

Transtorno de conduta na adolescência: recortes de um caso clínico

Conduct disorder in adolescence: a clinical case

GRAZIELLE RIBEIRO NOVAIS*

JULIANA KESSAR CORDONI**

LIGIA DE FÁTIMA NÓBREGA REATO***

MARIANA SOUZA MARINHO****

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo descrever recortes de um caso clínico de um adolescente com diagnóstico de transtorno de conduta, atendido no Centro de Referência de um Instituto de Hebiatria de uma faculdade de medicina. Tratou-se de um adolescente de 12 anos de idade, atendido por uma equipe multidisciplinar. Entendeu-se nesse estudo a importância do diagnóstico, pois nos casos de transtornos de conduta é sempre necessária uma análise mais aprofundada do adolescente e de seu meio social, uma vez que sempre haverá diferenças entre os sujeitos e, conseqüentemente, a intervenção psicológica deverá ser individualizada para cada paciente para que se possa ajudá-lo.

Palavra-chave: Transtorno de Conduta, Adolescência, Relato de Caso

* Psicóloga, graduada pela Universidade Metodista de São Paulo – UMESP.

** Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina ABC.

*** Médica, Professora Titular da Disciplina de Hebiatria da Faculdade Medicina ABC.

**** Acadêmica de Medicina da Faculdade Medicina ABC

Abstract

The aim of the present study was to describe the cut - offs of a clinical case of an adolescent with a diagnosis of conduct disorder, attended at the Reference Center of an Institute of Hebiatrics of a medical school. It was a 12-year-old adolescent, assisted by a multidisciplinary team. The importance of diagnosis is evident, because in the cases of conduct disorders a more in-depth analysis of the adolescent and his social environment is always necessary, since there will always be differences between the subjects and, consequently, the psychological intervention should be specific for each patient so that they can be helped.

Keyword: conduct disorder, adolescence, case report

Introdução

A adolescência é, certamente, um período de turbulência e tensão, de várias mudanças fisiológicas que se iniciam com a puberdade, por isso, muitas vezes, ambas são entendidas como sinônimos; todavia a adolescência conforme Papalia, Olds e Feldman, (2009) vai além dessas transformações biológicas, pois envolvem uma gama de variáveis psicológicas e culturais em seu processo de desenvolvimento. E nessas variáveis psicológicas incluem tanto aquelas de natureza cognitiva quanto afetiva. Tanto que Aberastury (1971/1983) uma das mais importantes autoras da adolescência escreveu que as modificações acontecem no mundo interno desse jovem, mas novas estruturas de pensamento vão sendo construídas, e essas são aquelas que Jean Piaget chamou de período das operações formais. E é nesse momento em que o adolescente irá encontrar seu lugar perante a sociedade.

Assim, sendo essa uma situação nova, essas mudanças causam conflitos. Do ponto de vista psicológico, como apontou Paz (1971/1988) o adolescente busca solucionar o conflito e recriar regressivamente a situação simbiótica vivida anteriormente, se adequando a substitutos; esses podem ser pessoas, ou até coisas, de forma que há uma sensação de recuperação do equilíbrio perdido. Tal processo explica como a adesão às drogas e “guangues” e a formação de grupos restritos de pares e iguais.

Nesse período de tantas transformações e conflitos, a própria OMS - Organização Mundial de Saúde (2006) entende que os profissionais devem se colocar atentos, uma vez que é relativamente

comum na adolescência transtornos como depressão, episódios de suicídio e mesmo o aparecimento de psicoses. Além desses, Benettie et. al (2007) consideram comum presença de transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias, transtornos alimentares e outras condições médicas associadas, como diabetes e epilepsias nesse período da vida.

