



ARTIGO DE REVISÃO

Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes

Juliana da Rosa Pureza^a

Agliani Osório Ribeiro^b

Janice da Rosa Pureza^c

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa^d

^a Psicóloga e mestre em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (São Leopoldo/RS).

^b Psicóloga e especialista em Psicologia Clínica pela WP Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (Porto Alegre/RS).

^c Psicóloga e doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Porto Alegre/RS).

^d Psicóloga e professora-pesquisadora na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Porto Alegre/RS).

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Resumo

Embora a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com crianças e adolescentes esteja crescendo significativamente no contexto das psicoterapias, atualmente ainda são poucos os profissionais que têm conhecimento de como é realizada a terapia de crianças e adolescentes na abordagem cognitivo-comportamental. Este artigo tem como objetivo apresentar um panorama geral sobre os aspectos teóricos

e práticos da TCC com crianças e adolescentes. São apresentadas as características da TCC com crianças e adolescentes, assim como as principais diretrizes para a avaliação da TCC na infância e adolescência e para o treino de pais. Ainda, são descritas as principais intervenções cognitivas e comportamentais na infância e adolescência, de modo a desfazer mitos e confusões acerca da aplicação das técnicas. Em seguida é apresentado o caso clínico de uma criança atendida em TCC, de modo a servir como exemplo ilustrativo e proporcionar um maior entendimento acerca do manejo e adequação das técnicas aos objetivos da TCC com crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Crianças; Adolescentes.

Abstract

Although cognitive-behavioral therapy - CBT focused on children and adolescents has been growing significantly in the context of psychotherapy, still nowadays there are few professionals who have adequate knowledge of how cognitive-behavioral approach for children and adolescents is performed. This article aimed to present an overview of the theory and practice of CBT with children and adolescents. The characteristics of CBT with children and adolescents were presented, as well as the main guidelines for the evaluation of CBT in childhood and adolescence and training programs for parents. Still, the main cognitive and behavioral interventions in childhood and adolescence have been described in order to demystify myths and confusion about the application of techniques. Then a clinical case of a child that has received psychological treatment in CBT was described in order to serve as an example and provide a greater understanding of the management and adequacy of the interventions and techniques with the goals of CBT with children and adolescents.

Keywords: Cognitive behavior therapy; Children; Teenagers.

Introdução

A psicoterapia com crianças é uma área que vem sendo foco de interesse nos últimos anos, especialmente no âmbito de promoção e prevenção¹. De fato, recentemente o tratamento psicológico de crianças e adolescentes tem sido considerado não apenas como uma medida terapêutica, mas principalmente como uma forma de prevenção de doenças mentais e de promoção de saúde². Soma-se também a esses fatos o movimento em defesa e de valorização de diagnósticos precoces na infância visando a tratamentos mais eficazes e prevenção de psicopatologias na vida adulta¹.

Uma das abordagens teóricas atuais que tem apresentado propostas terapêuticas no que se refere ao atendimento de crianças e adolescentes é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). No contexto das psicoterapias, a TCC é uma abordagem teórica que pode ser considerada recente, desenvolvida nos anos 60 por Aaron Beck a partir do pressuposto de que o modo como o paciente processa e interpreta as situações é o que gera o sofrimento³. O objetivo da Terapia Cognitivo-Comportamental é atingir a flexibilidade e ressignificação dos modos patológicos de processamento da informação, uma vez que se postula que os indivíduos não sofrem pelos fatos e situações em si, mas pelas interpretações distorcidas e rígidas que fazem dos mesmos⁴. Já é possível encontrar na literatura evidências científicas de que essa modalidade de tratamento é eficaz para um grande número de patologias psiquiátricas e demandas psicológicas^{5,6}.

Essa abordagem teórica orientada para a clínica foi primordialmente direcionada para o atendimento de adultos, uma vez que algumas das técnicas inicialmente utilizadas requerem certo grau de maturação cognitiva^{4,7}. Entretanto, observa-se que, a partir da década de 1980, os trabalhos relacionados à Psicoterapia Cognitivo-Comportamental com crianças e adolescentes começam a crescer e apresentar maior consistência⁸, o que pode estar relacionado aos modelos construtivistas dentro da abordagem cognitivo-comportamental^{9,10,11}, que enfatizam o papel proativo e dinâmico dos indivíduos em suas experiências. Essas abordagens retomam a importância das intervenções focadas nas emoções e do caráter interpessoal de construção do conhecimento. A chamada terceira onda em Terapia Cognitivo-Comportamental¹², que propõe intervenções que enfocam o papel adaptativo das emoções, possibilitou uma ampliação de visão e aprimoramento dos tratamentos em TCC com crianças e adolescentes.

Nessa mesma linha de raciocínio, observam-se, no senso comum, algumas crenças equivocadas que sustentam que a abordagem cognitivo-comportamental não possa embasar a psicoterapia com crianças e adolescentes. Essa dificuldade em vislumbrar a aplicabilidade da TCC na infância acabou gerando diversos “mitos” acerca de sua realização, o que muitas vezes dificulta a divulgação e o acesso à psicoterapia infantil e adolescente nessa abordagem teórica e também pode estar relacionado a esta ser uma área que ainda necessita de desenvolvimento e investimento. Os principais mitos sobre a TCC na infância e adolescência podem ser identificados no Quadro 1.

Mito	Realidade
A TCC com crianças e adolescentes ocorre exclusivamente no tratamento das alterações de comportamento.	Atualmente a literatura tem descrito a efetividade da TCC para problemas internalizantes, como ansiedade e depressão.
A prática da psicoterapia cognitiva é diferente em seus princípios básicos com adultos e com crianças e adolescentes.	A TCC com crianças e jovens e com adultos apresenta os mesmos princípios básicos, diferenciando-se na forma de acesso e nas técnicas utilizadas, que ocorrem principalmente no contexto lúdico da criança.
A TCC com crianças e adolescentes exige um desenvolvimento cognitivo que as crianças e jovens ainda não possuem.	A TCC com crianças e adolescentes utilizar-se-á da criação de linguagens (muitas vezes não verbais) para acessar o funcionamento cognitivo da criança e do adolescente.
Apenas as crianças mais as velhas, no final da infância, poderão ser atendidas na TCC.	Uma revisão ¹³ de 101 estudos de terapia cognitiva com crianças mostrou que 79% dos estudos incluíam crianças com menos de 10 anos de idade.

