

DIAGNÓSTICO E PLANO DE TRATAMENTO EM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Barry Nurcombe

Edição em Português

Editores: Marcos Ribeiro e Ricardo Krause

Tradutor: Miriã Helena Buiatti Fernandes



Estudantes do oitavo ano participando da fase piloto da intervenção Respect4U em uma escola secundária de Masiphumelele, Cidade do Cabo, África do Sul (Foto: Julius Oatts)

Barry Nurcombe MD

Professor emérito de Psiquiatria da infância e adolescência da Universidade de Queensland, Brisbane, Austrália.

Conflito de interesse: não declarado.

Esta publicação destina-se ao treinamento ou prática de profissionais em saúde mental e não ao público geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam necessariamente os pontos de vista do editor ou da IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas, conforme avaliado pelos autores, baseando-se em evidências científicas disponíveis no momento da publicação e podem mudar com o resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento com os pacientes de acordo com as leis e diretrizes de seu local de atuação. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países. Os leitores devem consultar informações específicas sobre drogas, visto que nem todas as dosagens e efeitos colaterais são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados ou vinculados para ilustrar problemas ou como fonte de informações complementares. Isso não significa que os autores, o editor ou a IACAPAP endossam seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliados pelo leitor. Sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Esta é uma publicação de acesso aberto sob a [Licença Creative Commons Atribuição Não-comercial](#). Seu uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem autorização prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial.

Citação sugerida: Nurcombe B. Diagnosis and treatment planning in child and adolescent mental health problems. In Rey JM, Martin A (eds), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2014.

O termo *diagnóstico* deriva de uma palavra grega que significa *distinção*, *discernimento* ou *decisão*. Diagnóstico foi usado por Hipócrates para se referir ao processo de raciocínio clínico. Hoje, o termo é aplicado tanto para o processo quanto para o produto da tomada de decisão.

O diagnóstico tem várias funções. Ele:

- Permite que médicos descrevam casos sob uma perspectiva comum.
- Permite a coleta de dados para fins administrativos.
- Pode ser utilizado para fins científicos, como a coleta de casos de naturezas similares para exposição a tratamentos contrastantes.
- É a chave para o plano de tratamento.

Este capítulo diz respeito à formulação do diagnóstico ensejando um plano de tratamento individualizado.

Um transtorno mental constitui um padrão clinicamente significativo de sinais e sintomas psico-comportamentais associados a sofrimento em curso ou prejuízo experimentado pelo paciente ou por pessoas no mesmo ambiente, ou com o risco de sofrimento ou prejuízo futuro. O conceito de *transtorno* fica aquém do valor científico de *doença*. Transtorno e doença se referem a uma *desvantagem biológica* (Scadding, 1967). Alguns dos transtornos descritos no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) ou CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1992) podem ser distintivos e categóricos; no entanto, a maioria tende a ser dimensional, com “pontos de corte” para o diagnóstico determinados por fórmulas estatísticas ou arbitrariamente. Isso é particularmente importante quando uma série de alterações comportamentais coincidem e é discutível se a dimensionalidade polimorfa ou a comorbidade categórica são aplicáveis. Na medida de sua dimensionalidade, é provável que uma doença tenha sido determinada por uma mistura variável de fatores genéticos e temperamentais com respostas de adaptação aprendidas (p.ex., transtornos de conduta), enquanto um transtorno verdadeiramente categórico provavelmente tem uma base biológica (p.ex., síndrome de Rett). Nem todos os distúrbios ou síndromes poderão ser distintos predominantemente como categóricos; e alguns que parecem ser categoricamente distintos hoje acabarão por vir a ser heterogêneos.

O clínico combina as diferenças entre protótipos categóricos com a eliciação de fatores dinâmicos envolvidos na origem e perpetuação da condição do paciente. Este capítulo trata de como uma formulação diagnóstica pode ser aplicada de forma a auxiliar o plano de tratamento.

AS DIMENSÕES DO DIAGNÓSTICO

É útil conceituar formulação diagnóstica em três eixos ou dimensões (veja também o Capítulo A.10):

- Biopsicossocial
- Do desenvolvimento e
- Temporal.

A dimensão biopsicossocial

O paciente é composto de funções a nível biológico (base), psicológico e social (topo) (p.ex., o funcionamento dos sistemas molecular, celular e orgânico; funcionamento psicológico inconsciente e consciente; e adaptação sócio-familiar).

•Você tem perguntas?

•Comentários?

Clique aqui para acessar a página do Textbook no Facebook e compartilhe sua opinião sobre o capítulo com outros leitores, questione os autores ou editor e comente.

Diagnóstico foi usado por Hipócrates para se referir ao processo de raciocínio clínico. Hoje, o termo é aplicado tanto ao processo quanto para o produto da tomada de decisão.

Categorias versus dimensões

Um diagnóstico categórico implica uma diferença qualitativa clara entre ter e não ter uma doença (p.ex., câncer de mama), enquanto um diagnóstico dimensional implica uma diferença quantitativa (p.ex., hipertensão).

