

Um diálogo entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Neuropsicologia: relato de caso de trauma relacionado a violência e abandono

DOI: em atribuição

Matheus Svóboda Caruzo¹, Gabriella Santos Ramalho², Ana Cláudia de Azevedo Peixoto³, Emmy Uehara Pires⁴

Resumo: Este artigo apresenta os resultados de um caso atendido no Serviço-Escola da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, fruto do trabalho coletivo entre as equipes de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e de Neuropsicologia. Trata-se de um adolescente acolhido institucionalmente, soropositivo, preto, em processo de alfabetização, vítima de negligência e violência psicológica. A partir dos resultados, foi possível observar o total desconhecimento de sua história de vida e de seu estado de saúde; dificuldades para nomear e reconhecer as emoções; comprometimento no funcionamento psicossocial; e crenças centrais de desvalor e desamparo. Ainda, observou-se que suas habilidades intelectuais se encontravam predominantemente rebaixadas, sobretudo as habilidades de atenção, memória, habilidades aritméticas, linguagem, praxias e funções executivas. A partir disso, discute-se a respeito dos desafios clínicos para o desenvolvimento do psicodiagnóstico neste caso e sobre os recursos que foram utilizados para o trabalho em conjunto entre as equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Cognitivo-Comportamental; neuropsicologia; estudo de caso; violência.

¹ Psicólogo pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) (2019) e Mestre em Psicologia Clínica, Saúde e Contemporaneidade pela UFRRJ (2021)

² Psicóloga mestranda pela UFRRJ

³ Doutora em Psicologia pela UFRJ, professora do departamento de psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Coordenadora do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (DEPSI/UFRRJ) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (PPGPSI/UFRRJ)

A dialogue between Cognitive-Behavioral Therapy and Neuropsychology: a case report

Abstract: This article presents the results of a case seen at the School Service of the Federal Rural University of Rio de Janeiro, the result of a joint work between the Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Neuropsychology teams. It is an adolescent institutionally sheltered, HIV positive, black, in the process of literacy, victim of neglect and psychological violence. From the results, it was possible to observe the total lack of knowledge about their life history and health status; difficulties in naming and recognizing emotions; impairment in psychosocial functioning; and core beliefs of worthlessness and helplessness. Still, it was observed that their intellectual skills were predominantly low, especially the skills of temporal-spatial orientation, attention, memory, arithmetic skills, language, praxis and executive functions. From this, it discusses about the clinical challenges for the development of psychodiagnostics in this case and about the resources that were used to work together between the teams.

KEY WORDS: Cognitive-Behavioral Therapy; Neuropsychology; Case study.

Introdução

A violência é considerada um fenômeno complexo, multicausal e que gera consequências crônicas no funcionamento cognitivo, emocional, social e comportamental das crianças e adolescentes. A World Health Organization (WHO), (2006), e a Internacional Society for Prevention of Child

Abuse and Neglect (ISPCAN), (2006), postularam que as intervenções com crianças e adolescentes vítimas de violência devem ser baseadas em evidências empíricas de efetividade, justificando o fato da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) ser considerada a abordagem indicada,

inclusive, pelas suas características diretivas, breve e orientada.

Assumpção, Teodoro, Maltoni e Neufeld (2017) apontaram a TCC como eficiente no cuidado com adolescentes, ainda que pouco se relate em pesquisas sobre o impacto da terapia no desenvolvimento desse público. Esta abordagem traz uma perspectiva sobre os pensamentos, emoções e comportamentos, relacionados entre si. Logo, o que se pensa influencia os demais fatores, sendo possível a realização de estratégias para identificar estruturas cognitivas distorcidas ou que geram sofrimento, na identificação e regulação emocional, compreendendo o estágio do desenvolvimento que o sujeito se encontra. A TCC é indicada por Fermann e Pelosoli (2016) para cuidados de violências contra crianças e adolescentes, como a violência psicológica. Alguns programas têm sido desenvolvidos dentro da abordagem para melhor

atender vítimas de violência, como o Programa de Grupoterapia Cognitivo-Comportamental Superar, segundo Schneider e Habigzang (2016), ressaltando a validade da TCC para cuidado desses casos.

Para melhor organização da estrutura dos atendimentos, visando uma intervenção psicológica eficaz, ressalta-se o desenvolvimento da avaliação psicológica e neuropsicológica. No Brasil, ainda são escassos os estudos envolvendo a avaliação em tratamento para crianças e adolescentes, principalmente quando se trata de vítimas de violência (Williams & Habigzang, 2014). Segundo Benton (2000), a avaliação neuropsicológica refere-se a uma avaliação objetiva quantitativa e qualitativa do desempenho cognitivo e comportamental de uma pessoa, com o objetivo de relacionar esse desempenho a condições funcionais e estruturais do cérebro.