Ao contrário do que muitas vezes é imaginado acerca da TCC com crianças e adolescentes, existem diversas semelhanças no que se refere a essa abordagem de atendimento com a abordagem utilizada com adultos. Principalmente, destaca-se, por exemplo, o foco no presente, o objetivo de mudança comportamental e cognitiva, a utilização de sessões estruturadas, entre outros. Todavia, a abordagem com crianças e adolescentes difere-se no que tange ao tipo de intervenção realizada, que terá como base a criação de linguagens (muitas vezes não verbais) para acessar o funcionamento cognitivo da criança e adolescente. Além disso, o tratamento com crianças também tem outros pontos diferenciados, como a intervenção com os pais, que muitas vezes consiste em uma grande, e às vezes até maior, parte do tratamento. Assim sendo, o foco das intervenções em TCC com crianças e adolescentes, além de centrar na ativação e entendimento das emoções – as quais os jovens têm dificuldade de diferenciar dos pensamentos –, também deve trabalhar em termos de pensamentos adaptativos e não adaptativos (“que ajudam e não ajudam”)^{4,14}.

Atualmente ainda são poucos os profissionais da psicologia que têm conhecimento e realizam atendimentos com crianças e adolescentes na abordagem cognitivo-comportamental. Ainda existem muitas crenças distorcidas que complicam a interlocução entre diferentes linhas teóricas, dificultando, muitas

vezes, a discussão de casos e o encaminhamento de pacientes. O desconhecimento de como é possível de realizar TCC com crianças e adolescentes é reforçado pela crença distorcida de que a TCC com jovens seria uma transposição direta das técnicas utilizadas com adultos, o que certamente não tornaria esse campo de intervenção efetivo. A ainda escassa divulgação de estudos científicos sobre efetividade de técnicas específicas para crianças e adolescentes, assim como protocolos de intervenção cientificamente desenvolvidos e testados, também favorece esse desconhecimento e as dificuldades de encaminhamento dos jovens para a clínica em TCC. Dessa forma, o objetivo deste artigo é apresentar um panorama geral sobre os aspectos teóricos e práticos da TCC com crianças e adolescentes.

Avaliação da TCC na infância

Cada vez mais se pode constatar que crianças e adolescentes chegam aos consultórios de psicologia buscando auxílio para problemas emocionais e comportamentais, que podem acarretar prejuízos para a sua qualidade de vida e desenvolvimento subsequente. Nesse sentido, é fundamental que os terapeutas procurem obter uma compreensão global do funcionamento da criança nos seus diversos contextos e consigam identificar os aspectos e/ou sintomas que dificultam sua adaptação na rotina diária, assim como o papel que os aspectos cognitivos exercem na etiologia desses problemas e transtornos². Ressalta-se também o caráter focal e diretivo da TCC, que demanda uma avaliação diagnóstica devidamente conduzida^{3,4}.

Por conseguinte, a prática da avaliação infantil na TCC necessita que alguns aspectos importantes sejam considerados: a) identificação e compreensão das queixas da criança e/ou do adolescente e b) processo de conceitualização cognitiva. Normalmente, os porta-vozes das queixas e sintomas são os pais e/ou cuidadores. Torna-se importante a realização de uma completa entrevista de anamnese, pois é através desse processo que se obtém uma melhor compreensão de aspectos emocionais (vínculos estabelecidos, humor prevalente, como reage às diversas situações vivenciadas), psicossociais (relacionamento familiar, interpessoal, acadêmico) e que são planejadas e direcionadas futuras condutas. A prática clínica da TCC demonstra que, quanto mais completa for a anamnese a respeito da criança e do adolescente, melhor será o planejamento e a condução do caso. Essa etapa da avaliação infantil permite a utilização de escalas e questionários a serem respondidos pelos pais e, muitas vezes, pela própria criança, professor ou outro profissional específico que tenha contato direto com a mesma^{4,2}.

Mais especificamente, na realização de uma avaliação infantil no atendimento da TCC, devem-se investigar os dados relativos à história pregressa da criança –gestação, parto puerpério, doenças maternas e outras intercorrências –, assim como as condições do seu desenvolvimento – desenvolvimento neuromotor e linguagem, alimentação, hábitos desenvolvidos pela criança e história familiar (condições de saúde, econômica, ocupacional, religião e outros). Além disso, compreender como a criança se relaciona

com seus pais, irmãos e outros membros da família é extremamente útil para a construção das hipóteses diagnósticas do caso¹⁵.

A vida escolar (no caso da criança já frequentar maternal ou escola regular) também deve constar num trabalho de avaliação infantil, pois o desempenho acadêmico e o relacionamento com pares fornecem dados que podem contribuir de maneira específica nesse processo. Como a criança se comporta na sala de aula, como é sua relação com figuras de autoridade e como ela se adapta às normas específicas da instituição escolar são dados valiosos no processo investigativo dos aspectos cognitivos e comportamentais das crianças e adolescentes. É fundamental que essa anamnese busque a identificação dos primeiros sintomas e da evolução das dificuldades cognitivas e comportamentais apresentadas pela criança. A investigação da história pregressa contribui de forma significativa para a caracterização do surgimento dos sintomas e dificuldades comportamentais apresentadas pela criança e pelo adolescente no atendimento da TCC¹⁶.