Os méritos e deficiências de cada abordagem têm sido debatidos. Na prática, um método categórico é clinicamente mais viável (p.ex., indicando a necessidade de tratamento). No entanto, classificações mais recentes (como o DSM-5) tentam incorporar ambas as abordagens, por exemplo, através da inclusão de faixas de gravidade ou pela definição de um ‘espectro’ diagnóstico (p.ex., espectro de transtorno do autismo). Para mais detalhes veja o capítulo A.3.

Cada nível emerge do patamar inferior. Nenhum nível pode ser reduzido para o nível inferior, embora a ciência procure associações entre os níveis (p.ex., entre a disfunção molecular sináptica e psicose).

O médico analisa os seguintes níveis na formulação diagnóstica:

1. *Nível Físico*

- Sintomas em órgãos periféricos
- Sistema imunológico
- Sistema nervoso autônomo
- Sistema sensorial

2. *Nível Psicológico*

• Processamento de informações (orientação, atenção, memória, compreensão, julgamento)

- Aprendizagem
- Comunicação
- Atitudes consigo próprio e com os outros
- Competência social
- Sintomas psicológicos
- Conflitos inconscientes e defesa egóica

3. *Nível social*

- Estrutura e dinâmica familiar
- Relações sociais
- Ajustamento escolar e ocupacional

A dimensão do desenvolvimento

O médico avalia diferentes sistemas dentro do eixo biopsicossocial para determinar se são anormalmente *atrasados*, *avançados* ou *desviantes* em relação ao que seria esperado para a idade do paciente. O autismo, por exemplo, está associado com o desenvolvimento atrasado e desviante da comunicação, das relações sociais e do raciocínio verbal. A dimensão do desenvolvimento é muito importante na avaliação de crianças e adolescentes.

A dimensão temporal

A vida humana é como um filme: ela começa em algum lugar, é vista como se estivesse em uma trama e se dirige para o futuro. A dimensão temporal requer o entendimento do seguinte:

Predisposição

Quais são as influências físicas, psicológicas ou sociais – genéticas, do desenvolvimento intrauterino, perinatal e precoce – que predispõem o paciente a ser psicologicamente perturbado no momento do exame. Houve alguma fonte de

estresse, trauma, ou privação nos anos de desenvolvimento?

Precipitação

Há evidência de um estressor físico ou psicossocial que coincide com o início do transtorno psicológico e poderia ter levado o indivíduo ao desequilíbrio? Estressores comuns incluem doenças físicas (p.ex., hepatite causando depressão), exposição a trauma psicológico ou perda, problemas conjugais e divórcio. Alguns estressores psicológicos recentes podem ser recapitulações de traumas de infância não resolvidos. Nem todos os problemas atuais são precipitados: alguns (p.ex., o autismo) evoluem gradualmente a partir de um desvio ou atraso predisponente.

Apresentação

É útil perguntar: por que agora? Se o problema tem sido evidente há algum tempo, por que o indivíduo ou a família pedem ajuda neste momento? Algum estresse adicional causou falhas no sistema físico ou psicossocial anteriormente estáveis?

Padrão

O padrão de sinais e sintomas biopsicossociais constitui o distúrbio atual (fenômenos que representam a doença ou transtornos identificados de acordo com DSM ou CID). Os sinais e sintomas representam uma descompensação, atual ou iminente, de adaptação inadequada (com ansiedade, somatização ou descarga de tensão), emergência de mecanismos mais primitivos de sobrevivência (como negação, repressão, dissociação), fragmentação do funcionamento mental (como na psicose), ou resíduo de descompensação passada (como no transtorno de conversão crônica)? Será que os sintomas têm uma função comunicativa inconsciente ou mimética (imitativa) (como em algumas formas de conversão)? Se assim for, o que está sendo comunicado e para quem? Os sintomas são baseados em uma doença física real ou imaginária? Em caso afirmativo, o paciente pode obter ganho secundário da doença?

Perpetuação

Muitos problemas psicológicos são de curta duração; o estresse precipitante se dissipa ou é enfrentado, às vezes com melhores respostas. Mas e os problemas que não são mitigados? O que os faz continuar? O fator precipitante persiste de modo a perpetuar o desequilíbrio? Os mecanismos de enfrentamento patológicos podem causar um estresse que mantém o problema vivo? A compreensão da precipitação e da perpetuação é essencial para o tratamento.

Prognóstico

Qual sua previsão sobre o desfecho, com e sem o tratamento? A condição requer tratamento ou é susceptível de diminuir espontaneamente?

Potenciais

Não se concentre apenas nos problemas e defeitos. Quais trunfos

biopsicossociais o paciente tem? Beleza física, força física, habilidade artística, talento esportivo, habilidade social, habilidade mecânica, por exemplo, podem ser aproveitados para compensar defeitos ou problemas em um plano de tratamento abrangente.

A formulação diagnóstica pode ser derivada a partir de uma combinação dos eixos biopsicossocial, temporal e de desenvolvimento em uma matriz, tal como ilustrado na Figura A.11.1.