Ao realizar um encaminhamento para avaliação neuropsicológica, em linhas gerais, as principais demandas deste tipo de avaliação estão direcionadas a possibilitar o diagnóstico, a determinação da natureza ou etiologia dos sintomas, gravidade das sequelas, prognóstico, evolução do caso e oferecer bases para a reabilitação (Haase et al., 2012). Desta forma, é considerada como um exame auxiliar para fins clínicos e em ambientes de pesquisa quando aspectos cognitivos e comportamentais estão envolvidos.

Pretende-se apresentar nesse artigo os resultados do psicodiagnóstico, fruto de um trabalho em conjunto da equipe de TCC e da Neuropsicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, a partir do recorte de um caso clínico atendido na Clínica-Escola. Neste relato, serão apresentados os pontos mais relevantes sobre cada intervenção e um diálogo entre as intervenções. Espera-se

que o caso apresentado possa ser proveitoso para psicólogos e pesquisadores que procurem por temáticas relacionadas à violência por meio da abordagem da TCC e da Neuropsicologia.

Introdução

Trata-se de um estudo de caso a respeito de um adolescente de 14 anos, residente um ano e três meses em uma Casa de Acolhimento na Baixada Fluminense, na cidade do Rio de Janeiro, estudante no 4º ano do ensino fundamental de uma escola pública. Foi encaminhado para atendimento psicológico pelos técnicos da Casa de Acolhimento, por ter sido vítima de negligência e violência psicológica. Os profissionais relataram que o paciente apresentava dificuldade para alfabetização, e informaram que o mesmo era portador do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), adquirido por transmissão verti-

cal. Importante ressaltar que o adolescente desconhecia ser portador da doença. Sobre sua saúde, chegou à Casa de Acolhimento com carga viral alta, sem o uso da medicação por cerca de três meses, com pneumonia, sensação de cansaço, fraqueza para realização de atividades diárias, incluindo dificuldade de manter a presença na escola. Após o primeiro ano de cuidados na Casa de acolhimento, idas constantes ao médico e controle da medicação, o paciente evoluiu em sua condição de saúde, zerando a carga viral. No início do tratamento, o paciente fazia uso diário da medicação e estava assintomático.

Em entrevista com as técnicas da Casa de Acolhimento, foi relatado que a mãe do paciente era usuária de drogas e moradora de rua durante sua gestação. Logo após seu nascimento, sua mãe faleceu por complicações do HIV, e este passou a ser cuidado por uma tia materna. Durante os quatorze

anos que conviveu com sua tia, esta queixava-se de que o adolescente não a obedecia, não compreendia os comandos para as tarefas cotidianas básicas, constantemente se perdia na rua do trajeto entre a casa e a escola, não sabia ler e nem escrever, por isso, ficava retido na mesma série escolar. Após completar 14 anos, o adolescente foi entregue a uma Casa de Acolhimento pela tia, sob alegação de não ter condições de cuidar do adolescente, devido suas fragilidades.

Quando acolhido, o adolescente residia em Casa de Acolhimento específica para meninos. Porém, houve suspeita de violência psicológica causada por outros meninos acolhidos, por conta da medicação que tomava para o HIV, então, fora encaminhado para uma Casa de Acolhimento mista, onde recebiam irmãos e crianças de ambos os sexos. Nesta casa, houve suspeita de violência sexual por parte de duas irmãs

acolhidas, que o teriam coagido a retirar as roupas e tocá-lo sem seu consentimento. Após esse episódio, os técnicos, com receio de contágio do HIV para os demais, solicitaram o retorno do paciente para a primeira Casa de Acolhimento. Na tentativa de diminuir o impacto da revitimização, foi realizada uma conversa com os meninos acolhidos, para que tivessem compreensão da doença, o que, segundo as técnicas, foi eficaz e preveniu outras possíveis mudanças.

Após um ano e três meses acolhido, um casal homoafetivo, também soropositivo, juntos há aproximadamente sete anos, solicitou a guarda provisória do adolescente, sendo esta concedida pelo Juiz da Vara da Infância, Adolescência, Juventude e do Idoso em uma audiência concentrada. No período da audiência, o paciente já estava em atendimento na clínica-escola da UFRRJ e o Laboratório de Estudos sobre Vio-

lência contra Crianças e adolescentes (LEVICA), que coordena o estágio, elaborou um relatório se opondo a adoção naquele momento, por considerá-la precoce e por entender que os pais adotantes ainda não tinham informações suficientes sobre o desenvolvimento do adolescente.