A partir da realização da anamnese, o próximo passo do tratamento consiste na conceitualização cognitiva do caso. Na TCC esse processo é fundamental para um perfeito entendimento e planejamento das práticas terapêuticas a serem trabalhadas com o paciente^{2,17}. A conceitualização cognitiva na TCC da infância e adolescência denota alguns aspectos diferenciados no que se refere ao mesmo processo na TCC para pacientes adultos, pois devem ser consideradas, sempre, as características da criança, assim como a etapa do desenvolvimento em que esta se encontra e o contexto em que está inserida².

Como a TCC tem como foco o papel que os aspectos cognitivos exercem na etiologia das dificuldades e/ou transtornos emocionais e comportamentais nas crianças, é comum a utilização de protocolos específicos no processo de conceitualização cognitiva. De modo geral, esses protocolos procuram abarcar, principalmente, as seguintes demandas: a) identificação das dificuldades atuais da criança; b) fatores importantes da infância; c) a percepção que a criança tem de si e dos outros, assim como a percepção que a família tem da criança, sempre procurando identificar as principais emoções, pensamentos e comportamentos relativos à criança e seus familiares, assim como as crenças relacionadas, as estratégias compensatórias e as consequências de cada situação^{8,18}.

Os protocolos de conceitualização cognitiva infantil devem ser revisados e reavaliados durante todo o processo de atendimento psicoterápico, já que a TCC de crianças e adolescentes é um processo dinâmico e sofre alterações constantes, mais rápidas às vezes do que no atendimento de adultos, o que é mais um ponto que reforça a importância da psicoterapia com jovens nessa abordagem teórica. Alguns autores ressaltam modelos de conceitualização cognitiva que enfatizam o enfoque nas diferentes intensidades emocionais específicas de cada situação, assim como a capacidade para a resolução de problemas nas diferentes situações conflitivas. Nessa investigação, deve-se ter como foco central os pensamentos relacionados aos problemas atuais da criança e quais as dificuldades no processamento das informações relativas aos comportamentos disfuncionais da criança².

Esse processo de realização da conceitualização cognitiva é fundamental para a realização do diagnóstico na TCC infantil, assim como para o planejamento terapêutico a ser implementado. No caso da TCC infantil, algumas técnicas e recursos podem ser utilizados no processo de conceitualização e diagnóstico, como desenhos, brinquedos, jogos e outros. Deve-se levar em conta qual a forma de acesso cognitivo é mais eficaz com determinado paciente. Um recurso bem interessante e disponível para os terapeutas cognitivos da infância e adolescência vem a ser os Baralhos das Emoções, Pensamentos e Comportamentos, instrumentos que facilitam ao terapeuta o acesso aos conteúdos cognitivos da criança^{19,20,21,7}.

Intervenções terapêuticas com crianças e adolescentes

Trabalhando com os pais

As intervenções com pais na TCC de crianças e adolescentes podem ocorrer de diferentes formas e em diferentes momentos do tratamento, de acordo com a demanda. De um modo geral, com crianças de 0 a 6 anos o trabalho com os pais é indispensável, muitas vezes constituindo a grande ou maior parte do tratamento². A partir dessa idade, com crianças mais velhas e com adolescentes, esse trabalho é considerado desejável, sendo um fator de fortalecimento e de sucesso do tratamento.

Os pais e cuidadores, ao participarem do atendimento da criança ou do adolescente, podem desempenhar diferentes papéis no tratamento: facilitadores – a intervenção é predominantemente focada na criança, e os pais são envolvidos apenas para tomarem consciência das intervenções que estão sendo realizadas com as crianças; coclínicos – o papel dos pais é mais ativo no tratamento, com a finalidade de entender a intervenção, acompanhar e fiscalizar o uso de estratégias clínicas e auxiliar na realização do atendimento; clientes – o foco do tratamento será direto no funcionamento cognitivo e comportamental dos pais, e estes serão ajudados a reavaliar suas crenças sobre os filhos e mudar seus padrões comportamentais².

É fundamental ressaltar a importância do vínculo do terapeuta com os pais como um fator fundamental e imprescindível de qualquer atendimento de TCC para crianças e adolescentes. Nessa modalidade de atendimento, os pais serão a principal fonte de dados do terapeuta, muitas vezes os principais agentes de mudança na vida da criança, além de serem responsáveis de forma concreta (no que tange ao comparecimento e pagamento) pelo tratamento, sendo o rompimento do vínculo com os pais um dos principais fatores de risco para o abandono do atendimento^{15,7}.

Treino de pais

Dentro dessa perspectiva acerca do trabalho com os pais na psicoterapia de crianças e adolescentes, é comum a realização de programa de treino de pais (TP) no tratamento cognitivo-comportamental de crianças de adolescentes. O TP possibilita ao terapeuta investigar, focar e modificar aspectos cognitivos e comportamentais dos pais no que se refere ao comportamento do seu filho. Na prática clínica, é possível observar mudanças positivas, às vezes mais rápidas, no comportamento infantil quando os pais conseguem compreender os sintomas e o funcionamento da criança e atuar de forma positiva nesse processo, possibilitando mudanças nas ações e atitudes dos seus filhos.

O TP na TCC da infância e adolescência vem a ser um programa de psicoeducação e orientação dos pais e tem por meta ajudar e estimular os mesmos no manejo e condução das crianças com dificuldades de comportamento que apresentam prejuízos em seu funcionamento e qualidade de vida. Essa abordagem instrumentaliza os pais para o aprendizado e o uso de técnicas e estratégias para o manejo de situações específicas, favorecendo a aprendizagem de comportamentos mais adaptativos para pais e crianças^{22,23}.

Na prática, pode-se perceber que os programas de TP trazem alguns benefícios para a TCC infantil: a) possibilitam aos pais uma melhor compreensão do papel dos mesmos no tratamento do seu filho(a); b) fornecem um espaço “adequado” para que eles possam trocar informações e falar a respeito das dificuldades vivenciadas na criação e educação das crianças; c) propiciam a transferência do controle do terapeuta para os pais, pois, com o aprendizado, estes acabam gerenciando de modo mais adequado e eficaz as diversas situações envolvendo seus filhos²⁴.