O diagnóstico biopsicossocial (Nurcombe & Gallagher, 1986) ajuda o médico a identificar os focos do plano de tratamento, os pivôs em torno dos quais o tratamento é planejado. Outros sistemas diagnósticos (por exemplo, Amchin, 1991; Faulkner et al. 1985; Leigh & Reiser, 1993; Perry et al. 1987; Shapiro, 1989; Sperry, 1992; Sperry et al. 1992) têm sido propostos, mas apenas Shapiro (1989) adequa o peso de fatores de desenvolvimento, psicodinâmicos, educacionais e familiares.

Figura A.11.1 Integrando as informações como uma formulação diagnóstica: a matriz diagnóstica

	Predisposição	Precipitação	Padrão	Perpetuação	Potencial
Físico					
Psicológico					
Familiar/Social					



Crianças se apresentando na cerimônia de abertura do Congresso Mundial da IACAPAP de 2010 em Pequim.

EXEMPLO DE CASO: A FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA

Janet, 17 anos, é a primogênita de pais divorciados. Ela tem um irmão (com 10 anos) e um meio-irmão (com 2 anos) nascido da segunda esposa de seu pai. Janet tem se consultado com o médico de sua família, que está preocupado com sua depressão, ideação suicida e automutilação após estupro ocorrido há 18 meses. Janet revelou apenas recentemente o estupro ao médico. Ela não queria se queixar a sua mãe ou à polícia. O médico se perguntou se ela tinha transtorno de estresse pós-traumático.

Janet é uma jovem atraente, elegantemente vestida, que se relaciona bem com o examinador, parecendo madura para sua idade. Ela chora brevemente enquanto explica o que aconteceu há 18 meses. A casa estava vazia, pois a mãe e o irmão estavam visitando um parente. Janet trouxe para casa um amigo de escola do sexo masculino que, a tendo dominado, obrigou-a a ter relações sexuais com ele. Depois, Janet sentiu-se ultrajada, culpada, e “fora de sintonia” com o mundo e com seu corpo. Ela não contou à sua mãe ou à polícia porque ela estava consciente de quão tola ela tinha sido. Na verdade, ela vinha tendo relações sexuais com vários meninos, não por amor (“Eu sou muito jovem para o amor”), mas porque ela queria sentir alguém próximo dela. Quando foi solicitado que refletisse sobre por que ela queria alguém próximo a ela, Janet contou a seguinte história.

Há cerca de três anos, seu pai, professor, estava longe de casa frequentando um curso de formação em outra cidade. Um dia, ele telefonou para sua esposa para dizer que tinha se apaixonado por outra mulher e queria o divórcio. Ele não voltou para casa. A mãe de Janet, uma corretora de imóveis, ficou arrasada. Janet a apoiou e assumiu grande parte da maternidade de seu irmão mais novo.

Depois que seus pais se divorciaram dois anos atrás, Janet passou a visitar seu pai, sua madrasta e seu meio-irmão bebê. No entanto, seu adorado pai (“Eu era a queridinha do papai”) a criticou reclamando que ela tinha ganhado peso (2,27 Kg) depois que ela parou de dançar após uma lesão no tornozelo. Os dois discutiram. O pai disse que ela era ingrata e desrespeitosa. Sua madrasta o apoiou. Janet parou de visitar seu pai há cerca de 12 meses e não falou com ele desde então.

Janet se queixa de sentimentos depressivos, sem insônia ou mudança de apetite. Ela tinha pensamentos vagos sobre suicídio. Às vezes, ela se sentia “fora de sintonia” com o seu corpo e com o mundo ao seu redor. De vez em quando ela cortava as coxas com uma lâmina de barbear a fim de aliviar a sensação de “morte” emocional.

A mãe de Janet não sabia do estupro e o médico não falou para ela. Ela disse que sua filha tinha se tornado depressiva e irritável desde o divórcio. A mãe tinha sido tratada para depressão na sequência da separação, mas se recuperou e agora está trabalhando em tempo integral. Ela se distanciou de seu ex-marido e não se comunica mais com ele.

Não há histórico familiar de distúrbio mental, problemas de aprendizagem ou comportamento antissocial. A mãe de Janet disse que a gravidez e a concepção de Janet foram normais. Janet era uma criança desejada, cujos marcos de desenvolvimento foram avançados. Ela era próxima de ambos os pais, mas especialmente de seu pai, que era idolatrado. Ela sempre foi “uma segunda mãe” para seu irmão mais novo. Ela não tinha

tido doenças, cirurgias ou acidentes significantes. Uma criança brilhante, Janet sempre fora uma boa aluna. Ela planejava ir para a faculdade.

Formulação diagnóstica

Janet é uma adolescente de 17 anos, branca, de classe média, a mais velha de três irmãos. Sua infância foi normal e ela cresceu sendo uma criança sociável e brilhante, muito próxima de seu adorado pai. Essa estreita ligação com o pai a predispôs a um transtorno depressivo, precipitado pelo abandono inesperado de sua família por seu pai. Ela apoiou a mãe deprimida e cuidou de seu irmão. No entanto, ela se desentendeu com seu pai, que, possivelmente, por sua própria culpa, começou a criticá-la. Ela se afastou dele quando se sentiu deslocada de sua afetividade por seu meio-irmão de dois anos de idade. Procurando alívio emocional, ela se tornou sexualmente promíscua. O estupro ocorreu nesse contexto. Em seguida, sua sintomatologia depressiva complicou-se por culpa, autoaversão, despersonalização, ideação suicida vaga e automutilação (para aliviar a falta de resposta emocional). Sua condição psiquiátrica atual é perpetuada pela perda paterna e por sua incapacidade de comunicar-se com seus pais sobre sua situação. Com o tratamento adequado, o prognóstico é bom. Sem o tratamento, sua depressão poderá se tornar crônica e seus relacionamentos emocionais adultos vazios, insatisfatórios e conflituosos. No entanto, ela tem muitos pontos fortes, particularmente a inteligência, habilidades sociais e habilidades artísticas (balé).