Após as primeiras semanas de convívio sob guarda provisória, os pais apresentaram muitas dificuldades em manejar alguns comportamentos do adolescente. Dentre eles, destacaram: a criação de eventos fantasiosos pelo adolescente, dificuldade de aprendizagem e falta de adesão em tarefas de rotina. Alguns meses, após terem recebido a guarda provisória do paciente, o casal optou pela separação, que fora seguida de dificuldades sobre quem assumiria a guarda do paciente, até a desistência de um deles pela responsabilidade legal sobre o adolescente, havia ameaças de que o paciente fosse “de-

volvido” para a Casa de Acolhimento. Quando o responsável pela guarda mudou-se de localidade, encerrou os atendimentos psicológicos, não deu continuidade com o projeto de avaliação e reabilitação neuropsicológica, perdendo também o vínculo com a instituição de acolhimento que o acompanhava em guarda provisória

Conceitualização do caso pela equipe da TCC

Para fins de avaliação, conceitualização e formação de vínculo terapêutico, realizou-se 22 sessões semanais com duração de 60 minutos cada. Este tempo foi necessário por conta da idiosincrasia que envolvia o caso em

questão. Os instrumentos e técnicas utilizados nesta fase foram: baralho das emoções (Caminha e Caminha; 2011); Caderno da terapia Caminha e Caminha (2016); Teste *House, tree and person* – HTP (Buck, 2003); Escala de Traços de Personalidade para Crianças – ETPC (Sisto, 2004); materiais lúdicos diversos para reconhecimento das emoções; técnica da “linha da vida ou do tempo”; kit de revelação diagnóstica (Conselho Federal de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas, 2009).

A partir dos dados obtidos com os múltiplos informantes (educadores e técnicos) nas entrevistas e os testes aplicados, foram identificados os seguintes problemas: 1) Desconhecimento da sua história de vida e de seu estado de saúde; 2) Comportamento de fuga e evitação diante de estressores; 3) Utilização de recurso de fantasia e mentira,

construindo outras versões de sua história de vida; 4) Dificuldades para nomear e reconhecer as emoções; 5) Incapacidade para processar e responder interações na sessão; 6) Dificuldades na expressão da fala; 7) Dificuldades para nomear e reconhecer as emoções; 8) Crenças centrais de desvalor e desamparo; 9) Vínculo ambíguo com a figura da tia, cuidadora principal; 10) Ansiedade e Vergonha diante de tarefas avaliativas, com estratégia de hipercompensar a sensação de não se sentir capaz 11) Comportamento sexualizado na Casa de Acolhimento, sendo descoberto violência sexual contra o adolescente em passagens anteriores de instituições de acolhimento; 12) Dificuldades no aspecto cognitivo da memória; 13) Comportamento e desenvolvimento cognitivo não correspondente a idade; 14) Timidez, mas, interesse, em psicoeducação sobre sexualidade.

Após a utilização dos recursos de psicoeducação e a atividade “linha do tempo”, o mesmo passou a ter domínio sobre sua história de vida, conseguiu expressar emoções como a raiva, angústia e pôde elaborar dúvidas sobre sua história. Para desenvolver conhecimento sobre seu estado de saúde, foi preparado um plano de ação para a revelação diagnóstica, pois a equipe da Casa de Acolhimento considerava-se despreparada para abordar a questão. Para tal, foi utilizado a aplicação do kit de revelação diagnóstica, proposto pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas (CREPOP), (2009).

De modo lúdico e bem objetivo, o paciente passou a compreender o HIV, seu funcionamento e até formas de contágio e cuidado. Criou-se nestes encontros um espaço para que o adolescente expressasse suas emoções e pensamentos em relação a doença,

estratégias de educação sexual e elaboração da percepção do paciente sobre os acontecimentos ao entorno de sua saúde.

No Quadro 1 é possível observar uma mini conceitualização do paciente diante de algumas situações gatilhos. De acordo com Friedberg e McClure (2004) a conceitualização é como um retrato psicológico personalizado, tenta explicar como os sintomas surgem, como os diferentes contextos que envolvem a criança participam da manutenção e criação dos sintomas, e como o paciente reage a essa situação.

Dentro do conceito de categorização de crenças centrais de Beck (2007), percebe-se que as crenças centrais do adolescente permeiam questões de desamparo e desamor, crendo não ser bom suficiente nas tarefas, não ser competente ou igual aos outros colegas; ou sobre ser abandonável, crendo necessitar de compor-

tamento aceitável para não ser rejeitado.

Sabe-se que a exposição prolongada a múltiplos eventos traumáticos pode levar indivíduos a apresentarem quadro clínico complexo, como desregulação emocional, perturbação no processo de desenvolvimento identitário, incapacidade de confiança e estabilidade nos relacionamentos interpessoais, dificuldade para controlar os impulsos (Tractenberg, Maciel, Schiavon, Levandowski, Kristensen, 2016). Durante o acompanhamento do adolescente, foi possível observar a presença de todos esses sintomas.

Ao considerar as dificuldades apresentadas pelo paciente, além de fragilidades na capacidade atenta, na aprendizagem, na memória, na linguagem, comunicação e expressão de ideias e sentimentos, na atribuição de causalidade e temporalidade, o

Crença central	“Eu só faço merda”	“Eu vou ser abandonado sempre”
Crenças intermediárias	“Se eu percebo que eu não sei fazer, eu chuto mesmo”	“Se eu me comportar, ela volta”. “Você não me quis, por isso, não quero falar com você”.
Pensamentos automáticos	“É muito difícil, eu saio botando um monte de coisa” (nas tarefas). “Eu quero voltar para o abrigo, porque aqui eu só faço merda”.	“Eu não quero ver ela”. “Você me deixou no abrigo. Vai embora. Não quero te ver”.

paciente foi encaminhado para a avaliação neuropsicológica do serviço-escola da UFRRJ no intuito de ampliarmos o entendimento sobre o processo de desenvolvimento do paciente. A Neuropsicologia surge como uma

ciência de interface que investiga a complexa organização cerebral e suas relações com o comportamento e a cognição em condições preservadas ou alteradas (Nitrini, 2003).

