fornecido pelo DSM – V (2003), somado a uma pesquisa detalhada sobre cada indivíduo pode se descobrir o que o leva a apresentar este quadro.

## **Tipos de TDAH**

Conforme Bonadio (2013), os sintomas clínicos são os principais critérios para o diagnóstico do TDAH, sendo os mais evidentes a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade expressada pela criança, adolescente ou adulto no decorrer de seu desenvolvimento. Tais sintomas se apresentam em um grau que compromete as atividades diárias destas pessoas, seja na escola, no trabalho ou em casa, dificultando as relações escolares, de trabalho e/ou interpessoais. Conforme o mesmo autor coloca que a desatenção só é possível ser observada a partir dos sete anos quando em período escolar com auxílio dos pais e professores consegue identificar se a criança apresenta tal característica.

Conforme classificação de Seno (2010,s/p) são quatro tipos de TDAH:

- tipo desatento - não enxerga detalhes, faz erros por falta de cuidado, apresenta dificuldade em manter a atenção, parece não ouvir, tem dificuldade em seguir instruções, desorganização, evita/não gosta de tarefas que exigem um esforço mental prolongado, distrai-se com facilidade, esquece atividades diárias;
- tipo hiperativo/ impulsivo: inquietação, mexer as mãos e os pés, remexer-se na cadeira, dificuldade em permanecer sentada, corre sem destino, sobe nos móveis ou muros, dificuldade em engajar-se numa atividade silenciosamente, fala excessivamente, responde perguntas antes delas serem formuladas, interrompem assuntos que estão sendo discutidos e se intrometem nas conversas;
- tipo combinado: quando o indivíduo apresenta os dois conjuntos de critérios desatento e hiperativo/impulsivo;
- tipo não específico, quando as características apresentadas são insuficientes para se chegar a um diagnóstico completo, apesar dos sintomas desequilibrarem a rotina diária.

Além desses tipos de TDAH, tem-se também que ter o conhecimento sobre o que DSM-V (2015,p. 100), estabelece como critérios diagnósticos para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade os seguintes:

A. Ou (1) ou (2)

Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:



- (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

**Hiperatividade:**

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;
- (b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;
- (f) frequentemente fala em demasia.

**Impulsividade:**

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;
- (i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).

Conforme Bonadio (2013), os critérios mencionados anteriormente o diagnóstico deve ter como parâmetro o quadro clínico comportamental, visto “[...] que não existe nenhum marcador biológico definido para todos os casos de TDAH” (ROTTA, 2006, p. 304).

Mesmo a criança não apresentando comportamentos de desatenção, hiperatividade ou impulsividade na consulta médica ou psicológica, o diagnóstico não pode ser excluído, porque as crianças “[...] frequentemente são capazes de controlar os sintomas com esforço voluntário, ou em atividades de grande interesse” [...], (BENCZIK, 2000, p. 60). Atividades como videogame, computador e televisão são interessantes e prendem a atenção da criança ou do adolescente, entretanto eles não conseguem manter a atenção quando estão em sala de aula, na hora de fazer tarefa ou ao ler um livro.

Barkley (2008, apud Bonadio 2013) pontua a importância de se levantar o histórico familiar com o objetivo de obter informações sobre possíveis dificuldades psiquiátricas em pais e irmãos; a relação marital; problemas familiares referentes a doenças crônicas; emprego; ou outras situações geradoras de estresse. O autor destaca ainda a importância do histórico escolar, por meio do qual podemos conhecer o desempenho acadêmico da criança, suas principais dificuldades, seu comportamento, as estratégias utilizadas pelos professores, os serviços escolares oferecidos e frequentados pelo aluno e os encaminhamentos realizados pela escola.

As escalas de avaliação comportamental devem ser respondidas por pais e professores, mesmo correndo-se o risco de divergências por omissões, limitações e preconceitos por parte daqueles que as respondem.

O trabalho a ser realizado junto aos adolescentes com TDAH deve ser multiprofissional, segundo Stroll (2010, s/p) todo diagnóstico deve seguir os seguintes passos:

- Entrevistas com os pais (levantamento das queixas e sintomas e relato sobre o comportamento da criança em casa e em atividades sociais);
- Entrevistas com professores (relato sobre o comportamento da criança na escola, levantamento das queixas, sintomas, desempenho escolar, relacionamento com adultos e crianças);
- Questionários e escalas de sintomas para serem preenchidos por pais e professores;
- Avaliação/observação da criança no consultório;
- Avaliação neuropsicológica;
- Avaliação psicopedagógica;
- Avaliação fonoaudiológica.

