



## Universidades Lusíada

Vian, Frederica

### **Terapia cognitivo comportamental de crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção**

<http://hdl.handle.net/11067/5568>

<https://doi.org/10.34628/szfa-k160>

#### **Metadados**

##### **Data de Publicação**

2019

##### **Resumo**

Pensar em psicoterapia como estratégia de intervenção terapêutica com crianças ou adolescentes com o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), pela natureza da sintomatologia desta entidade, pode parecer quase um contrassenso. Sabe-se que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade que aracterizam o quadro na infância se mantêm em cerca de 50 a 80 % na idade adulta tendo um impacto importante em variados domínios da vida do indivíduo. Tem havido uma grande ev...

Thinking about psychotherapy as a therapeutic intervention strategy with children or adolescents with the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), due to the nature of the symptomatology of this entity, may seem almost a contradiction. It is known that the inattention, hyperactivity and impulsivity that characterize ADHD in childhood remain at about 50 to 80% in adulthood and have an important impact on various domains of the individual's life. There has been a great evoluti...

##### **Palavras Chave**

Terapia cognitiva para crianças, Terapia cognitiva para adolescentes, Distúrbio de Hiperactividade com Déficit de Atenção Terapia Cognitiva

##### **Tipo**

article

##### **Revisão de Pares**

Não

##### **Coleções**

[ULL-IPCE] RPCA, v. 10, n. 2 (2019)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-27T04:49:27Z com informação proveniente do Repositório

**TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL DE  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO  
DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO**

**COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF CHILDREN  
AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT  
HYPERACTIVITY DISORDER**

**Frederica Vian**

*Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*

**Resumo:** Pensar em psicoterapia como estratégia de intervenção terapêutica com crianças ou adolescentes com o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA), pela natureza da sintomatologia desta entidade, pode parecer quase um contrassenso. Sabe-se que a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade que caracterizam o quadro na infância se mantêm em cerca de 50 a 80 % na idade adulta tendo um impacto importante em variados domínios da vida do indivíduo. Tem havido uma grande evolução dos conhecimentos acerca da etiologia, diagnóstico e tratamento, mas mantém-se a preocupação acerca das crianças e adolescente que, apesar do tratamento farmacológico, mantêm sintomatologia residual. Neste ponto, as intervenções psicossociais, onde se inclui a terapia cognitivo comportamental, têm conquistado terreno. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed com os termos Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção, Terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, crianças e adolescentes. Os resultados sugerem que a terapia cognitivo-comportamental para a PHDA em crianças e adolescentes é útil como estratégia de intervenção terapêutica psicossocial e que existem benefícios clínicos para esta população. As intervenções terapêuticas psicossociais, onde se inclui a terapia cognitivo comportamental, são importantes co-adjuvantes à terapêutica farmacológica na PHDA nas crianças e adolescentes. É necessária mais investigação científica sobre a sua eficácia.

**Palavras-chave:** Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção; Terapia cognitivo comportamental; Psicoterapia.

**Abstract:** Thinking about psychotherapy as a therapeutic intervention strategy with children or adolescents with the diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), due to the nature of the symptomatology of this entity, may seem almost a contradiction. It is known that the inattention, hyperactivity and impulsivity that characterize ADHD in childhood remain at about 50 to 80% in adulthood and have an important impact on various domains of the individual's life. There has been a great evolution of knowledge about etiology, diagnosis and treatment, but the concern remains about how children and adolescents that, despite the pharmacological treatment, maintain residual symptomatology. At this point, psychosocial interventions, including cognitive behavioral therapy, has gained ground. A bibliographic review was carried out through the research in the PubMed database, using the following keywords: "attention-deficit/hyperactivity disorder", "Cognitive Behavioral Therapy", "psychotherapy", "children" and "adolescents". The results suggest that the cognitive behavioral therapy for ADHD in children and adolescents is useful as strategy of psychosocial therapeutic intervention and that they experienced clinical benefit. Psychosocial therapeutic interventions, including cognitive behavioral therapy, are an important coadjutant to pharmacological therapeutics in ADHD in children and adolescents. More scientific research is needed on its effectiveness.