Em resumo, Janet tem um transtorno depressivo leve. Ela não tem o transtorno de estresse pós-traumático (não apresenta flashbacks, pesadelos, ou hiperativação autonômica), mas ela sofreu um transtorno de estresse agudo, atenuado na sequência do estupro, com despersonalização e ideação suicida. Um plano de tratamento orientado para a meta será projetado na próxima seção.

MODELOS DE PLANO DE TRATAMENTO

Quatro formas de planos de tratamento são usadas por médicos. O primeiro é intuitivo, os outros são deliberados:

1. Focado no encontro da terapêutica
2. Orientação por problemas
3. Plano de tratamento hospitalar focal
4. Orientado para metas

Focado no encontro da terapêutica

Este é o modo natural, a técnica de correspondência de padrões utilizada pela maioria dos médicos. Dado um padrão clínico (p.ex., criança do sexo masculino, sete anos de idade; hiperativo, inquieto, desatento e impulsivo; problemas de aprendizagem; pais coercitivos e punitivos; inteligência provavelmente no extremo inferior da faixa média), o clínico se vale de um diagnóstico e um plano de tratamento (p.ex., testes de inteligência e educacionais; orientação de pais e professores; possível ensino especial; medicação estimulante; possível programa comportamental para facilitar a concentração). O progresso da criança em tratamento é avaliado em sua totalidade até que a família esteja convencida de que a criança tenha melhorado ou fique insatisfeita e encerre o tratamento.

Embora este modelo seja rápido, eficiente e natural, ela tem deficiências graves. A ausência de focos específicos e estimativas sobre o tempo necessário

para produzir mudanças nesses focos leva à imprecisão e potencial “desvio”: o terapeuta não é considerado o responsável para decidir se o plano de tratamento está funcionando e, se não estiver, para alterá-lo. Quando uma equipe clínica está envolvida em fornecer o tratamento, como em um ambiente hospitalar, esse pode tornar-se descoordenado uma vez que a equipe não tem uma lógica explícita de atribuição de funções e de tomada de decisão conjunta.

Orientado para Problemas

Weed (1969) introduziu na medicina o *registro orientado a problemas* a fim de superar a falta de coordenação entre os programas de internação altamente especializados. No sistema de Weed, os problemas diagnósticos e terapêuticos são extraídos da base de dados. Os problemas ou se tornam inoperantes ou são apresentados como diagnósticos categóricos cujo tratamento ou tratamentos específicos são prescritos. Posteriormente, os problemas terapêuticos permanecem ativos, tornam-se inativos, ou são resolvidos. A lógica explícita do sistema promove a comunicação e colaboração, e impede que o paciente passe despercebido entre as especialidades médicas.

Infelizmente, a orientação ao problema não tem sido bem sucedida em psiquiatria. Grant & Maletzky (1972) recomendam que os problemas psiquiátricos sejam definidos como comportamentos desviantes com necessidade de extinção ou comportamentos deficientes que necessitam de aprimoramento. No entanto, não existem diretrizes para a extração de problemas a partir da base de dados ou decisão de como eles devem ser integrados. Muitas vezes, o registro orientado ao problema se degenera em uma lista fragmentada de *comportamentos* que perde a essência de um padrão de interação dinâmico. Assim, ele corre o risco de ser considerado pela equipe de tratamento como apenas mais uma “papelada” elaborada para satisfazer a avaliação externa.

O registro orientado a problemas foi introduzido na medicina, inicialmente a fim de superar a falta de coordenação entre os programas de internação altamente especializados. Infelizmente, a orientação ao problema não tem sido bem sucedida em psiquiatria.

Plano de Tratamento Hospitalar Focal

Harper (1989) introduziu o *plano focal* para facilitar o tratamento de pacientes hospitalizados. O clínico identifica um problema central, formula-o em termos operacionais e amarra o tratamento ao diagnóstico por meio de objetivos específicos. Empregando linguagem explícita sem jargões, o plano é acessível tanto para o corpo clínico como para o paciente e a família. O plano de tratamento focal está intimamente ligado ao método de *orientação para a meta*.