O trabalho multiprofissional é segundo Gomes, Melo e Couto (2010), a busca de um diagnóstico preciso, onde envolve também outras avaliações complementares com outras especialidades médicas e ainda outros profissionais. É necessário, logo de início avaliações auditivas e visuais, uma vez que déficits nessas capacidades podem provocar dificuldade de atenção. Além disso, é de grande importância a avaliação neurológica, para que se excluam outras possíveis doenças. Possa e Vasconcelos e colaboradores (2005, apud Gomes, Melo e Couto 2010) revelam alta comorbidade (ocorrência de dois ou mais transtornos em um mesmo indivíduo) entre TDAH e outros transtornos psiquiátricos; e entre os assim chamados transtornos de aprendizagem que, de acordo com o DSM IV, englobam os transtornos de leitura (dislexia), transtornos de matemática (discalculia) e transtorno de escrita (disgrafia).

Na atualidade, há uma grande necessidade de esclarecer a diferença entre um adolescente com TDAH e um que não tenha esse diagnóstico, pois hoje em dia muitas crianças são tidas como portadoras de TDAH erradamente e medicada devido à presença de comportamentos similares ao portador de TDAH, como por exemplo, a falta de atenção e/ou hiperatividade por diversos motivos, levando a dependência medicamentosa, a não melhora dos sintomas parecidos e outros efeitos colaterais afetando o sono, a alimentação do usuário, entre outros problemas.

Entende-se também que o quadro de TDAH, vem acompanhado de comorbidades que interferem no desempenho escolar, relação interpessoal do adolescente; assim faz-se necessário entender as comorbidade.

## **COMORBIDADES DO TDAH**

A presença de comorbidades torna ainda mais difícil o diagnóstico e tratamento em pacientes com TDAH. De acordo com pesquisa realizada por Reinhardt (2013) são encontradas prevalências muito altas de TDAH em pacientes bipolares, tendo um índice de 40% de associação de mania e hipomania causadas por uso de estimulantes. Relacionado a violência escolar no caso de bullying, foram encontradas presenças de TDAH em agressores e vítimas. A criminalidade e uso abusivo de drogas na sociedade, 8% são pessoas diagnosticadas com TDAH. A severidade a adição à internet, somado a desatenção, seria associada à comorbidade de TDAH. O abuso sexual mostra uma realidade comum na maioria dos casos em crianças com TDAH, que na fase adulta gera um indivíduo mais predisposto à ansiedade e depressão. Em caso de abuso na infância, na fase adulta o indivíduo tem tendência a desenvolver transtornos mentais, especialmente TDAH, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno bipolar. Por fim, casos de transtorno alimentares, foram encontrados em pesquisas um alto número em pacientes com TDAH.

## **A ADOLESCÊNCIA COM TDAH**

Na adolescência podem surgir algumas comorbidades que no período da infância não foi diagnosticado com clareza dentre essas comorbidades citaremos de forma resumida o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), TDAH e ansiedade e TDAH e depressão.

De acordo com Fernandes, Dell’Agli e Ciasca (2014) o TDAH é caracterizado por um transtorno neuropsiquiátrico, cujos sintomas se caracterizam por desatenção persistente, falta de concentração e/ou hiperatividade e impulsividade, em regra, de origem genética e congênita. Estas características podem levar o portador a ter dificuldades emocionais, de relacionamento, ocasionando baixos níveis de autoestima, além do mau desempenho escolar, face às reais dificuldades no aprendizado.

Segundo os autores citados acima a dificuldade em seguir regras é uma das reclamações mais repetidas para quem lida com crianças e adolescentes com TDAH por esta causa o transtorno gera uma diferenciação na relação deste adolescente com a moral e a vergonha, que o diferencia e o exclui dos adolescentes que não possui TDAH.

De acordo Vianna; Campos; Landeira-Fernandes (2009) é comum a pessoa com TDAH vir com o quadro de depressão e ansiedade, TDAH com depressão é comum devido sua incapacidade de se “adequar” na sociedade, possuir uma autoestima baixa e também por possuir autodepreciação, por não conseguir ser organizado, sua falta de atenção entre os outros sintomas citados. Há diversos casos em que a depressão mascarará o TDAH. O TDAH com ansiedade é caracterizado como um quadro de intermináveis e crônicas preocupações com seus comportamentos, levando o indivíduo a um estresse, não conseguindo relaxar.