**Keywords:** Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder; Cognitive Behavioral Therapy; psychotherapy.

## Introdução

A PHDA é a Perturbação do Neurodesenvolvimento mais prevalente na infância afetando entre 3 a 10% das crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos (LaForett et al., 2008).

Estima-se que, aproximadamente, um terço das crianças com PHDA na infância mantenham critérios de diagnóstico na idade adulta (Banaschewski et al., 2015). Ou seja, olhar para a PDHA como uma Perturbação do Neurodesenvolvimento é assumir que existem funções de desenvolvimento que estão em causa na sua evolução normativa, neste caso, as funções de regulação do comportamento e da atenção, fundamentais para o desenvolvimento saudável e harmonioso do indivíduo.

Como consequência, o impacto desta perturbação a longo prazo, vai mais além da sintomatologia de desatenção, hiperatividade e impulsividade inerente ao quadro (LaForett et al., 2008). Ter PHDA aumenta o risco de desenvolver outras perturbações mentais e físicas, acarretando um impacto funcional em muitos domínios, nomeadamente, na realização académica, profissional, competências sociais e relações pessoais (Banaschewski et al, 2015).

Tendo em conta esta trajetória, uma abordagem terapêutica precoce, consistente e dirigida é fundamental para uma evolução favorável da doença, minimizando o impacto desta ao longo da vida.

### Intervir sobre a criança em desenvolvimento

Quando se procura estabelecer uma abordagem terapêutica de um problema na infância, qualquer que seja a patologia subjacente, é fundamental termos como princípio orientador, não apenas a supressão da sintomatologia, mas o bem-estar global da criança quer no seu contexto desenvolvimental, quer no seu contexto ambiental (Chronis et al., 2006).

No caso da PHDA, é importante referirmos que muitos comportamentos que caracterizam o quadro, como a dificuldade em sustentar a atenção ou o elevado nível de atividade, são normativos em determinados períodos do desenvolvimento e podem, ou não, ser vistos como prejudiciais consoante as expectativas de um determinado contexto (Daley et al., 2014).

Por exemplo, na terapia comportamental dirigida a crianças em idade escolar, devemos incluir consequências tangíveis, apresentadas na sequência direta do comportamento que pretendemos suprimir para que a criança compreenda de forma clara a sua ligação. No caso dos adolescentes, é fundamental considerarmos o seu desejo de autonomia, por exemplo, envolvendo-os mais ativamente no processo de tratamento (Chronis et al., 2006).

Relativamente ao contexto ambiental, por definição, a sintomatologia da PHDA deve ter um impacto negativo pelo menos em dois contextos diferentes (American Psychiatric Association., 2013). As abordagens terapêuticas devem ser então dirigidas aos diferentes contextos onde há desajuste. Ou seja, no caso das crianças e adolescentes, é fundamental delinear estratégias de intervenção em contexto familiar e escolar, trabalhando em conjunto com os pais e professores (Chronis et al., 2006).

Concluindo, a abordagem terapêutica mais eficaz depende de uma avaliação completa e integrada dos pontos fortes e fracos da criança ou adolescente, no seu estadio desenvolvimental e tendo em conta o ambiente em que ela está inserida (American Psychiatric Association., 2013).

### Limitações do tratamento farmacológico

A evidência da eficácia do tratamento farmacológico na PHDA é inegável (Banaschewski et al., 2015). Estima-se que cerca de 85% das crianças estão medicadas com psicoestimulantes com bons resultados no controlo do fenótipo comportamental inerente à perturbação (Banaschewski et al., 2015); na melhoria do desempenho académico; na diminuição dos comportamentos sociais negativos, como a agressividade e as dificuldades nas interações com os pares; na diminuição da conflitualidade nas interações com os pais (Chronis et al., 2006).