Emoções ativadas	Tristeza, raiva, vergonha, ansiedade.	Tristeza, raiva e indiferença.
Estratégias utilizadas	Evita realizar tarefas, ou realizava de qualquer modo, para não sentir a dificuldade na realização.	Demonstra “bom comportamento” perante a tia; Evita as emoções relacionadas com a tia, afirmando não sentir saudade ou tristeza;
	Afasta-se de atividades com o uso de situações prazerosas e nas quais o paciente se sente eficaz, como jogar bola, jogar cartas e soltar pipa.	Cria soluções alternativas e fantasiosas para sua história de vida;
	Toma conhecimento sobre o conteúdo da atividade e aponta não ter a menor dificuldade, sendo o oposto do que de fato acontece.	Briga com a tia, evita vê-la e afasta-se da situação para jogar bola, soltar pipa e afins.

Quadro 1. Conceitualização do caso do paciente

Avaliação Neuropsicológica

Realizado o encaminhamento, a avaliação foi realizada com o intuito de fornecer um breve panorama neuropsicológico. Ao todo foram realizadas cinco sessões, além da entrevista de anamnese

com os cuidadores legais. Devido ao caráter de urgência deste caso, a avaliação foi realizada em um mês, período curto para os padrões dos processos avaliativos neuropsicológicos. De maneira geral e abreviada, foram avaliadas atenção, memória, linguagem, funções executivas, percepção visual, funções escolares e de aprendizagem, assim como o processo intelectual global (Quadro 2).

Funções avaliadas	Instrumento	Breve descrição
Lateralidade	Coleção Piaget-Head – Bateria de Orientação Direita-Esquerda (Toni, 2006).	Averigua o grau de desenvolvimento da orientação direita-esquerda de crianças. Importante para o diagnóstico de dificuldades de aprendizagem, o instrumento avalia a capacidade da criança localizar lateralidade em si mesma, no examinador e entre objetos.
Capacidade Atencional	Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA) (Rueda, 2013).	Composta por três subtestes, realiza a avaliação da capacidade geral de atenção através da verificação de três tipos de atenção específicos, quais sejam, atenção concentrada (AC), atenção dividida (AD) e atenção alternada (AA).
Memória	Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT) (Malloy-Diniz & Paula, 2018).	Amplamente utilizando em pesquisas e na clínica neuropsicológica, o paradigma auditivo-verbal de Rey busca avaliar a memória declarativa episódica. Além disso, fornece medidas de aprendizagem, índices de interferência e de retenção de informações, bem como mensura a memória de reconhecimento.
	Subteste Memória – Bateria Neupsilin (Fonseca, Salles & Parente, 2009).	A seção destinada a avaliar a memória na Bateria Neupsilin divide-se na avaliação da memória de trabalho, memória verbal episódico-semântica, memória semântica de longo prazo, memória visual de curto prazo e memória prospectiva.
Linguagem	Subtestes Vocabulário e Seme-lhanças – WASI (Trentini, Yates&Heck, 2014).	Fornecem QI relacionados à inteligência cristalizada e <i>fator g</i> , conhecimento e articulação verbal e memória semântica.

Funções avaliadas	Instrumento	Breve descrição
	Subteste Linguagem – Bateria Neupsilin (Fonseca, Salles & Parente, 2009).	Sendo um dos focos avaliativos do instrumento, mensura a linguagem oral e escrita a partir de subtestes de nomeação, repetição, linguagem automática, processamento de interferências, compreensão de provérbios, leitura, escrita e compreensão da escrita.
	Subtestes Cubos e Raciocínio Matricial – WASI (Trentini, Yates & Heck, 2014).	São medidas de organização perceptual e raciocínio fluido, relacionando-se com organização e coordenação visomotora.
Percepção e habilidades visuoespaciais	Subteste Percepção – Bateria Neupsilin (Fonseca, Salles & Parente, 2009).	Avalia a percepção visual a partir de subtestes de percepção, sendo estes focados no reconhecimento de faces e heminegligência visual.
	Figuras Complexas de Rey (Rey, 2014).	Com o objetivo de verificar o modo como o sujeito apreende os estímulos perceptivos que são a ele apresentados, este instrumento avalia a organização perceptual, praxia motora, memória visual, memória de curto prazo e planejamento.
Funções Executivas	Teste dos Cinco Dígitos (FDT) (Malloy-Diniz, Paula & Sedó, 2015).	Fornecer índices de velocidade de processamento cognitivo, controle inibitório, habilidade de reorientar a atenção e capacidade de lidar com interferências.
	Subteste Dígitos – WISC-IV (Wechsler, 2013).	Subteste da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV), objetiva avaliar a flexibilidade cognitiva através da mensuração da memória operacional, memória de curto-prazo auditiva, atenção, sequenciação e concentração.
	Subteste Funções Executivas – Bateria Neupsilin (Fonseca, Salles & Parente, 2009).	Além da tarefa de fluência, o subteste utiliza-se da resolução de problemas complexos para avaliar as funções executivas.
Processo Intelectual	Escala Wechsler Abreviada de Inteligência (WA-	Fornecer a avaliação de dois fatores relacionados à inteligência: QI Verbal e QI de Execução. Os subtestes do instrumento