A partir do conteúdo acima citado sobre a adolescência e as comorbidades relacionadas com o TDAH, com um olhar da Análise do Comportamento propõe-se apresentar de forma abreviada.

## **ATENDIMENTO PSICOTERAPÊUTICO VOLTADO PARA ADOLESCENTES COM TDAH NA ABORDAGEM DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Para o atendimento efetivo do adolescente torna necessário levar em consideração a possibilidade mais comum, de que seus sintomas surgiram desde a infância, para tanto na pesquisa inicial quanto maior o número de informações e quando apareceram os sintomas

característicos de uma criança com TDAH é essencial para elaboração precisa do diagnóstico.

Outro ponto relevante quando se inicia o tratamento de um paciente com um quadro de TDAH é descobrir se há comorbidades, neste caso o trabalho inicial será no controle destas. O terapeuta precisa fazer parte de uma abordagem interdisciplinar, onde tendo ou não as comorbidades, trabalhar com intervenções farmacológicas e psicossociais e por se tratar de um problema crônico toda a atividade realizada com o adolescente terá o objetivo de diminuir seus sintomas tornando sua realidade a mais próxima da “normalidade”.

Conforme mencionado por Mesquita; Porto; Rangé; Ventura(2009), o tratamento do TDAH por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental, segundo Doyle (2006), envolve quatro etapas – psicoeducação, avaliação das comorbidades, a psicoterapia em si e intervenções no ambiente.

A psicoeducação, além de permitir que os pacientes reconheçam seus sintomas, permite também interpretar os danos que estes causam e obter novas estratégias para o manejo destes (Barkley, 2002b; Doyle, 2006; Knapp, Rohde, Lyszkowski & Johannpeter, 2002; Rohde & Halpern, 2004).

Na psicoterapia será muito importante identificar as crenças centrais do paciente, pois muitas podem estar relacionadas ao desconhecimento sobre a doença, como se considerarem incapazes ou inúteis. Os pacientes precisam aprender a contestar suas crenças e adotar uma nova visão de si mesmos (Doyle, 2006; Rostain & Ramsay, 2006). É necessário identificar quais as comorbidades em questão para direção dos profissionais e a serem inseridos e manuseio no tratamento.

Quanto às intervenções ambientais, no início do tratamento devem-se fazer recomendações ao paciente de forma que o ajude a encontrar um equilíbrio entre estrutura e liberdade (Doyle, 2006). Pode-se definir estrutura como um conjunto de controles externos que tem como objetivo reduzir os prejuízos. Desta forma é indicado o uso de: lista de lembretes, anotações, quadros de avisos, cronogramas, despertadores, lugares silenciosos para estudar e trabalhar, e, ainda, realizar intervalos com frequência (Hallowell & Ratey, 1999; Rohde & Mattos, 2003).

A TCC ajuda o cliente a redirecionar sua atenção, reestruturar suas crenças de maneiras mais adaptativas e mudar o modo como se sente, modificar seus comportamentos e auxiliar nas habilidades sociais.

Contudo, o tratamento seria um “voando as cegas” sem o auxílio primordial familiar e da escola no início, manutenção e generalização do tratamento. Segundo Heldt; Isolan; Mansur; Jarros (2013), considerando-se que o meio onde a criança ou adolescente estão inseridos é tão importante na concepção comportamental de distúrbio psicológico, pode-se antecipar que a intervenção será tanto mais efetiva quanto maior for a alteração nos elementos negativos que atuam sobre estes (familiares, institucionais etc). Conseqüentemente, a família e/ou escola apoiando o trabalho do psicólogo, além da intervenção ser mais eficaz, poderá também ser mais efetiva, isto é, alcançar mudanças mais duradouras.

Os adolescentes apresentam mais facilidade na identificação de sentimentos do que as crianças pequenas, devido a sua maturidade emocional. O terapeuta deve ensinar a considerar suas emoções e seu diálogo interno, portanto, essa prática tem de ser tornada envolvente a fim de que as crianças e adolescentes aprendam a prestar atenção nos seus sentimentos e pensamentos.