Contudo, tanto o acompanhamento terapêutico quanto o próprio diagnóstico de transtornos nesse período do desenvolvimento são de difícil manejo e detecção. Nesse sentido vale lembrar as contribuições de Knobel (1971/ 1981) sobre a “Síndrome da Adolescência Normal”; nessa concepção, o autor entende que o sujeito apresenta, no período compreendido como adolescência, “desequilíbrios e instabilidades extremas” com expressões psicopatológicas de comportamento; todavia, essas manifestações podem ser consideradas aceitáveis nesse momento evolutivo, pois são transformações necessárias para o crescimento e a maturidade. Para o autor, esta ‘síndrome normal’, frequentemente apresenta um conjunto de sinais e sintomas, na verdade dez, e que são: busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crises religiosas; deslocamento temporal; evolução sexual manifesta; atitude social reivindicatória com tendências anti-sociais; contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta; separação progressiva dos pais; flutuações de humor e do estado de ânimo.

Porém, o profissional deve se atentar para a importância de se identificar o que é um comportamento típico da adolescência para que não haja confusão entre as sintomatologias da “síndrome normal” descrita por Knobel com as manifestações psicopatológicas, como, por exemplo, os transtornos de conduta.

Nesse sentido, Marmorato (2012) analisa que o grupo dos transtornos de conduta está entre os transtornos mais diagnosticados na fase da infância e adolescência, tanto nos países desenvolvidos quanto nos ainda em desenvolvimento, sendo causa mais comum para o encaminhamento ao psiquiatra. O mesmo autor aponta que as características individuais e culturais de cada adolescente e sua família devem se levadas em consideração antes de se fechar um diagnóstico mais preciso.

Historicamente o Transtorno da Conduta tem sido mostrado tanto na literatura psicológica como na psiquiátrica com diferen-

tes definições tentativas de ajustamento do transtorno. Entretanto, diferentes características têm sido acrescidas ou suprimidas com o passar dos anos, como as delinquências, a agressividade individual e os problemas comportamentais. De acordo com o DSM – V (2014), o indivíduo que possui transtorno da conduta tem um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou normas, como regras sociais apropriadas à idade, são violados. Além de causarem agressão a pessoas ou animais, forçar alguém a atividade sexual, intimidar, enganar, furtar ou roubar, muitas vezes eles mentem para obter bens ou favores ou para evitar obrigações. Tal caracterização é semelhante à de Facion (2005), que também determinou que o adolescente devesse manter tal comportamento por, no mínimo, 6 meses para considerarmos a hipótese diagnóstica.

É fato que, fazem parte da rotina da nossa sociedade diversas formas de violência: violência contra o parceiro(a), abuso sexual na infância e na adolescência; abuso precoce de álcool e drogas e etc. Assim, considerando esse cenário é de fundamental importância uma avaliação detalhada dos fatores de risco e de proteção em relação ao desenvolvimento da agressividade. As primeiras pesquisas realizadas no campo dos transtornos de conduta indicavam as condições socioambientais como causa explicativa do comportamento agressivo. Contudo, estudos mais atuais apontam também para os fatores genéticos e neurofisiológicos. Sendo assim, entende-se que, os transtornos de conduta possuem origem multifatorial e que os fatores socioambientais não são suficientes para explicar o comportamento agressivo (MENDES, et. al. 2009).

Assim, o presente estudo teve por Objetivos: a) descrever recortes de um caso clínico de um adolescente com diagnóstico de transtorno de conduta, atendido num Instituto de Hebiatria de uma faculdade de medicina da região do ABC paulista; b) descrever, nesse recorte clínico, algumas variáveis que influenciaram o transtorno.

Relatando e Discutindo o Caso

O relato em questão trata-se de um caso de um adolescente atendido por uma equipe multidisciplinar, num Centro de Referência do Adolescente de uma Faculdade de Medicina do estado de São Paulo. A equipe da Hebiatria é composta pelas seguintes especialidades:

hebiatria, psicologia, psiquiatria, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, assistência social, dermatologia e ginecologia. O adolescente em questão foi acompanhado pelo setor de Neurologia, psiquiatria, psicologia e também pela hebiatria da Faculdade de Medicina.

O relato traz recortes do atendimento feito pela psicóloga, de discussão feita com a equipe, além de outras informações contidas no prontuário do caso. Destaca-se que todos os dados aqui contidos teve autorização prévia dos coordenadores do ambulatório, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo responsável pelo adolescente.