No entanto, existem algumas limitações: cerca de 30% das crianças e jovens não demonstram uma resposta totalmente eficaz à medicação no controlo da sintomatologia (Knight et al., 2008); existe a possibilidade de efeitos secundários (perturbações do padrão habitual de sono, cefaleias ou a perda de apetite, entre outros) que comprometam a adesão à terapêutica; o facto dos psicoestimulantes terem um tempo de ação limitado, faz com que haja um período do dia, normalmente ao final do

dia quando estão em casa com a família, em que já não se encontram sob o efeito da medicação, podendo até haver algum *efeito rebound*, o que, pode comprometer o funcionamento familiar (Pastura et al., 2004).

Apesar da eficácia da intervenção farmacológica no tratamento da PHDA estar bem estabelecida, abordagens puramente farmacológicas ficam aquém dos resultados que seriam ideais. Está validado que a terapia farmacológica combinada com estratégias cognitivo comportamentais permite melhorar de forma consistente quer as competências sociais, quer as interações com os pares e com os pais (Chronis et al., 2006), melhorando o prognóstico da perturbação (Chronis et al., 2006; Daley et al., 2014; Knight et al., 2008).

## **Método**

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed com os termos Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, Terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, crianças e adolescentes.

## **Resultados**

As intervenções terapêuticas não-farmacológicas ou psicossociais na PHDA compreendem várias abordagens nas quais se destacam como tratamentos bem estabelecidos com eficácia comprovada a terapia comportamental, onde se inclui, o treino parental e a modificação dos comportamentos em sala de aula (LaForett et al., 2008). Outras abordagens terapêuticas têm sido experimentadas, como a terapia cognitivo-comportamental individual, a ludoterapia, o treino de competências sociais, os estudos de *neurofeedback*, entre outras, no entanto, apesar de promissoras, ainda não existe evidência científica da eficácia destas abordagens.

### Terapia comportamental

Apesar destes estudos comparativos mostrarem que o uso de psicoestimulantes é mais eficaz no controlo dos sintomas da PHDA do que a terapia comportamental isoladamente, aferiu-se que, quer as famílias, quer as próprias crianças que recebem terapia combinada referem estar

muito mais satisfeitas com o tratamento. Para além disso, o uso combinado das duas abordagens terapêuticas possibilita o uso de doses mais baixas de psicoestimulantes reduzindo o risco de possíveis efeitos adversos (LaForett et al., 2008).

As terapias cognitivo comportamentais com as crianças com PHDA têm o objetivo de promover o controlo do comportamento através da melhoria das estratégias de resolução de problemas. Estas incluem uma série de técnicas cognitivas que lhes permitam fazer frente, com êxito, às tarefas escolares e às situações em que se exige o controlo dos comportamentos, como treino de auto-monitorização, auto-reforço, auto-instrução (Pastura et al., 2004).

Através das técnicas de auto-monitorização, a criança aprende a ser capaz de autonomamente observar, avaliar e registar o seu próprio comportamento, bem como os comportamentos a alterar, conduzindo a um melhor autocontrolo. Nas técnicas de auto-reforço, a criança aprende a aplicar o reforço a si própria, que pode ser negativo ou positivo, através de registo em fichas, acumulação de pontos, de cartões, ou autocolantes. Nas técnicas de auto-instrução, pretende-se que ocorra uma mudança de comportamento em que se alteram verbalizações internas ou pensamentos do indivíduo face a problemas ou situações nas quais fracassa com frequência, substituindo-os por outros mais adequados, a fim de obter êxito na sua realização (Daley et al., 2014).

Relativamente às técnicas comportamentais, destacam-se as técnicas de reforço positivo, período de pausa ou time-out, custo de resposta, sistema de pontos ou economia de fichas, entre outros (Chronis et al., 2006).