De modo geral, os programas de TP vêm demonstrando eficácia no manejo de situações específicas, como comportamentos disfuncionais (birras, intransigência, comportamento opositor), e propiciam um melhor desenvolvimento de habilidades sociais em crianças com dificuldades de relacionamento interpessoal e problemas comportamentais^{4,22,23}. Além disso, podem ser aplicadas às mais diversas condições clínicas, como: transtornos disruptivos, principalmente o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Desafiador Opositor (TDO), transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtornos globais do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e outros, estimulando e promovendo o desenvolvimento de competências funcionais nessas famílias^{25,23}.

A prática clínica demonstra que os transtornos disruptivos são os quadros clínicos que mais vêm sendo contemplados por programas de TP, pois essas abordagens auxiliam os pais na aquisição de recursos importantes para o relacionamento familiar, estimulando as capacidades de comunicação, assertividade e civilidade^{22,26}. Esses transtornos costumam ocasionar prejuízos antissociais importantes, gerando comprometimento nas áreas familiar, social e escolar, sendo também uma das causas de evasão escolar para as crianças que apresentam tais sintomas e comportamentos²⁴.

Devido à importância desse recurso na TCC de crianças e adolescentes, os programas de treinamento parental podem apresentar modalidades diferenciadas, dependendo do quadro clínico em tratamento. No que se refere à modalidade de atendimento, o mais comum é a utilização de programas de atendimento grupais de TP, porém esses treinamentos podem também ser realizados no modo individual, abrangendo somente a criança e seus pais^{25,23}. Os protocolos de TP costumam seguir alguns pressupostos, como: avaliação das características das crianças e suas famílias, apresentação do programa para os pais, processo de psicoeducação parental a respeito das condições clínicas e comportamentais das crianças, ensinamento de técnicas e manejos específicos para cada situação ou quadro clínico, com o objetivo de estimular comportamentos mais adaptativos e saudáveis nas crianças e seus pais. Por último, é realizada uma avaliação geral do programa e seus efeitos na vida das famílias participantes. Nesse processo, o terapeuta pode fazer uso de instrumentos diversos, como escalas, questionários, inventários, entrevistas e outros, assim como protocolos específicos podem ser desenvolvidos ou adaptados, sendo o mais utilizado o modelo de Barkley (1997) nos programas de TP^{23,27}.

Entre as temáticas mais trabalhadas nos programas de TP, encontram-se as técnicas de Manejo de Contingências e o Treinamento de Habilidades Sociais, assim como o processo de Psicoeducação Parental. Porém, a escolha das técnicas específicas depende do quadro clínico em questão e dos objetivos do programa, e muitos recursos encontram-se à disposição do terapeuta, como estimulação de habilidades para Resolução de Problemas, Monitoramento de Comportamentos (economia de fichas), Manejo de Ansiedade e Estresse, entre outros^{28,29,30,31,32}.

Em geral, os programas de treinamento parental são desenvolvidos em um período de tempo específico, sendo comum o total de 12 sessões, que ocorrem uma vez por semana. Além disso, considerando-se as novas configurações familiares comuns na atualidade, é necessário comentar que esses treinamentos podem contar com a participação de outros membros da família, como avós, tios e outra pessoa diretamente ligada ao comportamento infantil, assim como a comunidade escolar, pois a mudança de comportamento da criança no meio escolar pode ser um dos objetivos na TCC²³.

Trabalhando com a criança

O trabalho do terapeuta na TCC com crianças e adolescentes começa antes da chegada do paciente, já na preparação da sala e na eleição dos brinquedos. A sala deve contemplar alguns cuidados básicos (como a presença de um banheiro, por exemplo), além de brinquedos variados, que possam auxiliar a criança em processos de expressão (como, por exemplo, desenhos e argilas), processos de identificação (como bonecos da família, animais e outros personagens), além de jogos estruturados (tanto cooperativos quanto competitivos, que permitem a avaliação dos processos da criança). Além disso, pode ser interessante também a presença de brinquedos úteis para metáforas no trabalho de reestruturação cognitiva (como lentes de aumento, óculos, balanças, entre outros). É importante, ao iniciar o atendimento,

sempre verificar a preferência e história da criança, de modo a adaptar os materiais e brinquedos antes da sessão. Ainda, como a criança é capaz de entender a lógica das coisas, mas seu pensamento ainda está em desenvolvimento, recursos para representação concreta dos conceitos também são necessários⁷. É fundamental que, na primeira sessão com a criança, os pais sejam orientados a explicar para ela o porquê de ela estar indo a um psicoterapeuta. É interessante incluir toda a família no problema, de modo a eliminar o aspecto punitivo do tratamento. A partir dessa primeira sessão, conforme a demanda e o diagnóstico da criança, serão aplicadas as técnicas cognitivas e comportamentais, que serão descritas mais detalhadamente a seguir.

Intervenções com crianças e adolescentes

Técnicas para identificação de pensamentos e sentimentos

É durante a primeira infância que as emoções humanas começam a se desenvolver, formando um padrão característico e atuando na formação da personalidade³³. Independentemente do diagnóstico da criança, é importante que ela saiba identificar suas emoções e as dos outros, pois isso interferirá nos tipos de relacionamento que serão estabelecidos ao longo da vida. As emoções são um misto de sensações subjetivas e de estados fisiológicos os quais todas as pessoas vivenciam e expressam de diferentes maneiras e, ainda que as emoções sejam respostas subjetivas do indivíduo, elas são praticamente as mesmas em todas as culturas do mundo³⁴.

Para ajudar as crianças a conhecer e identificar as emoções, Caminha e Caminha (2011) desenvolveram o Baralho das Emoções. Esse baralho é formado por 24 cartas, cada uma contendo a expressão de uma emoção. Entre elas estão incluídas seis cartas com as emoções básicas, ou seja, as primeiras emoções sentidas desde muito pequeno, que são o amor, a tristeza, a alegria, a raiva, o medo e o nojo. Essas emoções vão se estendendo para emoções mais complexas ao longo do desenvolvimento da criança³³.