Funções avaliadas	Instrumento	Breve descrição
	SI (Trentini, Yates & Heck, 2014).	contemplam uma gama de aspectos cognitivos, como conhecimento adquirido, processamento de informação visual, memória operacional, raciocínio espacial, inteligência fluída e cristalizada.
Aspectos socioemocionais	Teste de Apercepção Temática (TAT) (Murray, 2005).	Fornecer informações sobre a personalidade e dinâmica psíquica do sujeito a partir da elaboração de histórias para imagens em pranchas.
	Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBA-DEP-IJ) (Baptista, 2011).	Investiga a sintomatologia depressiva, observando a frequência, intensidade e duração de sintomas através de 27 itens auto respondidos.

Quadro 2. Avaliação neuropsicológica reduzida

Durante as sessões iniciais observou-se dificuldade na orientação direita-esquerda do avaliado, que confundiu letras como p e q (rotação) e figuras que se diferenciavam no aspecto espacial de lateralidade. A partir desta constatação, foi aplicada a Bateria Piaget-Head de Orientação Direita-Esquerda (Toni, 2006). É importante pontuar que tal instrumento normatiza-se em uma faixa etária de 6 a 13 anos, não contemplando o sujeito avaliado. Contudo, priorizando a demanda comportamental e a

necessidade desta avaliação, optou-se pela aplicação do instrumento.

Como resultado, o avaliado não alcançou o percentil 1 (<1), totalizando 31 pontos brutos, sendo os dados psicométricos para a população brasileira de 13 anos, 74 pontos (Toni, 2006). Seus desempenhos inferiores referem-se ao reconhecimento de direita-esquerda no outro (espelhamento) e a partir de ordem verbal em figuras esquematizadas.

Os resultados na Escala Wechsler Abreviada de Inteligência – WASI (Trentini, Yates & Heck, 2014) sugeriram que suas habilidades intelectuais se encontram, de maneira geral, rebaixadas. O avaliado obteve desempenho inferior no subtteste Vocabulário (Escore T 20) e no subtteste Cubos (Escore T 22), bem como nos subttestes Raciocínio Matricial (Escore T 20) e Semelhanças (Escore T 20).

Com vistas à brevidade do processo, foi aplicada a Bateria Neu-psilin – Avaliação Neuropsicológica Breve (Fonseca, Salles & Parente, 2009). Os resultados estimaram-se unanimemente abaixo da média, como mostra a Figura 1. Nota-se um rebaixamento significativo nas habilidades de orientação têmporo-espacial, atenção, memória, habilidades aritméticas, linguagem, praxias e funções executivas

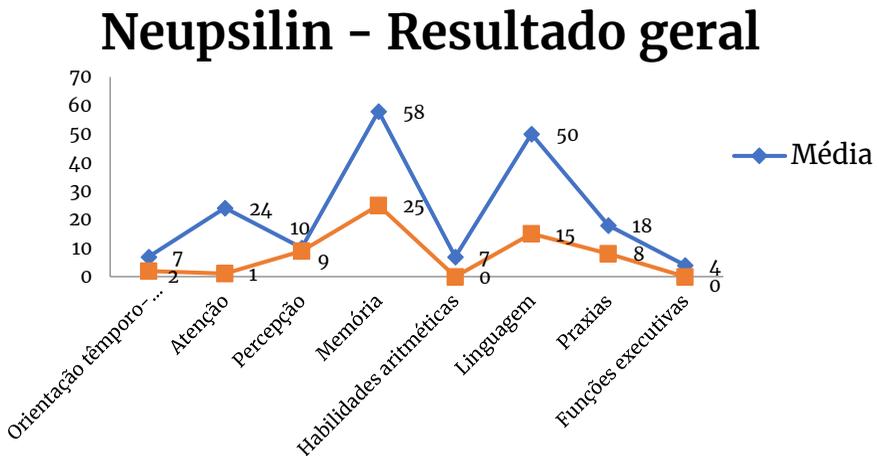


Figura 1. Resultado Geral da Neupsilin – Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve

Por meio do seu desempenho na Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA) (Rueda, 2013), foi possível observar prejuízo em todas as dimensões avaliadas: atenção concentrada, dividida e alternada, bem como na atenção geral. Seu desempenho mnemônico mensurado a partir do RA-VLT (Malloy-Diniz & Paula, 2018) demarcou-se majoritariamente inferior, com exceção da curva de aprendizagem, que se classificou de acordo com a média.