## Psicoeducação

A psicoeducação, ou seja, a formação acerca da natureza da PHDA junto da própria criança ou adolescente, junto da família, da escola ou dos pares, é unanimemente considerada na literatura como uma estratégia fundamental para minorar o impacto negativo da doença e melhorar o prognóstico, constituindo uma base importante de trabalho para todas as intervenções terapêuticas, quer sejam de cariz farmacológico ou psicossocial (LaForett et al., 2008).

Para além do estigma associado à doença mental, é frequente encontrarmos conceitos errados ou juízos morais acerca da natureza e etiologia desta perturbação que condicionam a forma como ela é encarada e manejada. É importante desconstruir a ideia da criança impaciente, desafiadora, que não cumpre regras, imatura, manipuladora e irrequieta e reconstruir a criança real: com dificuldades nas funções executivas, no controlo inibitório dos impulsos, na memória, no controlo da atenção e no adiamento da gratificação. A transmissão de uma informação validada, organizada e estruturada acerca da PHDA é muito importante para que, quer os pais quer os professores, se motivem a desenvolver estratégias de intervenção adequadas (Leal D. et al., 2015).

### Intervenções familiares

O fenótipo comportamental da PHDA tem consequências negativas na relação entre os pais e a criança com aumento os níveis de conflitualidade e de stress, comprometendo a qualidade da relação entre pais e filhos (American Psychiatric Association, 2013). É frequente encontrarmos famílias com estratégias educativas contraproducentes que acabam por manter ou até exacerbar os comportamentos que gostariam de ver extintos. Por esta razão, o treino parental é considerado uma intervenção de primeira linha, de eficácia comprovada em metas-análises, na abordagem terapêutica das crianças com PHDA, principalmente em crianças em idade escolar (Banaschewski et al., 2015). No fundo, consiste em trabalhar com os pais dotando-os de *insight* e fornecendo-lhes conhecimentos sobre técnicas e estratégias de carácter cognitivo-comportamental, para lidar com os seus filhos com PHDA: identificar e manipular os antecedentes e as consequências do comportamento dos filhos, fomentar e recompensar comportamentos desejáveis com elogios, recompensas, reforço e atenção positiva; e promover a extinção de comportamentos indesejáveis usando técnicas de extinção, *time-out*, *planned ignoring*, perda de privilégios, etc. Existem várias técnicas de intervenção manualizadas muito difundidas, não só para o âmbito na PHDA, como também para outras problemáticas, nomeadamente, do comportamento (Pastura et al., 2004).



A adolescência é um período do desenvolvimento no qual as intervenções psicossociais podem ser particularmente importantes tendo em conta a transição da infância para um papel de maior independência, menor supervisão e maior autonomia (Pastura et al., 2004). Por este motivo, considerando as tarefas inerentes a esta etapa do desenvolvimento, o treino parental não é considerado tão eficaz (Banaschewski et al., 2015). Nesta faixa etária, é importante considerar a importância do envolvimento do adolescente do planeamento do processo terapêutico, fomentando a sua capacidade de colaboração com os professores, a vontade de assumir uma maior responsabilidade nas estratégias de organização, gestão do tempo e utilizando estratégias de auto-monitorização (Chronis et al., 2006).

### Intervenções em contexto escolar

Tal como no treino parental, o trabalho conjunto com o/os professor/professores da criança é considerado de grande importância na intervenção terapêutica estando a sua eficácia também comprovada. Muitos das dificuldades das crianças com PHDA, afetam muito significativamente o seu comportamento em sala de aula e a sua capacidade para aprender, resultando frequentemente num baixo rendimento académico e em dificuldades de funcionamento em contexto escolar.

Para além da psicoeducação acerca do quadro fenotípico da perturbação, um trabalho conjunto entre técnico e escola permite capacitar o professor de estratégias cognitivo-comportamentais a serem aplicadas em contexto de sala de aula: técnicas de recompensa, reforço positivo, *planned ignoring*, *time-out*, contatos comportamentais, etc (Chronis et al., 2014).