Orientado para metas

A orientação para metas foi introduzida por Nurcombe & Gallagher (1986) e Nurcombe (1989). Focos centrais de tratamento são extraídos a partir da formulação diagnóstica. Esses focos estão entre os aspectos diagnósticos modificáveis susceptíveis de produzir o maior efeito global quando alterados. Na escolha de metas e tratamentos, o clínico deve levar em conta o tempo, financiamento e recursos disponíveis. Em contraste com o plano de tratamento hospitalar focal, a orientação para a meta é aplicável a todos os ambientes de tratamento: o tratamento hospitalar, por exemplo, visa à rápida *estabilização* do comportamento perigoso antes do tratamento prolongado. O tratamento residencial ou ambulatorial envolve uma combinação de *resolução* de conflitos, conscientes ou inconscientes, *correção* de defeitos, *reeducação*, *reabilitação*, *reconfiguração* da família e promoção da força e habilidades para compensar o defeito.

TRAÇANDO UM PLANO DE TRATAMENTO ORIENTADO PARA A META

As etapas do plano de tratamento orientado para a meta são as seguintes (Figura A.11.2):

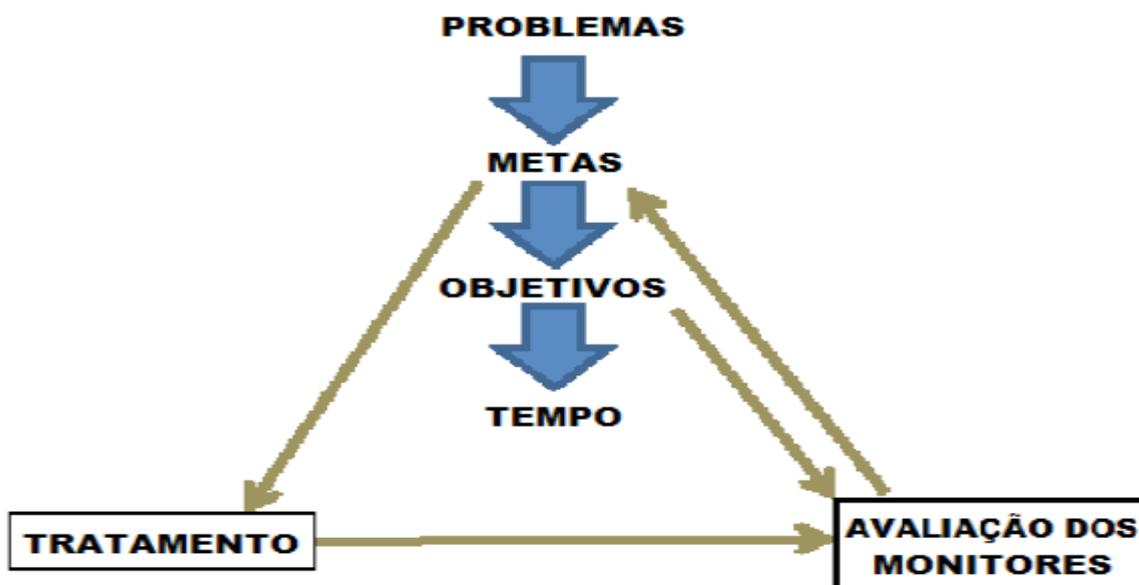
1. Identificar os principais problemas e potenciais
2. Reescrever os problemas/potenciais como metas
3. Calcular o tempo necessário para atingir cada meta
4. Para cada meta, identificar pelo menos dois objetivos
5. Para cada meta, escolher um ou mais tratamentos de acordo com a literatura, adequação sociocultural, e os recursos disponíveis
6. Para cada meta/objetivo, definir um indicador para determinar se o tratamento está progredindo ou se o objetivo foi alcançado.

Identificar Problemas e Potenciais

O médico sozinho (ou equipe médica em conferência) extrai da formulação diagnóstica biopsicossocial os problemas ou potenciais que, se alterados, removidos ou melhorados, são susceptíveis de produzir o maior benefício. Por exemplo:

- Tensões físicas ou psicossociais que predispoem o paciente a desenvolver um distúrbio no futuro.
- Estressores físicos ou psicossociais que perpetuam o distúrbio atual.
- Fatores físicos, psicossociais ou administrativos que levaram ao encaminhamento do paciente.
- Fatores do padrão biopsicossocial atual que são susceptíveis de mudança:

Figura A.11.2 Plano orientado para a meta



disfunção física e neuropsicológica; sintomas considerados como forma de enfrentamento.

Metas para estabilização, reabilitação ou compensação são abstraídas da formulação fazendo essas perguntas:

- *Quais os sintomas, sinais, deficiências, comportamentos, emoções, disposições ou disfunções devem mudar se o paciente for tratado em um nível menos restritivo de cuidados?*

- *Quais fatores de precipitação ou perpetuação podem ser alterados ou eliminados?*

- *Quais potenciais podem ser promovidos a fim de compensar a disfunção ou defeito?*

Normalmente, de quatro a seis problemas e um potencial são necessários para um plano abrangente. De um modo geral, os problemas são *comportamentais* (p.ex., automutilação), *psicológicos* (p.ex., conflitos não resolvidos quanto ao abuso sexual na infância), *familiares* (p.ex., distanciamento entre pais e filhos ou discordância paterna), *sociais* (p.ex., relação pobre entre os pares), *educacionais* (p.ex., deficiência de aprendizagem), ou *médicos* (p.ex., diabetes mellitus descompensado). Cada problema e potencial representa uma meta que o médico ou a equipe almejam para ajudar o paciente e a família.