O relato é apresentado por tópicos por uma questão didática e para facilitar a leitura do caso, a partir de análises do conteúdo dos dados dos atendimentos e demais informações, dos quais se levantam hipótese clínicas e análise de observação.

Dados gerais e queixa

GP (iniciais fictícias do adolescente) contava 12 anos de idade e compareceu ao Instituto de Hebiatria em abril do ano de 2013 acompanhado pela mãe e encaminhado por encaminhado pela escola onde estudava. Apresentou-se a queixa de comportamento agressivo de GP dirigido aos colegas e aos professores. O adolescente cursava o 7º ano do ensino fundamental em uma instituição pública, residia com a mãe e seu padrasto na mesma região onde estudava e onde se localiza o Instituto de Hebiatria.

O adolescente e sua mãe eram procedentes do interior de outro estado do sul do Brasil, onde o adolescente já havia sido diagnosticado e também havia feito acompanhamento com neuropediatra para: Transtorno de Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Segundo definição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [*Diagnostica nd Statistical Manual of Mental Disorders*], DSM V (2014), o transtorno de conduta - refere-se ao conjunto de alterações comportamentais de adolescentes que são agressivos desafiadores, antissociais que violam os direitos básicos alheios, as regras; destacando-se que esse transtorno tem maior incidência em pessoas do sexo masculino. Trata-se de uma condição mais grave quando comparada ao Transtorno Desafiador Opositivo – o qual

refere-se ao padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa. Duas das condições que mais costumam ocorrer de forma concomitante com o transtorno de oposição desafiante são: o transtorno da conduta e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O TDAH – refere-se aos problemas significativos de atenção, hiperatividade ou impulsividade que não são apropriados para a idade. O tratamento do TDAH envolve geralmente a conjugação de acompanhamento psicológico, alterações no estilo de vida e medicação.

Assim sendo, também segundo relatório do neuropediatra, esse adolescente fazia uso frequente de “Risperidona e Haloperidol” - medicamentos esses indicados para tratamento de casos psicóticos em pacientes esquizofrênicos ou do espectro bipolar. Porém, descontinuou tratamento quando se mudou para o estado de São Paulo; e, isso havia se dado 4 meses antes do início do atendimento no Instituto de Hebiatria.

As primeiras interações com GP

Durante sua primeira consulta médica no Instituto de Hebiatria, GP se demonstrou nervoso e justificou suas agressões pelo fato de ser humilhado e provocado por seus colegas e professores constantemente. Com relação à sua família e suas interações com ela, GP relatou relacionamentos ruins com a mãe e com o padrasto, pois ambos não o “*deixam fazer nada*” (*sic*). GP referiu-se também a um desejo de ir morar com o pai noutro Estado brasileiro (no sul do país, de onde veio), apesar de ter conhecimento de que o pai agredira a mãe e se sentia nervoso quando indagado sobre tais episódios.

Após realização da anamnese com adolescente e com sua mãe, os médicos atendentes decidiram que deveria ser feito um acompanhamento multidisciplinar para GP, incluindo as áreas de Psicologia, Neuropediatria e Psiquiatria Infantil; além disso, estabelecerem retornos à Hebiatria propriamente dita. GP e sua mãe deram continuidade ao acompanhamento com consultas periódicas em todas as especialidades em que fora indicado o acompanhamento.

Entrevistas com mãe

Nas entrevistas de anamnese com a mãe, a mesma falou de si mesma e relatou que cresceu presenciando sua mãe sofrer violência

conjugal, e que o pai era alcoolista. Relatou ainda que em um dos episódios de violência do pai contra a mãe, esse desferiu facadas nas costas de sua mãe, deixando-a paraplégica. Aos 16 anos, seu pai a obrigou a se casar com um colega da escola sem nenhum motivo aparente. Após casar-se e conviver cerca de 2 meses com marido, seu pai cometeu suicídio por enforcamento; fato que a fez “*sentir alívio*” (sic) Entretanto, assim como o pai, marido também se tornou alcoolista e passou a agredi-la verbal e fisicamente.