Outro aspeto importante é a modificação dos contextos, como o espaço físico e a forma como o espaço está organizado, o local onde a criança se senta, a acessibilidade do professor à criança e vice-versa, a utilização ou não de materiais sinalizadores do tempo, das regras, tudo isto pode alterar o desempenho da criança com PHDA em contexto escolar (Pastura et al., 2004). A remoção de fatores de distração na sala de aula e o melhor planeamento do conteúdo lecionado de acordo com as dificuldades inerentes à PHDA fazem a diferença na

evolução do quadro (Daley et al., 2014).

Uma boa comunicação entre a escola e a família, com estratégias e objectivos definidos em comum, a utilização de recursos com *behavior report cards* têm mostrado empiricamente bons resultados (Daley et al., 2014).

No caso dos adolescentes com PHDA, a transição para um período escolar com mais exigências e menor supervisão pode levantar muitos desafios. As estratégias comportamentais nesta faixa etária, não são tão dirigidas às intervenções do professor com a criança, mas dirigidas ao próprio adolescente, procurando dotá-lo de estratégias organização de tarefas e métodos de estudo, resolução de problemas por etapas e competências sociais essenciais.

### Intervenções curriculares

As adaptações curriculares, devem ser dirigidas às dificuldades específicas da criança ou adolescente, tendo em conta as dificuldades nas funções executivas. Por exemplo, pode ser útil estruturar as perguntas para que sejam mais curtas e concretas, permitir avaliar conhecimentos por avaliações orais, por questões de resposta múltipla ou fornecer tempo suplementar para acabar os testes (Leal D. et al., 2015). Em alguns casos, consoante as dificuldades de aprendizagem, poderá ser necessário acompanhamento em ensino especial (Leal D. et al., 2015).

### Conclusão

Os estudos realizados ao longo de vários anos, demonstram que a intervenção terapêutica com psicoestimulantes e a aplicação de procedimentos cognitivo comportamentais quando usados em separado não melhoram significativamente o comportamento das crianças com PHDA nas suas diferentes áreas afetadas, nem são eficazes para manter e generalizar as mudanças favoráveis que se verificaram nalguns casos (Chronis et al., 2004). Os resultados pouco satisfatórios obtidos por ambos os métodos aplicados por si sós, levaram a investigação científica a debruçar-se sobre a eficácia das intervenções conjugadas, resultantes da combinação de terapias farmacológicas e cognitivo-comportamentais.

A literatura existente, atualmente suporta a eficácia da terapia comportamental, nomeadamente do treino parental e das intervenções em contexto de sala de aula, como estratégias eficazes no tratamento da PHDA, em combinação com a terapêutica farmacológica. Nos ensaios clínicos realizados, os grupos estudados que receberam terapia farmacológica combinada com terapia comportamental, apresentaram uma redução dos sintomas principais da PHDA bem como melhorias no funcionamento global, onde se destacam, melhoria das competências sociais, nas relações familiares, nas relações com os pares, na diminuição de comportamentos de oposição e agressividade e de sintomas internalizantes (Daley et al., 2014).

Verificou-se que a medicação consegue efeitos mais imediatos controlando eficazmente os comportamentos inadequados, apesar desses efeitos se manterem apenas a curto prazo. Já a terapia comportamental demonstrou ser mais eficaz no aumento do rendimento académico, embora existam igualmente dúvidas relativamente à manutenção das melhorias a longo prazo (LaForett et al., 2008).

É unânime que uma boa abordagem terapêutica exige uma intervenção pluridisciplinar incluindo os diferentes meios onde a criança ou adolescente está inserido, sendo que esta é a melhor forma para adaptar os recursos existentes em função da funcionalidade individual de cada criança e da sua família (Daley et al., 2014). Existem evidências desta intervenção ao nível do melhor controlo da agressividade em contexto familiar, maior satisfação por parte dos pais que participam como agentes ativos no tratamento, possibilidade de redução das doses do fármaco prescrito, maior funcionalidade e diminuição da gravidade dos sintomas (Daley et al., 2014).