Reescrever os Problemas/Potenciais como Metas

O tratamento visa modificar problemas/potenciais, por exemplo:

- Reduzir a intensidade do humor depressivo.
- Reduzir a frequência do comportamento compulsivo.
- Resolver conflito relativo ao abuso passado.
- Estimular a comunicação mais empática entre pais e filhos.
- Promover a disciplina consistente e acolhedora dos filhos (ou seja, reverter parentalidade coercitiva).
- Estimular (melhorar) a capacidade artística.

Escolher o Tratamento

Para cada problema ou potencial principal, o médico seleciona uma ou um conjunto de terapias adequadas para as necessidades do paciente e de sua famílias, usando esses parâmetros. Nesse caso, qual terapia:

- Tem o maior suporte empírico (ou seja, baseado em evidências)?
- É a menos arriscada (p.ex., com menos efeitos colaterais)?
- A que melhor corresponde aos recursos disponíveis?
- É a mais econômica quanto a tempo e dinheiro?
- É a que melhor combina com as características socioculturais da família?

A Data Alvo

O médico calcula quanto tempo levará para que a terapia seja eficaz (ou seja, para a meta ser atingida). A data é uma referência para a avaliação do progresso.

Traçando os Objetivos

O objetivo é uma consequência para o paciente ou para a família resultante

de uma meta alcançada, ao passo que a meta representa o que o médico ou a equipe pretendem fazer para ajudar o paciente. Os objetivos devem ser escritos como exemplos de comportamentos que evidenciam o alcance da meta. Objetivos também indicam o estágio em que uma meta será alcançada. Uma meta sem um objetivo corre o risco de se tornar uma abstração vazia. Objetivos sem metas correm o risco de perder a essência da questão. Aqui está um exemplo de tratamento hospitalar:

Meta: Reduzir a intensidade de humor depressivo/ideação suicida

Objetivos:

- No exame diário do estado mental, o paciente não evidenciará afeto depressivo nem ideação suicida durante duas semanas consecutivas.
- Enfermeiros observadores notarão que o paciente está interagindo com os pares.
- O professor irá relatar que o paciente está se esforçando em trabalhos escolares.
- Os pais irão relatar que o paciente não está mais deprimido e que está fazendo planos construtivos.

- O **objetivo** é uma consequência para o paciente ou para a família resultante de uma meta alcançada.
- A **meta** representa o que o médico ou a equipe pretendem fazer para ajudar o paciente.

Avaliação

Em alguns casos, as medidas físicas (p.ex., o peso corporal em transtorno alimentar), o número de sintomas (p.ex., as tentativas de autolesão no transtorno autista) ou resultados de exames (p.ex., alteração de escores de avaliações) podem ser usados. No entanto, em muitos casos, um exame empático do estado mental é o método mais adequado para avaliação.

As etapas do Plano de Tratamento Orientado para a Meta estão ilustradas na figura A.11.2. Basicamente, o médico questiona:

- Qual é o ponto de chegada (meta)?
- Por qual rota o paciente vai chegar lá (tratamento)?
- Como você vai saber se o paciente está no caminho ou atingiu o destino (objetivos)?

Trabalho em Equipe

O plano de tratamento orientado para a meta permite que uma equipe médica planeje, colabore e aplique o tratamento a partir de uma base científica compartilhada. Cada membro da equipe sabe o que deve fazer para implementar a terapia e acompanhar os objetivos. A comunicação com os examinadores externos torna-se mais clara e concisa.

Negociação com a Família

A formulação do diagnóstico e o plano de tratamento devem ser discutidos com a família. As metas, terapias e custos (em termos de tempo e dinheiro) serão listados. A família tem a oportunidade de concordar, discordar, modificar e fazer escolhas dentro do plano. A família e o médico, ou a equipe, concordam em colaborar assinando o plano, uma cópia do qual é disponibilizada para a família. Assim, o consentimento plenamente informado é obtido.

Revisão

Dando a atenção necessária aos objetivos, o clínico será alertado se o

tratamento estagnar, se o paciente teve piora ou se surgirem complicações. O plano diretor pode precisar ser revisto. As metas representam adequadamente a essência do distúrbio do paciente? As metas e os objetivos são viáveis? Os objetivos refletem as metas? As terapias prescritas são adequadas? Elas estão sendo aplicadas fielmente? As metas e objetivos precisam ser reescritos?

DESVANTAGENS E OPORTUNIDADES

O plano de tratamento orientado para a meta leva tempo para ser dominado. Ele é mais bem ensinado através de modelos em workshops e conferências de caso. Alguns médicos são relutantes em especificar datas ou objetivos a atingir. Outros ficam ressentidos com o tempo necessário para a produção da “papelada”, preferindo trabalhar com o método da terapia de referência de modo intuitivo. Metas psicodinâmicas são reconhecidamente mais difíceis de moldar, em contraste com objetivos médicos, educacionais ou comportamentais. No entanto, uma vez que um plano tenha sido articulado, as vantagens educacionais, comunicativas, regulamentares e médico-legais se tornam aparentes. Por fim, os planos orientados para a meta podem facilitar a investigação sobre a eficácia relativa de diferentes terapias.