Após 4 anos de casada, embora não desejasse, engravidou de GP e as brigas e agressões persistiram mesmo durante toda sua gestação. Apesar de tudo, GP nasceu de parto normal sem intercorrências. Durante todo o período que conviveu com o pai, GP presenciou a violência doméstica sofrida pela mãe e também se tornou uma vítima de seu pai, que o agredia tanto verbalmente quanto fisicamente.

A mãe relata ainda que tinha medo de sair de casa e abandonar o marido porque não tinha nenhum grau de instrução e nem emprego. No entanto, em 2010 se separou e foi morar com sua mãe (avó de GP) junto com o filho. Tal fato fez com que o pai de GP a ameaçasse diversas vezes, por isso, mudou-se para São Paulo, sem o conhecimento do mesmo. Desde então, GP não teve mais contato com o pai biológico.

Durante as entrevistas realizadas com a mãe a psicóloga percebia seu profundo cansaço e angústia em relação ao comportamento do filho e com as constantes demandas da escola para que ela resolvesse a problemática de GP. Em meio a essas questões, relatou que pensava “*coisas ruins que são até pecado*” (sic) em relação ao filho e, diversas vezes, afirmou não sentir mais vontade de abraçá-lo ou de lhe demonstrar carinho; tudo isso, ancorada na suposição de que o filho, ao crescer e se desenvolver, pudesse vir a ser tal qual o pai, ou como o avô.

Os atendimentos

Durante os atendimentos (com as diversas especialidades hebiatria, psicologia, psiquiatria e neuropsiquiatria) o adolescente chorava com facilidade e demonstrava-se agressivo, nervoso, agitado e incapaz de demonstrar respeito por sua mãe. Diversas vezes gritou

e ameaçou a mãe; acresce-se que sua mãe relatara que tais reações eram comuns e que GP, inclusive, já a havia ameaçado, tendo planos definidos de como poderia matá-la. Quando abordado sobre o relacionamento ruim com a mãe, GP se queixou de que ela o havia trocado pelo padrasto e que dava mais atenção e carinho a outras crianças do que a ele próprio, como filho. Embora GP se referisse ao fato de não gostar do padrasto, a mãe relatou que o comportamento do adolescente era melhor quando o padrasto estava presente, se tornando carinhoso com ela.

Um assunto recorrente durante os atendimentos com a psicóloga era o desejo de GP em ganhar um novo animal de estimação para substituir sua cadela, que havia falecido fazia pouco tempo. A mãe e padrasto se negavam a atender ao pedido, alegando medo, uma vez que o adolescente maltratava a cadela sempre que a mesma não o obedecia. A mãe relatou, inclusive, um episódio em que fora ameaçada de morte, em público, pelo filho por se recusar a comprar-lhe um rato (*hamster*).

No que dizia respeito à escola, GP permaneceu com dificuldades em se relacionar de maneira adequada com seus colegas e a obedecer às regras ditadas por seus professores e dirigentes escolares. Em todos os episódios em que havia agressão ou agressividade, ou mesmo comportamentos inadequados, o adolescente justificou seus comportamentos pela atribuição de culpa a terceiros. Houve um episódio em que GP beijou e tocou uma colega de escola (de forma libidinoso) e depois afirmou que a mesma havia colocando o dedo na boca (dela mesma) de forma sensual, a fim de provocá-lo. Em outra situação, GP disse que havia desrespeitado seus professores porque esses estavam utilizando palavras de baixo calão ao se referirem à sua mãe. GP também justificou a agressão aos colegas como uma resposta a um suposto *bullying* sofrido, já que era magro e de estatura baixa.

Assim, devido às queixas freqüentes da instituição escolar, associada ao descontrole do adolescente, ao final de 2013, a mãe de GP desistiu de obrigá-lo a frequentar as aulas naquele ano. A mãe afirmou compreender a natureza do comportamento do filho em ambiente escolar, pois era o mesmo que ele apresentava em casa e em outros ambientes sociais. Devido ao fato de suas notas serem baixas e também ter muitas ausências da escola, GP fora reprovado no 7º ano.