### **Atendimento para a Família**

A família, além da fonte primordial de informações sobre o adolescente no início e duração do processo terapêutico, é também fundamental base afetiva na colaboração para que todo trabalho para mudança de comportamento e realização de toda a atividade para reduzir ansiedade seja feito com eficácia. Para que isso aconteça, os pais e/ou responsáveis precisam colaborar, onde o terapeuta de início deverá fornecer todas as informações sobre o comportamento de um adolescente com TDAH, e no decorrer dos atendimentos instruir sobre quais as atividades o adolescente precisa realizar, sendo essencial o monitoramento familiar. As informações mais criteriosas do avanço da terapia serão fornecidas pela família.

O atendimento de crianças e de adolescentes implica, quase que invariavelmente, em um contato com a família ou cuidadores. Mesmo quando membros da família não estão fisicamente presentes, sua influência sobre a criança ou adolescente é inegável. A saúde da criança está relacionada às características físicas, sociais e emocionais dos pais, bem como às práticas parentais empregadas na educação, manejo de problemas, enfrentamento do estresse e cuidados com os filhos (American Academy of Pediatrics, 2003).

### **Atendimento para o Adolescente**

Por se tratar de uma tríade sintomatológica clássica, caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade, todo o trabalho inicial deverá estar no contexto de amenizar tais sintomas e no decorrer dos atendimentos observar o que está mais agravante pessoalmente e socialmente, para o adolescente.

Diante da realidade em que o adolescente se encontra e pela sua dificuldade de lidar com a situação, seu quadro costuma se agravar devido sua autoestima estar baixa. Com isso o terapeuta precisa trabalhar com ferramentas que elevem sua autoestima e descubra suas habilidades com intuito de desenvolvê-las através de interações com outros adolescentes através do lúdico.

Segundo Stroh (2010, s/p), o adolescente poderá desenvolver:

- Saber ouvir
- Iniciar uma conversa
- Olhar nos olhos para falar
- Fazer perguntas e dar respostas apropriadas
- Oferecer ajuda para alguém
- Brincar cooperando com o grupo
- Sugerir outras brincadeiras, usando sua criatividade
- Agradecer, falando obrigado
- Saber pedir por favor
- Manter-se sentada ou quieta por um período
- Saber esperar sua vez para falar ou jogar
- Ser amigável e gentil
- Mostrar interesse em algum assunto
- Respeitar o outro como um ser diferente que possui sentimentos e diferentes opiniões
- Dar atenção as outras pessoas
- Saber perder, entendendo que não se pode sempre ganhar.

Além destas, há a condição de outras atividades que ainda poderão ser realizadas tendo como foco a redução da ansiedade e também para o aumento da concentração.

### **A utilização do medicamento para tratar o TDAH**

O medicamento mais indicado no tratamento de TDAH são os estimulantes, por sua maior eficácia em um curto período de tempo e seu uso controlado não causar dependência. No Brasil, o mais comum utilizado é o de nome comercial Ritalina, que contribui para diminuir ou eliminar os principais sintomas.

Há profissionais médicos psiquiatras que afirmam que o tratamento de TDAH sem o uso de medicamento não terá um resultado satisfatório, porém a quem não concorda, e também seu uso nem sempre é bem recebido pelos pais, contudo, torna necessário

que seja observado as comorbidades primeiramente, e seu uso ter pausa depois de um período, conforme orientação médica.

### **Atendimento para a Escola**

O atendimento com a contribuição escolar é tão fundamental, como o auxílio da família, por se tratar de uma realidade onde o adolescente permanece grande parte de seu tempo com interações que poderão contribuir para o aumento ou diminuição dos sintomas. O diagnóstico somado a orientações sobre o quadro e dicas de como agir com relação ao transtorno, permitira a escola ter mais paciência e ajudar no controle comportamental do jovem.

Segundo Stroh (2010), com relação à escola, a psicopedagoga vai atuar junto aos coordenadores e professores, com o objetivo de levantar dados da rotina escolar do aluno, como seu rendimento nas disciplinas, sua organização na sala e com seu material, interesse na matéria, comportamento em sala de aula e nas atividades fora da sala, além de seu relacionamento com os colegas e professores. Durante o processo de aprendizagem, o psicopedagogo está voltado para o portador de TDAH, sempre considerando as realidades objetivas e subjetivas que habitam o entorno da criança e/ou adolescente. Além disso, deve considerar também o conhecimento em sua complexidade dentro de uma dinâmica, onde os aspectos afetivos, cognitivos e sociais se complementam.