Outra maneira que pode ser utilizada para ajudar as crianças a identificarem suas emoções e também seus pensamentos é a técnica chamada de Relógio dos Pensamentos-Sentimentos. Esse relógio é feito durante a sessão juntamente com o paciente, e no lugar dos números o paciente vai desenhar pequenos rostos representando as emoções. A ideia é ajudar a criança a perceber e entender seus sentimentos e mostrar a ela que as emoções mudam e passam assim como mudam as horas. Através dos ponteiros, a criança pode indicar o que está sentindo naquele momento, e o terapeuta pode ajudá-la a identificar que pensamentos a estão levando a sentir-se assim³⁵.

Quando se trabalha com crianças, deve-se levar em consideração a idade em que se encontra e a etapa do seu desenvolvimento para a escolha da técnica ou intervenção mais adequada. Crianças pequenas

costumam não corresponder bem a perguntas ou assuntos diretivos. Por isso, para essas crianças conseguirem identificar suas emoções, podem-se utilizar Técnicas de Elaboração de Histórias. Essas histórias devem ser parecidas com a situação vivenciada pela criança e que está gerando determinadas emoções no seu cotidiano. Os personagens podem ser animais ou qualquer personagem que não se remeta diretamente ao paciente. Dessa forma, a criança consegue se identificar com a situação e o personagem, podendo dizer, mesmo que indiretamente, o que está sentindo ou mesmo pensando.

Técnicas para psicoeducação

A psicoeducação tem a importante função de orientar o paciente quanto a seu funcionamento, diagnóstico, sintomas e sobre o próprio tratamento, facilitando o processo de mudança¹⁵. Na psicoterapia infantil, a técnica da psicoeducação costuma ser feita tanto com os pais quanto com a própria criança, mas a forma como será feita deverá respeitar a idade e o grau de desenvolvimento em que o paciente se encontra. Com crianças menores, pode-se fazer uso de uma Psicoeducação Indireta, ou seja, através de metáforas, de histórias ou de personagens que não se refiram diretamente a elas. Para comportamentos agressivos, por exemplo, pode-se trabalhar com a Metáfora do Super-Herói Incrível Hulk*², por exemplo, identificando, juntamente com a criança, o sentimento de raiva, como aparece no corpo e o que ele faz quando se sente assim. Também se pode utilizar a Metáfora do Vulcão, que representa o corpo humano, e a lava como sendo a raiva, pois o vulcão começa a esquentar até que entra em erupção e de dentro dele sai a lava.

O contato com histórias é comum na infância, o que faz com que as crianças sintam-se à vontade lidando e conversando sobre histórias e contos¹⁵. A história “De minha boca saem cobras e lagartos”, por exemplo, fala sobre um menino que vai sendo dominado por cobras e lagartos que saem de sua boca a todo instante, e assim as outras pessoas começam a se afastar dele. Através dessa história, pode ser feita a psicoeducação da agressividade, dos sentimentos do menino e da repercussão que seus comportamentos têm diante de outras crianças³⁶.

Uma Psicoeducação Diretiva também pode ser bastante útil com crianças, contanto que mantenha o caráter lúdico da infância. Para psicoeducar como os sentimentos aparecem no corpo, a criança pode, por exemplo, desenhar o formato do corpo ou desenhar um menino ou menina, escolher uma cor que represente as emoções mais frequentes e pintar onde elas aparecem no corpo, o tamanho em que aparecem e o formato com que a representam.

*O Incrível Hulk é um personagem de histórias em quadrinhos que representa o perigoso alter-ego do Dr. Robert Bruce Banner, um cientista atingido por raios gama durante uma operação científica para salvar um adolescente durante o teste militar de uma bomba desenvolvida por ele.

Técnicas para solução de problemas

Uma técnica comumente utilizada na TCC com adultos é a Técnica de Resolução de Problemas, que consiste em especificar um problema, de modo a projetar soluções viáveis e dessa foram selecionar uma solução, seguida da implementação e avaliação de sua efetividade³. Essa técnica pode ser adaptada para a utilização com as crianças, tendo em vista que nessa fase do desenvolvimento elas estão começando a aprender a resolver problemas de diferentes complexidades, e muitas vezes costumam apresentar dificuldades de solução desses problemas.

Entre as técnicas adaptadas para crianças, existe a Máscara do Herói, na qual o paciente escolhe um herói, podendo ser personagens, pessoas famosas ou mesmo pais e professores, e cola a figura desse herói em uma máscara. Ao usar a máscara e “transformar-se” no herói, a criança passa a ver o problema sobre outra perspectiva e pode sentir-se empoderada. Ela é incentivada pelo terapeuta a explorar todas as alternativas para seu problema e selecionar a melhor opção para resolvê-lo. Sendo um herói, a criança consegue questionar crenças disfuncionais e reconhecer recursos que possui para lidar com a situação, gerando autoconfiança³⁵.

Técnicas comportamentais

As técnicas comportamentais são muito utilizadas no tratamento com crianças e adolescentes, pois, dependendo da idade e da demanda da criança, esta pode apresentar mais dificuldades em prestar atenção em suas cognições e monitorá-las do que os adultos, sendo preferível a utilização de intervenções comportamentais¹⁵. Nesse sentido, as técnicas comportamentais reduzem a intensidade e frequência dos comportamentos disfuncionais e aumentam os comportamentos desejados.