Assim, a partir desses atendimentos multidisciplinares com o hebiatra a cada 6 meses, com a psiquiatria e psicologia semanalmente e neurologista a cada 3 meses, somados aos relatos de sua mãe e da escola, o adolescente recebeu as seguintes hipóteses diagnósticas: Transtorno de conduta; Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Transtorno Opositor Desafiador; Irritabilidade e Eixo IV (fatores ambientais ou psicoemocionais contribuindo para os transtornos). Também foi aventado o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Breve análise

Considerando-se a definição do Manual de Diagnósticos Estatísticos de Transtornos Mentais -DSM V (2014), pode-se dizer que GP mantém um padrão comportamental clássico de um transtorno de comportamento. O adolescente agride e intimida a mãe, colegas e professores constantemente para ter seus desejos atendidos, como por exemplo, deixar de frequentar a escola; além de agredir o cachorro e, possivelmente, ter interesse em repetir o mesmo comportamento sobre futuros animais de estimação. Ou seja, o adolescente viola tanto os direitos básicos daqueles com quem convive, quanto às normas ditadas por seus superiores e as regras sociais apropriadas para sua idade. Ante as expressões de agressividade e violência empreendidas pelo jovem GP, é importante destacar que, entendemos que os profissionais de saúde necessitam identificar o que seja um comportamento próprio para essa idade e o que ganha o âmbito patológico. Consideramos aquilo que postulou Knobel (1971/1981) de que nesse período o jovem passa por “desequilíbrios e instabilidades extremas” com expressões psicopatológicas de comportamento e que essas manifestações podem ser aceitáveis nesse momento evolutivo. Também consideramos o que fora descrito por Abramovitch e Moreira (2008) de que é aceitável o fato de um adolescente ser questionador, empreendedor e até mesmo revolucionário; até mesmo a agressão verbal e a hostilidade aos pais são toleradas (fato descrito nas entrevistas realizadas com a mãe de GP).

Todavia, consideramos patológico, seguindo ainda as contribuições Abramovitch e Moreira (2008) quando nos deparamos com um jovem apreensivo, com medos e culpas, com exagerada

ansiedade que chegava a prejudicar sua vida. Comportamentos de GP também foram ao encontro daquilo descrito por Mendes *et al.* (2009), de que a interação entre fatores biológicos e ambientais pode ser catalisada por um ambiente hostil no desenvolvimento do comportamento agressivo. De modo que seu comportamento pôde ser considerado não somente uma combinação da reprodução da sua infância como vítima e espectador de violência doméstica, mas também corroboraram o transtorno de comportamento, o *bullying*, sofrido no ambiente escolar e o relacionamento disfuncional no ambiente familiar, caracterizado por uma mãe vítima de violência por toda sua vida e que vê no filho o reflexo de seus abusadores.

O transtorno de conduta, conforme explicado por Facion (2005), é diferente das travessuras infantis, da rebeldia “normal” da adolescência. Assim, deve-se considerar que tais comportamentos reivindicatórios, conflituosos e desafiadores como, por exemplo, agressões verbais e a desobediência direcionada aos pais e outras figuras de autoridade, vão se modificando ao longo das aquisições de experiências da vida ao passo que o transtorno da conduta é persistente, tal como descrito no DSM V (2014) por pelo menos seis meses. Ao ameaçar a própria mãe com planos definidos de como matá-la ou assediar sexualmente uma colega de sala de 12 ou 13 anos, GP demonstrou ter atitudes pouco condizentes com travessuras infantis ou rebeldias típicas da adolescência.

Considerando que o quadro veio se consolidando por mais de um ano, entre Abril/2013 a Abril/2014, a hipótese diagnóstica de transtorno de conduta também foi válida para GP, considerando as descrições do DSM V (2014) e Facion (2005), em que a perseveração dos sintomas por no mínimo 6 meses é um forte indicador diagnóstico de transtorno de conduta.