De acordo com Banaco e Rangè (1998) o atendimento terapêutico com o adolescente na sua primeira entrevista deve-se dar com o estabelecimento do vínculo terapêutico onde é proposto para este cliente como será realizado a terapia, nesta primeira entrevista o terapeuta esclarecerá que a sua função não é de pai e nem de mãe, mas de um facilitador para auxiliá-lo a identificar suas crenças, comportamento, e trabalhar com as questões apresentadas como conflituosas entre ele e as pessoas que frequentam o mesmo ambiente (casa, escola ou trabalho). Dentro desta apresentação de como funciona a terapia, o profissional esclarecerá a questão do sigilo terapêutico, a transparência na terapia onde o cliente pode apresentar sua opinião sem correr o risco de ser censurado e de que o terapeuta também expressará sua observação desta fala.

### **METODOLOGIA**



A metodologia utilizada neste trabalho é qualitativa de caráter bibliográfico, segundo Gil (1999 p. 50) pesquisa bibliográfica: “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.” Dessa maneira, foram utilizadas pesquisa bibliográfica em livros e artigos científicos no site do *Scielo* e *Pepsic*. O trabalho foi desenvolvido no período de março a setembro de 2017.

O presente trabalho tem o foco a Terapia de Adolescentes com TDAH, utilizando-se a abordagem Cognitivo Comportamental.

## **ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS**

Por se tratar de um trabalho obtido exclusivamente por meio de pesquisas bibliográficas, foi cauteloso o critério para o uso de fontes confiáveis e mais atuais na medida do possível, revelando por assim dizer as características do perfil de um adolescente e a diferença com relação ao adolescente com TDAH, como se alcança um diagnóstico preciso neste caso e como contribuir para um melhor atendimento, lembrando que se for o caso de TDAH é considerado crônico, mas com apoio, determinação o uso correto do medicamento indicado pelo profissional médico psiquiatra, paralelo ao atendimento terapêutico é possível que o adolescente consiga ter uma vida “normal”. Segundo Desidério; Miyazaki (2007), “o TDAH é um problema crônico, pode ter um impacto significativo ao longo da vida, atingindo o desempenho acadêmico e as relações sociais e familiares”.

O acompanhamento psicoterapêutico de acordo com as pesquisas pode ser fundamental no que se refere a direcionamento do sintomas, busca precisa do quadro, com o empenho deste profissional em muitos casos os sintomas poderão diminuir reduzindo por assim dizer o uso de medicamentos que em muitas vezes contribuem para o aparecimento de comorbidades agravando a situação. O terapeuta sozinho não poderá ajudar esse adolescente, fase considerada como “conturbada” a cautela é imprescindível, pois diante de suas inconstâncias são considerados portadores de TDAH com grande facilidade, pois chegam com seus diagnósticos prontos, pedindo apenas para acompanhar, pois não sabem mais o que fazer.

Pela pesquisa foi possível observar que desde os primeiros estudos documentados, lá no século XVIII mudanças acontecem sempre quando se leva em consideração fatores psicológicos e biológicos, pois o homem como já mencionado é marcado pela filogênese, ontogênese e sociocultural, houve casos de melhoras até com diagnóstico neurológicos irreversíveis, diante do contexto onde o adolescente se encontrava, seu apoio e fatores citados

anteriormente, que por décadas confundiram e houve inúmeras mudanças nos critérios. Hoje o DSM V aponta critérios mais precisos, contudo não determinantes, pois em todas as etapas é difícil um diagnóstico exato, mas no caso do adolescente pelas suas características peculiares esse trabalho se torna mais laborioso.

Um fator primordial para um resultado mais satisfatório é desde o primeiro encontro terapeuta a realização e construção de um bom vínculo terapêutico favorecendo ao profissional a possibilidade de desenvolver novas estratégias, abrindo um leque para novas maneiras de trabalhar até então não exploradas pelo adolescente e envolvidos, possibilitando assim compreender o motivo real da queixa e como modificar o ambiente no qual o adolescente está inserido, tendo sempre um olhar nos comportamentos encobertos ou externos do cliente.