Dentre as técnicas comportamentais, as Técnicas de Relaxamento são bastante úteis a pacientes com diferentes demandas, mas principalmente em pacientes ansiosos, pois, além dos processos psicológicos, essas técnicas influenciam em respostas fisiológicas que atuam sobre os sintomas físicos da ansiedade¹⁵. O relaxamento muscular progressivo amplamente utilizado em adultos também é utilizado em crianças de uma maneira adaptada. É uma técnica em que os pacientes são levados a tensionar e relaxar diferentes músculos por vez. Para ser utilizada com crianças, essa técnica deve ser adaptada para que se obtenha uma maior adesão do paciente. Existem algumas adaptações como imaginar o corpo rígido como um robô, depois mole como um boneco de pano e em seguida pedir que a criança descreva como se sentiu em cada uma das vezes³⁸.

Outra técnica importante é o Treino de Respiração Diafragmática, que também ajuda no relaxamento. Para isso, é indicado que o paciente inspire e expire de forma lenta e profunda. Com as crianças, podem ser utilizadas bolhas de sabão, pois, para que as bolhas se formem, deve-se assoprar de forma lenta, o que

ajuda na regularização da respiração e distração dos sintomas físicos ocasionados pela ansiedade. As bolhas de sabão também podem ser utilizadas com crianças que tenham dificuldade de tolerar frustrações, o que gera irritação e raiva³⁶.

A Exposição Graduada, técnica muito utilizada com adultos ansiosos que objetivam atingir uma meta, mas não se sentem capazes³, é fundamental no tratamento de crianças com diferentes tipos de ansiedade. O uso de metáforas nesse caso também ajuda a criança a se engajar na técnica. Em primeiro lugar se define a meta, depois divide-se a meta em um “passo a passo”, explicando-se para criança que será, por exemplo, como uma escadaria em que ela subirá degrau por degrau até atingir o topo, ou mesmo como um jogo de *videogame* que ela terá que vencer cada fase, como um desafio. Juntamente com o paciente, estabelece-se uma hierarquia quanto ao grau de dificuldade. A cada etapa alcançada, o terapeuta deve reforçar o paciente, incentivando-o a continuar.

Outra técnica comportamental muito útil no tratamento infantil é a Economia de Fichas. Ela serve para ajudar as crianças a aumentarem os comportamentos adequados através de uma atenção positiva dos pais para esses comportamentos. A técnica funciona como um sistema de pontos e recompensas, em que primeiro selecionam-se os comportamentos desejados. Deve-se iniciar com poucos comportamentos, de um a três, dependendo da idade, então se estabelece um número de pontos para cada comportamento. Cada vez que a criança emitir o comportamento desejado, ela recebe fichas com os pontos relativos^{39,40}. O terapeuta irá definir quantos pontos mínimos ela deve juntar semanalmente para poder trocar por recompensas preestabelecidas. Cada recompensa também tem valores diferentes; então, quanto mais fichas ela juntar, melhores serão as recompensas. É sempre importante lembrar que não é recomendado que as recompensas sejam alimentos, dinheiro ou qualquer bem material de alto valor financeiro. O ideal é que sejam atividades de lazer e de preferência junto à família^{39,40}.

Técnicas cognitivas

As técnicas cognitivas têm sido cada vez mais desenvolvidas e adaptadas para a terapia infantil. Existem diferentes técnicas cognitivas utilizadas com crianças, entre elas a Analogia do Semáforo, que foi desenvolvida através do Programa FRIENDS. Essa técnica ensina a criança a identificar e classificar os diferentes tipos de pensamentos em: “pensamentos vermelhos”, aqueles improdutivos, negativos e que impedem o bem-estar; “pensamentos amarelos”, que servem para refletir; e os “pensamentos verdes”, que são produtivos e que incentivam o bem-estar⁴¹.

Para ajudar as crianças a compreenderem e transformarem pensamentos disfuncionais em pensamentos funcionais, pode também ser utilizada a Analogia da Lagarta. Nesse caso a lagarta, que são os pensamentos negativos, vai se transformando em uma borboleta, que são os pensamentos positivos⁴².

A proposta dessa técnica é ensiná-las a classificar os pensamentos como aqueles que nos ajudam e aqueles que nos atrapalham, sempre de uma forma ilustrativa e concreta.

A Balança das Vantagens e Desvantagens, técnica utilizada para tomada de decisões, é importante no tratamento infantil. Para essa técnica, o terapeuta pode recortar uma pequena balança de papel, deixando os dois braços móveis para a pesagem. Em um dos lados o paciente escreve as vantagens e do outro as desvantagens. Cada item ou argumento escrito nela faz a balança pender para baixo, estando no final mais voltada para o lado que tem mais argumentos, auxiliando, assim, na decisão a ser tomada.

Apresentação de um caso clínico de TCC na infância

Fernando**³ tem 9 anos, mora com os pais e o irmão mais velho. Os pais de Fernando procuraram ajuda para o filho porque ele está tendo dificuldade de ficar em sala de aula ou em outro lugar em que precise ficar longe dos pais ou do irmão mais velho, de 15 anos. Fernando é muito ansioso e, toda vez que fica longe dos pais ou do irmão, pensa que algo ruim pode acontecer a eles ou a si próprio. Quando estão por perto, consegue manter-se mais tranquilo.

Segundo os pais, o menino sempre foi assim, mas a ansiedade e a preocupação têm aumentado cada vez mais. Durante a aula ele liga para a mãe muitas vezes para saber como ela está, chegando a ligar cinco vezes em meia hora. Liga também no final da aula para se certificar de que estão indo buscá-lo. A ansiedade que Fernando sentia encontra-se em nível tão elevado que chega a chorar e vomitar na escola, e muitas vezes os seus pais precisavam buscá-lo antes.

Fernando não tem problemas de aprendizagem e tira boas notas. Segundo os professores, ele possui alguns amigos, mas não tem conseguido interagir, ficando, geralmente, sozinho. Em casa, isto também acontece: fica muito ansioso quando alguém demora a chegar, pede para telefonar e verificar se está tudo bem. Não quer ficar sozinho nem mesmo para sua mãe descer para levar o lixo. O pai de Fernando também sofre de ansiedade, mas nunca fez tratamento. A mãe é superprotetora para com o filho, assim como com o irmão mais velho.