Por se tratar de uma alteração de desenvolvimento e multifatorial, o transtorno de conduta pode apresentar ampla gama de aspectos sociais, ambientais, biológicos e neurofisiológicos como nos apontaram Mendes *et al.* (2009). Portanto, terá um impacto individualizado na vida de cada portador, assim como na das pessoas que pertencem ao seu meio social. Logo, entende-se que a utilização do método clínico de abordagem psicanalítica como método de intervenção é fundamental, já que, de acordo com Vizzotto (2003), a

lógica proposta por esse método perpassa um movimento espiral, curvando-se sobre o fenômeno, observando o que ocorre, descrevendo, levantando hipóteses diagnósticas e, após, intervir. Ou seja, tal método permite o planejamento de uma conduta intervencionista adequada para cada caso; tal como esse em questão.

Considerações finais

O transtorno de conduta é uma alteração multifatorial caracterizada como a presença de um comportamento com no qual os direitos básicos dos outros, assim como as regras sociais, são violados de maneira repetitiva e persistente por mais de 6 meses, não sendo condizente com as alterações de comportamento esperadas durante o período da adolescência.

Nos casos em que os transtornos de conduta se fazem presentes, tal como o caso em questão, é sempre necessária uma análise mais aprofundada do adolescente e de seu meio social, uma vez que sempre haverá diferenças entre os sujeitos e, conseqüentemente, a intervenção psicológica deverá ser individualizada para cada paciente para que se possa ajudá-lo.

Vale ressaltar que, apesar de GP ter convivido em um ambiente permeado pela violência familiar, existe sempre a possibilidade de encontrar apoio em outro adulto, na escola ou nos serviços de saúde os quais realiza acompanhamento para o desenvolvimento de uma vida mais saudável. Assim, consideramos importante que os profissionais da educação e da rede de saúde envolvidos com o público adolescente conheçam os aspectos dos transtornos de conduta, contribuindo para que não evoluam para casos mais graves.

Referências

- ABRAMOVITCH, S.; MOREIRA, M.L. Transtornos psiquiátricos. In: Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Série B. Textos Básicos da Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.) Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: 2008 (p. 136-144).
- ABERASTURY, A. Adolescência. In: ABERASTURY, A. *et. al.* Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988 p. 15-32. (original 1971).
- MENDES, D. D. et al. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 31, supl. 2, p. 77-85, Oct. 2009

BENETTI, S. P. C. et. al. Adolescência e Saúde Mental: Revisão de Artigos Brasileiros Publicados em Periódicos Nacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1273-1282, jun, 2007

DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FACION, J. R. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento e Transtorno de Comportamento Desruptivo. Curitiba: IBPEX, 2005.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A; KNOBEL, M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981 , p. 24-62 (Original de 1971)

MORAMATO, P. G. Transtornos opositivo-desafiador e de conduta. In: POLANZCZYK, G. V; LAMBERT, M. T. M. R. (Org.). *Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Barueri, SP: Manole, 2012 p.146-153.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. Organização Mundial de Saúde - OMS: Genebra, 2006 . Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf . Acesso: 25 set 2014.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Adolescência. In: _____. *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: MacGraw-Hill, 2009. p. 394-433.

PAZ, L. R. D. Adolescência: Crise de Dessimbiotização. In: ABERASTURY, A. et al (Orgs) *Adolescência*. Porto Alegre: Artes médicas Sul, 1988. p.165-184. (original 1971).

VIZZOTTO, M. M. O método clínico e as intervenções na saúde. In: OLIVEIRA, V. B.; YANAMOTO, K (Org.). *Psicologia da Saúde: temas de reflexão e prática*. São Bernardo do Campo: UESP, 2003. p.137-152.

Contato dos autores:

Grazielle Ribeiro Novais – email: grazielle.psico@gmail.com

Juliana Kessar Cordoni - julianakc@hotmail.com

Ligia de Fátima Nóbrega Reato – email ligiareato@uol.com.br

Mariana Souza Marinho – email: mari_smarinho@hotmail.com

Recebido em 04/05/ 2015

Aceito em 03/ 04/2016