Por se tratar de um adolescente portador de TDAH, faixa etária que oscila entre a fase de criança e adulto com características de comportamento mais próximo da segunda fase, o atendimento precisa ser direcionado. Levando em consideração as características de um jovem que não se “enquadra” socialmente aos padrões desta faixa etária. Sua evolução é uma constante, apresentando um ritmo diferente dos demais, inclusive dos demais não portadores de TDAH.

O trabalho a ser realizado de início tem como objetivo trabalhar as contingências que propiciam a manutenção das comorbidades, principalmente as que aceleram seu comportamento de ansiedade, apoio no desenvolvimentodas habilidades existentes com o intuito de aumentar a autoestima e favorecer a concentração do adolescente.

Com relação à ansiedade um dos pontos a ser considerado muito importante é auxiliar o adolescente a se encontrar na sociedade, fator que costuma atrapalhar qualquer adolescente, mas que agrava quando se tem um quadro de TDAH, essa ajuda será o auxílio do adolescente de encontro ao “equilíbrio”, balanceada com as reais necessidades, levando em consideração as limitações do paciente e sua “maneira de ver o mundo”. Essas reais necessidades levam em consideração seu empenho acadêmico e convívio social que precisa ser orientado junto as suas relações familiares e escolares, sempre com o apoio destes envolvidos.

Analisando funcionalmente um adolescente com transtorno de TDAH precisa se deter ao contexto histórico e a dinâmica de sua realidade, estabelecer vínculo, reforçando seu interesse para que este se mantenha ao atendimento até alcançar uma estabilidade suficiente para seguir seu caminho. Além disso, de acordo com a abordagem cognitivo comportamental, torna-se importante o trabalho cooperativo do adolescente junto ao seu terapeuta com o

seguimento de regras, a utilização de quadros e metas com o objetivo de redirecionar crenças e comportamentos, fazendo com que o adolescente se sinta responsável por sua melhora através do auto monitoramento. Segundo Mesquita; Porto; Rangé; Ventura(2009, p.39) “a TCC ajuda o cliente a redirecionar sua atenção, reestruturar suas crenças de maneiras mais adaptativas e mudar o modo como se sente, modificar seus comportamentos e auxiliar nas habilidades sociais”.O trabalho do terapeuta está direcionado para a reestruturação do pensamento do adolescente para auxiliá-lo na socialização com os demais jovens.

Além do trabalho junto ao adolescente é importante que a família e a escola recebam orientações de como proceder diante das características apresentadas pelo jovem que estejam relacionadas com o quadro de TDAH e comorbidade presentes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para a psicologia, a adolescência é considerada como uma fase natural do desenvolvimento da pessoa. Pois inicia com fatores fisiológicos da puberdade e as transformações psicossociais que muitas vezes são confundidas com alguma disfunção orgânica através de diagnóstico equivocado.

A escolha do tema ocorreu em função do aumento do número de casos encontrados nos atendimentos psicológicos com adolescentes apresentando problemas de TDAH e comorbidades e o interesse pessoal, junto à disposição de orientação supervisionada.

A construção de um saber teórico sobre o tema possibilita aos terapeutas estratégias clínica que possibilitarão a efetivação da terapia, contribuindo para amenizar o sofrimento e o fracasso desses adolescentes.

A partir da compreensão destes fenômenos adolescência e TDAH focou-se o olhar para a criação de um ambiente reforçador,destrinchando das características adolescente com TDAH, o que pode levar a distorção do quadro e o que muitas vezes leva ao erro no diagnóstico. Caso se conclua que o quadro seja realmente de TDAH, a estratégia o comprometimento terapêutico será suporte fundamental para a redução dos sintomas. Deste a primeira entrevista o terapeuta precisa desenvolver habilidades construindo um bom *rapport*.

Nesse contexto, o primeiro passo ao ser destacado como primordial é o vínculo que o psicólogo tem que proporcionar ao atendimento do adolescente e família. Seguido de um agendamento de procedimentos e técnicas a fim de garantir o resultado satisfatório.

A abordagem cognitivo comportamental por se basear no presente, a interação a mudança ambiental e de pensamento é o foco, seu embasamento esta no estabelecimento de metas sempre com auxilio multidisciplinar e atuação compromissada do cliente. Seu objetivo é redirecionar o que contribui para o comprometimento do quadro atual, como crenças, ambientes, pessoas envolvidas, entres outras questões própria do adolescente. Segundo Heldt; Isolan; Mansur; Jarros (2013, s/p)“A TCC com crianças e adolescentes é promissora no sentido de que reconhece explicitamente a importância das variáveis cognitiva, comportamental, afetiva e socioambiental na etiologia e manutenção de transtornos emocionais.”