CONCLUSÃO

A confiabilidade com a qual os médicos fazem diagnósticos psiquiátricos melhorou desde a introdução do DSM. No entanto, a validade das categorias diagnósticas do DSM é incerta. Insel (2013) aponta que o sistema diagnóstico do DSM é baseado no consenso de comitês sobre conjuntos de sintomas, e não em testes objetivos. Sintomas isolados raramente indicam o melhor tratamento. Insel recomenda que a psiquiatria projete um sistema classificatório ligado a biomarcadores cognitivos, genéticos e a circuitaria neural. Tal sistema, ele alega, parece ser um guia mais preciso para o tratamento.

No entanto, distúrbios psicológicos variam em especificidade, de categorias (p.ex., transtorno bipolar) a dimensões (p.ex., transtorno da personalidade borderline). Alguns distúrbios estão relacionados principalmente à predisposição, precipitação e perpetuação psicossociais, e o tratamento deve ser direcionado para a psicopatologia individual e familiar, bem como para o domínio da ansiedade ou depressão, por exemplo.

A formulação diagnóstica biopsicossocial e o Plano de Tratamento Orientado para a Meta são projetados para explicar tanto os aspectos biológicos como os fatores psicossociais no coração da psicopatologia. Ele contrasta com abordagens reducionistas que lidam exclusivamente com fatores biológicos ou psicossociais isoladamente.

Clique na imagem para ver o Dr. Nurcombe resumir o plano de tratamento orientado para a meta (2:44)



EXEMPLO DE CASO: O PLANO DE TRATAMENTO

Voltando à Janet, a jovem de 17 anos com depressão, ideação suicida e automutilação após estupro sobreposto a luto não resolvido causado pela perda paterna, os seguintes problemas e potenciais principais podem ser identificados:

- Depressão/ideação suicida.
- Luto não resolvido após a perda do pai.
- Reação ao estresse não resolvido, seguindo o estupro com autoaversão e automutilação.
- Comunicação deficiente com a família; distanciamento entre os pais e entre o pai e a paciente.
- Habilidade artística.

Estes problemas podem ser reescritos como cinco metas:

1. Aliviar o humor depressivo e eliminar ideação suicida
2. Resolver luto após a perda do pai
3. Resolver reação ao estresse após estupro
4. Promover melhor comunicação entre os pais e entre pais e filhos
5. Promover a capacidade artística

Para cada meta, as seguintes terapias poderiam ser instituídas:

1. *Aliviar o humor depressivo*
 - Psicoterapia individual (dinâmica ou interpessoal), semanalmente durante 12 semanas, com redução gradual até o sexto mês.
 - Medicação antidepressiva (se a psicoterapia for ineficaz após quatro semanas).
2. *Resolver luto após a perda do pai*
 - Psicoterapia individual, como acima.
3. *Resolver reação ao estresse após estupro*
 - Psicoterapia individual, como acima.
4. *Melhorar a comunicação familiar*
 - Terapia familiar, semanalmente durante 3 meses.
5. *Promover habilidade artística*
 - Encorajar paciente a voltar a treinar balé.

Assim, o tratamento envolve uma combinação de psicoterapia individual, medicação antidepressiva e terapia familiar, ajustados e titulados de acordo com o progresso do paciente ao longo de seis meses

Os objetivos para cada meta são os seguintes:

1. Aliviar o humor depressivo

- Sem humor depressivo (ou um escore na faixa não-clínica de uma escala de avaliação de depressão) e livre da ideação suicida, no exame de estado mental durante dois meses.
- Boa interação entre pares, sem promiscuidade sexual.
- Progresso escolar satisfatório.

2. Resolver luto

- Na terapia individual, o paciente compreende as conexões entre a perda, depressão, a necessidade de amor e a promiscuidade sexual.

3. Resolve reação ao estresse

- Na terapia individual, o paciente entende a ligação entre o trauma do estupro, baixa autoestima e automutilação.
- Sem automutilação por um mês.

4. Promover a comunicação familiar

- Os pais são capazes de fazer planos juntos da melhor forma para Janet.
- Janet é capaz de dizer a seus pais como ela foi afetada pela separação.
- Janet retomará as visitas ao pai e ambos serão mutuamente satisfeitos.

5. Promover habilidade artística

- Janet voltará a treinar balé.

- Você tem perguntas?
- Comentários?