Quanto à riqueza e exatidão da cópia e da memória das Figuras Complexas de Rey (Rey, 2014), o desempenho do sujeito classificou-se como inferior (percentil abaixo de 10), tanto na Forma A quanto na Forma B. Apesar de ter se classificado na média em tarefas de heminegligência visual e reconhecimento de faces da Bateria Neupsilin, nos itens que con-

templam a habilidade de Organização Perceptual da WASI, apresentou desempenho inferior em ambos.

No Teste dos Cinco Dígitos (FDT) (Malloy-Diniz, Paula & Sedó, 2015), o resultado final aponta percentil menor que cinco, abaixo da média. Nota-se diminuição da velocidade muito elevada, o que implica a presença de dificuldade neurocognitiva, de acordo com o manual do instrumento. Quanto à memória operacional visuoespacial, seus resultados no subteste Dígitos (WISC-IV) (Wechsler, 2013) se classificaram abaixo da média, além de constatada interferência do componente visual. Além disso, seu desempenho no subteste Cubos da WASI e no subteste Funções Executivas da Bateria Neupsilin, que envolvem as funções de planejamento e organização, bem como flexibilidade

mental, sugerem um rebaixamento das funções executivas.

Durante a aplicação do Teste de Apercepção Temática (TAT) (Murray, 2005), o avaliado forneceu histórias bem elaboradas para as imagens impressas nas pranchas, por poucas vezes restringindo-se a descrever a cena e narrar fatos superficialmente. Notou-se projeção na grande maioria das pranchas, sendo muito frequente a aparição de temas referentes ao abandono e a tristeza. Pelo menos 30% das histórias narradas citam algum mendigo e/ou morador de rua, bem como incluem resoluções fantásticas e inesperadas para fornecer a eles um lar/casa, de maneira a encerrar a narrativa com um final feliz.

Os resultados da avaliação neuropsicológica sugeriram que o avaliado se encontrava predominantemente no desempenho inferior para a sua faixa etária.

Embora não apresente rebaixamento no estabelecimento de relações pessoais e consiga compreender as regras sociais adequadamente. Ainda, demonstrou dificuldade na resolução de problemas de raciocínio simples e complexos, no pensamento abstrato, quantitativo e na fluidez cognitiva, de maneira global. Assim sendo, os resultados levantados indicaram a presença de atraso intelectual.

Diálogo entre as avaliações

A violência é considerada um fator de risco no processo de desenvolvimento de crianças e adolescentes, pois além de violar seus direitos fundamentais, também gera consequências graves nas esferas cognitiva, comportamental, física e socioemocional. Dentre suas consequências, pontua-

se estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, depressão e disfunções diversas. Além das dificuldades de aprendizagem, no estabelecimento de relações e distúrbios na sexualidade. No que se refere ao abuso psicológico, há evidências de déficit na competência emocional dessas crianças, prejudicando sua relação intra e interpessoal (Habigzang & Koller, 2012). Outros estudos em neurociências relatam uma forte correlação entre as experiências traumáticas na infância e a manifestação de disfunções cognitivas e comportamentais (Oliveira, Scivolletto & Cunha, 2010; Grahn, Parkinsonb, & Owen, 2009).

No que tange a violência do tipo negligência, entende-se que esta é atrelada a precariedade do cuidado e pode ser percebida pelo abandono e descuido. Conforme compreende Pasian (2013) a negligência é uma forma de violência muito presente em nossa

sociedade, mas há grande dificuldade de compreensão e definição desse tipo de violência. Ainda que haja dificuldade nessa definição, o Conselho Nacional do Ministério Público (2018) aponta que, entre os motivos de acolhimento institucional no Brasil, a negligência por parte dos cuidadores principais soma mais de 80% dos casos, o que também aconteceu no relato do paciente em questão. É uma das formas de violência de maior notificação e vista na falta de cuidado físico e no abandono afetivo (Brasil, 2008). A negligência, neste relato, se relaciona a baixa responsabilização e compromisso dos cuidadores, rejeições e apatia no amparo ao adolescente.

Também é possível identificar a falta de apego seguro. Segundo os estudos de relações de apego, um apego seguro é aquele considerado afetivo, cuidador, recíproco e que supre as necessidades, tanto físicas quanto emocionais, dentro

da relação, segundo Habigzang e Koller (2012) e Bowlby (1989). Foi possível verificar que a instabilidade com uma figura de apego durante seus primeiros anos de vida pode ter impactado de forma negativa suas tarefas evolutivas, gerando impacto no seu desenvolvimento neurobiológico e psicossocial, como apresentado acima.