O trabalho com adolescente na TCC tem como objetivo reestruturar o pensamento do jovem, considerando o seu compromisso com o atendimento; que irá acarretar mudanças em todos os aspectos do desenvolvimento do jovem com TDAH.

## **REFERÊNCIAS:**

BANACO, Roberto Alves, RONGÈ Bernard. **Psicoterapia comportamental e cognitiva**. São Paulo: Editora PSY, 1998. pg 143-144

BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque; MORI, Nerli Nonato Ribeiro; PADILHA, Anna Maria Lunardi. **Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica** / prefácio. – Maringá : Eduem, 2013.

DESIDERIO, Rosimeire C. S. and MIYAZAKI, Maria Cristina de O. S. **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família**. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.) [online]. 2007, vol.11, n.1, pp.165-176. ISSN 2175-3539. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>.

DSM – V, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association, Porto Alegre: Artmed, 2015. xlv, 948 p.; 25 cm, 5ª ed. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>

FERNANDES, Ana Paula Amaral; DELL'AGLI, Betânia Alves Veiga; CIASCA, Sylvia Maria. **O sentimento de vergonha em crianças e adolescentes com TDAH.** *Psicol. estud.*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 333-344, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Mar. 2017.

GOMES, Cláudia R. A.; MELO, Mario R.J.; COUTO, Taciana de Souza. **Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão.** Recife abril 2010. [http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15\\_1/m202\\_09.pdf](http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v15_1/m202_09.pdf).

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo : Editora Atlas, 2008 p. 50.

HELDT, Elizeth; ISOLAN, Luciano; MANSUR, Maria Augusta; JARROS, Rafaela Behs. In: **Aprendizagem, Comportamentos e Emoções na Infância e adolescência: Uma Visão Transdisciplinar.** Organização: Elisabete Castelon Konkiewitz. Editora UFGD, Dourados, 2013; <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=2962>.

MACHADO, Beatriz; MOREIRA, Joelane; MORAES, Marcelo Eugenio de; SOUZA, Sônia Aparecida de Souza. **Psicoterapia com adolescente,** Londrina, Faculdade Inesul 2017.

MESQUITA, Cíntia Machado de; PORTO, Patrícia Ribeiro; RANGE, Bernard Pimentel e VENTURA, Paula Rui. **Terapia cognitivo-comportamental e o TDAH subtipo desatento: uma área inexplorada.** *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2009, vol.5, n.1, pp. 35-45. ISSN 1982-3746.

PAPALIA Diane E., OLDS Sally Wendkos, FELDMAN Ruth Duskin **Desenvolvimento Humano**. 8ª edição. Ed. Artmed 2006 p. 441

QUEIROZ, Elaine Morais. **Teorias da Aprendizagem**. Disponível em: [www.joinville.udesc.br/portal/professores/tatiana/.../apostila\\_\\_\\_material\\_extra.pdf](http://www.joinville.udesc.br/portal/professores/tatiana/.../apostila___material_extra.pdf). Acesso:20/04/2017.

REINHARDT, Marcelo C. and REINHARDT, Caciane A.U. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, comorbidades e situações de risco**. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2013, vol.89, n.2, pp.124-130. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.015>. Acesso em: 20/04/2017.

SALVADOR César Coll ; MARCHESI Álvaro ; PALACIOS Jesús ; Colaboradores. **Desenvolvimento Psicológico e Educação** - Vol.1 Psicologia Evolutiva 2º edição. Editora Penso, 2004 p. 335-336

SILVARES Edwiges Ferreira de Mattos, GONGORA Maura Alves Manes. **Psicologia Clínica Comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças**. 1º edição. São Paulo: Editora EDICON, 1998 p. 31-33

STROH, Juliana Bielawski. TDAH - **diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia**. *Constr. psicopedag.* [online]. 2010, vol.18, n.17, pp. 83-105. ISSN 1415-6954. Disponível:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542010000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542010000200007).

VIANNA, Renata Ribeiro Alves Barboza; CAMPOS, Angela Alfano; LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. **Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão**. *Rev. Bras.Ter. cogn.*, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 46-61, jun. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872009000100005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 mar. 2017.