A partir das sessões realizadas com Fernando, foi realizado o diagnóstico de Ansiedade de Separação. Após a realização do diagnóstico, foi trabalhada a confecção do diagrama de conceitualização cognitiva, que culminou no Quadro 2.

**Os responsáveis consentiram na apresentação do caso, e os dados pessoais e a descrição do paciente foram alterados pelos autores de modo a garantir o anonimato da criança e impossibilitar sua identificação.

Quadro 2

Diagrama de Conceitualização Cognitiva de um Caso Clínico
Dados relevantes da História Pai ansioso. Mãe superprotetora. Irmão mais velho superprotetor.
Crença Central "Sou vulnerável." "O mundo é perigoso."
Crenças Condicionais "Se sou vulnerável, então devo ficar junto aos meus pais." "Se o mundo é perigoso, então minha família e eu devemos permanecer juntos o tempo inteiro."
Estratégias Compensatórias Não quer ficar sozinho ou longe dos pais ou irmão; controla o tempo quando alguém sai; liga para os pais para se certificar de que está tudo bem; preocupa-se com a segurança da família.

No início do tratamento com Fernando, foi utilizado o Baralho das Emoções. Pediu-se que Fernando selecionasse as cartinhas com as emoções que mais estivesse sentindo ultimamente. Ele selecionou as cartas referentes à "preocupação" quando pensa que alguma coisa ruim pode acontecer com ele ou com os pais; "medo" de ficar sozinho ou que alguém estranho faça mal a ele; "alegria" quando está junto à família; e "orgulho" quando consegue ir para escola sem medo.

Em seguida foi feita uma Psicoeducação Diretiva acerca do medo e das preocupações. Pediu-se que Fernando escolhesse cores para representar essas emoções e que pintasse, no desenho de um menino, onde essas emoções apareciam no seu corpo e que tamanho tinham. Fernando pintou de preto e vermelho em toda a extensão do abdômen do menino, ressaltando o coração. Também foi solicitado que Fernando imaginasse seus medos e preocupações como tendo uma forma e como ela seria. Então, o paciente desenhou um "monstro bem feio" (sic) em preto e vermelho e o chamou de Monstro das Preocupações. Foi fundamental nesse caso que o paciente tenha conseguido externalizar suas emoções de uma forma criativa e como algo separado de si mesmo e que, conseqüentemente, pode enfrentar.

Posteriormente, foi explicado a Fernando que esse monstro parece muito grande, e, cada vez que ele foge do monstro, ele se fortalece e cresce ainda mais, mas que, se ele resolvesse enfrentar o monstro, ele se tornaria tão pequeno que caberia na palma da sua mão. Então, paciente e terapeuta desenharam ambas as situações: de ele fugindo e o monstro ficando enorme e depois de ele enfrentando e o monstro ficando bem pequeno. Para poder enfrentar o monstro através da Exposição Graduada, Fernando teria que passar por diversas etapas e, quando ele alcançasse a última etapa, ele venceria o monstro e ganharia uma medalha como recompensa.

Para ajudá-lo a enfrentar suas tarefas, foi ensinada a ele a Respiração das Bolhas de Sabão para fazer sempre que estivesse ansioso. Foi feita uma lista com cada etapa a ser superada. A primeira das etapas era Fernando ficar um dia da semana, no mínimo, sem ligar para a mãe no final da aula. Ele conseguiu cumprir essa etapa. Nas semanas seguintes foram aumentando os dias sem poder ligar, depois ele também passou a não poder ligar para a mãe no intervalo da aula. Em seguida, ele foi com a turma em um passeio da escola e, aos poucos, foi conseguindo superar seus medos.

Com o tempo, Fernando já estava conseguindo fazer o que mais gostava, que era jogar futebol com os colegas de aula e se divertir. Então, como combinado, Fernando ganhou sua medalha dourada. O terapeuta pediu que ele desenhasse o Monstro das Preocupações agora que ele havia conseguido enfrentá-lo. Então Fernando o desenhou preso com grades e correntes em uma ilha deserta, rodeado por tubarões de onde ele não sairia tão cedo.

Considerações finais

Este artigo teve como objetivo apresentar um panorama geral sobre os aspectos teóricos e práticos da TCC com crianças e adolescentes e finalizar com a ilustração acerca de um caso clínico. A partir da apresentação das características da TCC com crianças e adolescentes, assim como das principais diretrizes para a avaliação da TCC na infância e intervenções cognitivas e comportamentais na infância e adolescência, buscou-se desfazer mitos e confusões acerca da TCC com crianças e adolescentes, reforçando essa prática clínica e a efetividade dessa abordagem teórica. A descrição do caso clínico de uma criança atendida em TCC relatado teve como objetivo servir como exemplo ilustrativo e fomentar a reflexão, proporcionando um maior entendimento acerca da aplicação e adequação das técnicas aos objetivos do tratamento.

Assim como em outras abordagens teóricas, a clínica com jovens deve ser fomentada e estimulada no sentido preventivo e também aumentando e valorizando a atenção ao sofrimento psíquico na infância e adolescência, que, infelizmente, pode existir e que, por mais difícil que seja identificá-lo, não pode ser negligenciado. Além de ser de fundamental importância para a promoção da resiliência em uma fase inicial da vida, que pode garantir um desenvolvimento saudável ao longo do ciclo vital, o trabalho cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes é dinâmico, estimula a criatividade e é extremamente gratificante. Nesse contexto, o terapeuta cognitivo da infância e adolescência deve exercer sua prática com sensibilidade e criatividade, com a certeza de que cada criança é um ser único e especial e que o trabalho na infância pode contribuir significativamente para o enriquecimento clínico e pessoal do profissional.