Ao considerar também o impacto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) por transmissão vertical, Aibe (2014) indica que são comuns alterações físicas, neurológicas e cognitivas em crianças e adolescentes infectados, sendo presente atraso motor, cognitivo e atraso de linguagem. Durante a comunicação verbal com o paciente no setting terapêutico, foi possível evidenciar dificuldades linguísticas para se comunicar, bem como na estruturação da sintaxe e semântica. Esse fato justifica a dificuldade do paciente no processo de cons-

cientização dos pensamentos e emoções, bem como na expressão dos mesmos.

A ausência de tratamento adequado desde a gestação nestes casos, comparado a crianças e adolescentes sem a presença do vírus, pode ocasionar um leque de possíveis consequências, como o não alcance dos marcos essenciais do desenvolvimento, avaliação cognitiva com resultado limítrofe, atraso no desenvolvimento motor (como alteração no tônus muscular e estatura) e atraso no desenvolvimento cognitivo (como memória de trabalho e episódica, alterações na atenção e velocidade no processamento de informações), indicados no resultados da avaliação neuropsicológica. Outros fatores vistos no histórico de crianças e adolescentes com quadro de SIDA por transmissão vertical são o atraso escolar, a negligência familiar devido a dificuldades de aceitação da doença e suas conse-

quências, bem como no bom manejo do tratamento, e déficits cognitivos, com índices de inteligência baixo e/ou limítrofe (Aibe, 2014).

Diante disso, o diálogo entre as avaliações se deu justamente em verificar hipóteses diagnósticas acuradas pela TCC. Em observação clínica, foi percebido possível atraso no desenvolvimento cognitivo, dificuldades nos aspectos cognitivos da atenção, memória e na linguagem, o que, juntos, se tornavam grandes desafios para o processo de intervenção terapêutica, visto que o adolescente se esquecia do conteúdo que havia sido trabalhado de uma sessão para outra, sendo, por vezes, um impeditivo para psicoeducação e regulação emocional. Outro fator desafiador se apresentou na linguagem do paciente, sendo necessária uma atenção maior do psicoterapeuta para compreender o que o adolescente estava falando, pois o mes-

mo apresentava dificuldade na formação de frases complexas, utilização de tempos verbais, falta de noção de presente-passado-futuro. Em avaliação neuropsicológica, o psicoterapeuta pode identificar essas questões em observação clínica e, somado à testagem neuropsicológica, as hipóteses foram confirmadas.

Na tentativa de melhor explicar as observações acima, Morais e Ramos (2011) relataram algumas pesquisas no que tange ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com o vírus e perceberam índices de cautela ou atraso na motricidade fina, além de presença de suspeita ou atraso na motricidade grossa, embora seja em menor escala. No caso do paciente, se faz importante salientar que o sujeito não distingue lateralidade. Déficits associados à confusão na orientação direita-esquerda podem acarretar dificuldades acadêmicas como Disle-

xia, Disgrafia e Discalculia, relacionando-se de forma direta com os processos de alfabetização. Dessa forma, ressalta-se a necessidade da reabilitação desta habilidade, uma vez que esta perturbação na orientação pode estar relacionada às dificuldades de leitura, escrita e organização percepto-motora apresentadas pelo paciente.

Interferências no desenvolvimento neuropsicomotor também foram apresentadas em demais pesquisas apontadas pelas autoras e, em seus próprios estudos, observaram suspeita de atraso na linguagem. Entretanto, tais fatores não se relacionam exclusivamente com as demandas biológicas, mas também socioeconômicas, visto que as famílias envolvidas eram principalmente de situações econômicas desfavorecidas. Assim, as marcas no desenvolvimento global e no crescimento de crianças com HIV por transmissão vertical também

dizem respeito aos fatores ambientais.

Após a avaliação neuropsicológica, os encaminhamentos se deram para trabalho de intervenção com fonoaudiólogo, reforço escolar, continuidade em psicoterapia, afim de continuar o trabalho da história de vida, dos resultados com o Kit de Revelação, psicoeducação das questões de saúde física e psicoeducação sexual, compreensão, manejo das emoções, trabalho em conjunto com a escola, e assim, garantir os recursos necessários para cuidar do adolescente, e reabilitação neuropsicológica, a qual teria como objetivo favorecer fortalecimento de algumas estruturas identificadas na avaliação neuropsicológica. Contudo, não foi possível dar continuidade a esses tratamentos, visto que o paciente foi adotado e mudou-se para outra localidade

Considerações finais

Este trabalho objetivou apresentar um estudo de caso clínico de trabalho interdisciplinar entre a TCC e avaliação neuropsicológica, tratando-se de um caso relacionado à violência e abandono. O

trabalho interdisciplinar possibilitou a comprovação dos déficits apresentados pelo paciente, favorecendo a melhor formulação e estruturação das sessões de intervenção. Ressalta-se a necessidade de continuidade dos acompanhamentos sugeridos no trabalho interdisciplinar, a fim de se minimizar os riscos para a saúde e desenvolvimento do paciente.