Referências

1. Del Prette ZAP, Del Prette A. A importância das habilidades sociais na infância. In: Del Prette ZAP, Del Prette A, Souza MC. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis: Vozes; 2005.
2. Petersen CS, Wainer R. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental de crianças e adolescentes. In: Petersen CS, Wainer R, organizadores. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 16-31.
3. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
4. Bunge E, Gomar M, Mandil J. Terapia cognitiva com crianças e adolescentes – aportes teóricos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
5. Almeida, AM, Neto FL. Indicações e contraindicações. In: Knapp P ed. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004.
6. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2008;30(2):54-64.
7. Oliveira RG, Soares SC. Terapia cognitivo-comportamental para crianças. In: Oliveira MS, Andretta I, organizadores. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012. p. 467-80.
8. Caminha RM, Caminha MG. Princípios da psicoterapia cognitiva na infância. In: Caminha RM, Caminha MG. A prática cognitiva na infância. São Paulo: Roca; 2007. p 57-70.
9. Guidano VE, Liotti G. Cognitive processes and emotional disorders. A structural approach to psychotherapy. New York: Guilford; 1983.
10. Mahoney MJ. Processos de mudança: as bases científicas da psicoterapia. Porto Alegre: Artmed; 1998.
11. Neimeyer RA. Psicoterapias construtivistas: características, fundamentos e futuras direções. In: Neimeyer RA, Mahoney MJ, organizadores. Construtivismo em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed; 1997. p. 15-37.
12. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The empirical status of the “New Wave” of CBT. Psychiatr Clin North Am. 2010;33(3):701-710.
13. Stallard P. Bons pensamentos – bons sentimentos: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Knell S. Cognitive-behavioral play therapy. Nova York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999.
15. Friedberg RD, McClure JM, Garcia JH. Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática. Porto Alegre: Artmed; 2011.
16. Barkley RA, Edwards G. Diagnostic interview, behavior rating scales, and the medical examination. In: Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Spring Street; 2006.
17. Neufeld CB, Canavage CC. Conceitualização cognitiva de um caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2010;6(2):3-35.

18. Caminha MG, Soares T, Caminha RM. Conceitualização cognitiva na infância. In: Rangé B. Terapia cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2011.
19. Caminha RM, Caminha MG. Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico. Porto Alegre: Sinopsys Editora; 2008.
20. Caminha RM, Caminha MG. Baralho dos pensamentos: reciclando ideias, promovendo consciência. Porto Alegre: Sinopsys Editora; 2012.
21. Caminha RM, Caminha MG. Baralho dos comportamentos: efeito bumerangue. Porto Alegre: Sinopsys Editora; 2013.
22. Caminha MG, Almeida FF, Scherer LP. Treinamento de pais: fundamentos teóricos. In: Caminha MG, Caminha RM e Cols. Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil. Porto Alegre: Sinopsys; 2011. p. 13-30.
23. Pinheiro MIS, Haase VG. Treinamento de pais. In: Batista MN, Teodoro MLM, organizadores. Psicologia de família. Teoria, avaliação e intervenções. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 249-63.
24. Pacheco JTB, Reppold CT. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de comportamento disruptivo: modelo de treinamento parental. In: Petersen CS, Wainer R, organizadores. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 152-68.
25. Caminha MG. Treinamento de pais: aplicações clínicas. In: Caminha, MG, Caminha RM e Cols. Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil. Porto Alegre: Sinopsys; 2011. p. 89-120.
26. Lyszkowski LC, Rohde LA. Treinamento de pais no tratamento do TDAH na infância. In: Caminha MG, Caminha RM e Cols. Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil. Porto Alegre: Sinopsys; 2011. p. 241-80.
27. Pinheiro MIS, Haase VG, Del Prette A, Amarante CLD, Del Prette ZAP. Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2006;19(3):407-14.
28. Ball GDC, Ambler KA, Keaschuk RA, Rosychuc RJ, Holt NL, Spence JC, et al. Parents as agents of changes (PAC) in pediatric weight management: the protocol for the PAC randomized clinical trial. BMC Pediatrics. 2012;12(114):1-13.
29. Gardner F, Burton J, Limes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. Journal of Psychology and Psychiatry. 2006;47(11):1123-32.
30. Granic I, O'hara A, Pepler D, Lewis MD. A dynamic systems analysis parent-child changes associated with successful "real-world" interventions for aggressive children. Journal of Abnormal Child Psychology. 2007;35:845-57.
31. Hemphill SA, Littlefield L. Child and family predictors of therapy outcome for children with behavioral and emotional problems. Child Psychiatry and Human Development. 2006;36(3):329-49.
32. Khanna MS, Kendall PC. Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. Journal of Consulting And Clinical Psychology. 2009;77(5):981-86.

33. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: AMGH; 2010.
34. Purves, Dale et al. Neurociências. Porto Alegre: Artmed; 2010.
35. Friedberg RD, McClure JM. A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004.
36. Zanonato A, Prado LC. Trabalhando com crianças e suas famílias: histórias terapêuticas. Porto Alegre: Editora Pallotti; 2012.
37. Caminha RM, Wainer R, Oliveira M, Piccoloto NM. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
38. Petersen CS, Bunge E, Mandil J, Gomar M. Terapia cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade. In: Petersen CS, Wainer R. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 232-55.
39. Rohde L A, Knapp P, Lykowiski L, Carim D. Crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In: Knapp P, organizador. Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 358-73.
40. Zambom LF, Oliveira MS, Wagner MF. A técnica de economia de fichas no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>. 2006.
41. Lizuka CA, Barrett PM. Programa friends para tratamento e prevenção de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes. In: Petersen CS, Wainer R. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: ciência e arte. Porto Alegre: Artmed; 2011.
42. Motta AB, Enumo SRF. Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010;26(3):445-54.

Correspondência

Juliana da Rosa Pureza

Av. Ipiranga, 6681, Partenon, prédio 11, 9º andar

90619-900 Porto Alegre/RS

julianapureza@yahoo.com.br

Submetido em: 01/01/2014

Solicitação de reformulações em: 15/01/2014

Retorno dos autores em: 29/01/2014

Aceito em: 05/02/2014