Referências

- Aibe, M. S.** (2014). Alterações neurocognitivas em crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Dissertação de mestrado pesquisa clínica aplicada à saúde da criança e da mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, 2014. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10963>
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M.** (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Assumpção, A; Teodoro, M.; Maltoni, J.; Neufeld, C.** (2017). A perspectiva adolescente na teoria cognitiva de Beck. In: C. Neufeld. *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes. Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental.* (pp.29-41). Porto Alegre: Artmed, 2017.
- Baptista, M. N.** (2011). Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ). São Paulo: Hogrefe.

Araujo, R. (2017). Terapia cognitivo-comportamental no tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas. In: C. Petersen; R. Wainer. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Ciência e arte.* (pp.16-31). Porto Alegre: Artmed, 2011.

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona* (S. M. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2005).

Benton, A. (2000). Basic approaches to neuropsychological assessment. In: A. Benton. *Exploring the history of neuropsychology: Selected papers* (pp. 223-244). New York: Oxford University Press.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego* (S. M. Barros, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1988).

BRASIL. Ministério de Educação. *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*, 2 ed. Brasília, DF, 2008.

Buck, John. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação.* 1ª ed, São Paulo: Vetor.

Conselho Federal De Psicologia (2009). Centro de Referência Técnica em Políticas Públicas. *Práticas em Psicologia e Políticas Públicas. Práticas Emergentes e Inovadoras de psicólogos (as) no campo das DST/aids*, n.1 Brasília, CFP / CREPOP.

Conselho Nacional De Justiça. (2018). *Três vivas para a adoção! Guia para Adoção de Crianças e Adolescentes*, Rio de Janeiro.

<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/05/267f52a9a15e50766a52e521a01c9522.pdf>.

Fermann, I & Pelisoli, C. (2016). A Psicoterapia cognitivo-comportamental para Crianças e Adolescentes vítimas de Violência Psicológica e Alienação Parental. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1): 76-86.

Fonseca, R.P., Salles, J.F., & Parente, M.A.M.P. (2009). *NEUPSILIN: Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve.*São Paulo: Vetor Editora.

Grahn, J. A., Parkinsonb, J. A. & Owen, A.M. (2009). The role of the basal ganglia in learning and memory: Neuropsychological studies. *Behavior Brain Research*, 199(1), 53-60.

Haase, V. G., de Salles, J. F., Miranda, M. C., Malloy-Diniz, L., Abreu, N., Argollo, N., ... & Landeira-Fernandez, J. (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 4(4), 1-8.

- Habigzang, Luiza & Koller, Silvia.** (2012). *contra crianças e adolescentes: teoria, pesquisa e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Heck, V. S., Trentini C. M., & Yates, D. B.** (2014). *WASI – Escala Wechsler Abreviada de Inteligência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D.W.** (2004). *Neuropsychological Assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Malloy-Diniz, L.F., & Paula, J. J.** (2018). *Coleção RAVLT – Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey*. São Paulo: Vetor Editora.
- Malloy-Diniz, L.F., Paula, J. J., & Sedó, M.** (2015). *Teste dos Cinco Dígitos*. São Paulo: Hogrefe.
- Murray, H. A.** (2005). *TAT – Teste de Apercepção Temática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, M. G. & Bueno, O.F.** (1993). *Neuropsicologia da memória humana*. *Psicologia USP*, 4, 117-38.
- Nitrini, R.** (2003). *Conceitos anatômicos básicos em neuropsicologia*. In: R. Nitrini, P. Caramelli, & L. L. Mansur (Org). *Neuropsicologia: Das bases anatômicas à reabilitação* (pp. 11-30). São Paulo: FMUSP.
- Paisan, M. S.** (2013). *Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos. Pensando famílias*, 17(2), 61-70.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a05.pdf>
- Petersen, C.** (2017). *Avaliação inicial de crianças: a dimensão bioecológica do desenvolvimento humano*. In: Petersen; R. Wainer. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Ciência e arte.* (pp.32-45) Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Petersen, C. & Wainer, R.** (2017). *Aportes teóricos e técnicos para intervenção em comportamentos impulsivos em crianças*. In: Petersen; R. Wainer. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Ciência e arte.* (pp.62-83) Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Rey, A.** (2014). *Figuras Complexas de Rey*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rueda, F. J. M.** (2013). *Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção – BPA*. São Paulo: Vetor Editora. Toni, P. M. (2006). *Coleção Piaget-Head – Bateria de Orientação Direta – Esquerda*. São Paulo: Vetor Editora.
- Schneider, J. A. & Habigzang, L. F.** (2016). *Aplicação do Programa Cognitivo-Comportamental Superar para atendimento individual de meninas vítimas de violência sexual: estudos de caso*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), pp. 543-556.

Sisto, F. (2004). Escala de traços de personalidade para criança (ETPC). São Paulo: Vetor.

Wechsler, D. (2013). WISC IV - Escala Wechsler de Inteligência para Crianças. São Paulo: Casa do Psicólogo.

World Health Organization. (2006a). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/topics/child_abuse/en

Recebido em: 27/04/2022

Aprovado em: 01/01/2023