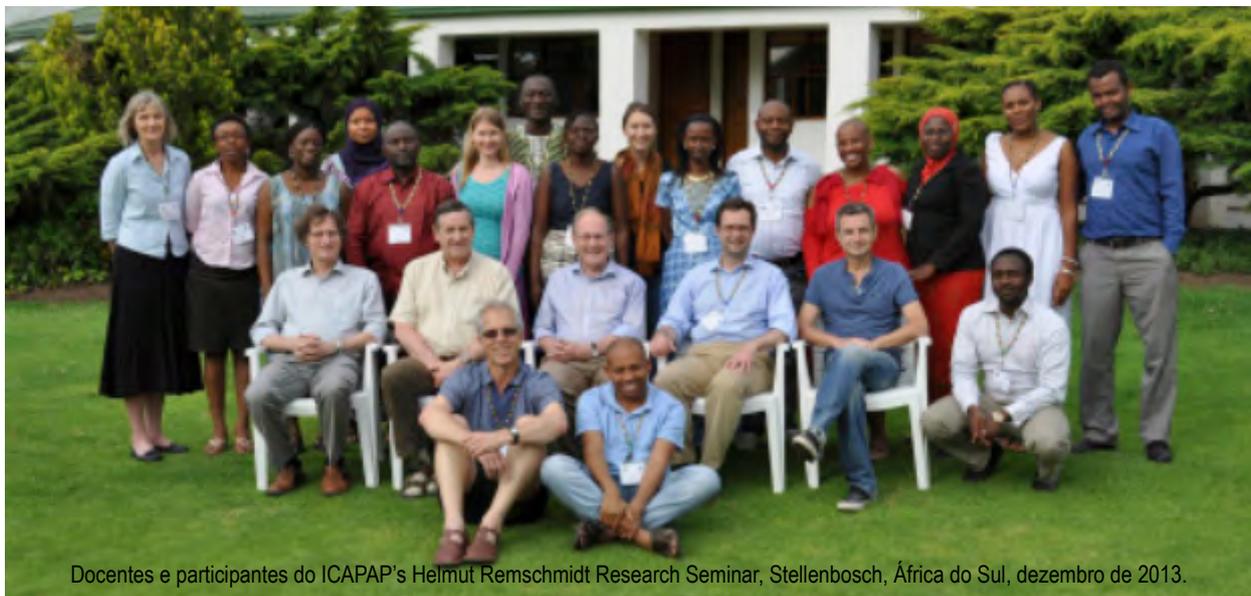
Clique aqui para acessar a página do Textbook no Facebook e compartilhe sua opinião sobre o capítulo com outros leitores, questione os autores ou editor e comente.

**POR FAVOR,
CONSULTE O
ANEXO A.11.1 PARA
EXERCÍCIOS DE
APRENDIZAGEM
AUTODIRIGIDA**

Pratique essas habilidades no caso do Anexo

REFERÊNCIAS

- Amchin J (1991). *Psychiatric Diagnosis. A Biopsychosocial Approach Using DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- Faulkner LF, Kinzie JD, Angell R et al (1965). A comprehensive psychiatric formulation model. *Journal of Psychiatric Education*, 9:189-203.
- Grant RL, Maltzky B (1972). Application of the Weed system to psychiatric records. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 3:119-129.
- Harper G (1989). Focal inpatient treatment planning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28:31-37.
- Insel TR (2013). Transforming diagnosis. Director's Blog, NIMH, April 29. <nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Leigh H, Reiser, MF (1993). *The Patient: Biological, Psychological and Social Dimensions of Medical Practice* (2nd ed), New York, NY: Plenum.
- Nurcombe B (1989). Goal-directed treatment planning and the principles of brief hospitalization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28:26-30.
- Nurcombe B, Gallagher RM (1986). *The Clinical Process in Psychiatry: Diagnosis and Management Planning*, New York, NY: Cambridge.
- Perry S, Cooper AM, Michels MD (1987). The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144:543-550.
- Scadding JG (1967). Diagnosis: The clinician and the computer. *Lancet*, 2 (7521):877-882.
- Shapiro T (1989). The psychodynamic formulation in child and adolescent psychiatry. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26:675-680.
- Sperry L (1992). Demystifying the psychiatric case formulation. *Jefferson Journal of Psychiatry*, 10:12-19.
- Sperry LT, Gudeman JE, Faulkner LR (1992). *Psychiatric Case Formulations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weed LL (1969). *Medical Records, Medical Evaluation and Patient Care*. Cleveland, OH: Case Western Reserve University Press.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.



Docentes e participantes do IACAPAP's Helmut Remschmidt Research Seminar, Stellenbosch, África do Sul, dezembro de 2013.

Anexo A.11.1

A seguir há o resumo de um caso hipotético (uma combinação de vários pacientes reais) gentilmente cedido pela professora Dra Susan MK Tan, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, University Malaysia Kebangsaan Medical Center (UKMMC), Kuala Lumpur, Malásia). Por favor, leia o caso, faça um diagnóstico provisório e um plano de tratamento orientado para o problema tal como descrito no capítulo. Em seguida, você poderá comparar o seu plano com o modelo de resposta.

Danial

Danial, um menino de 8 anos, malaio, é o mais velho de dois irmãos. Ele foi encaminhado ao ambulatório de psiquiatria infantil pelo conselheiro da escola quando percebeu cicatrizes, novas e antigas, e hematomas em seus braços. Escondidas por suas calças compridas, eram inúmeras marcas devido a fustigação com rotan, uma vara longa e flexível.

A mãe de Danial, chinesa, era taoísta. Seu pai é muçulmano de etnia malaia. Os pais se apaixonaram quando trabalharam juntos em um supermercado. O casamento deles foi aceito com relutância pelos avós maternos conservadores, que disseram: "Por que você não pode encontrar alguém de sua própria raça? Agora você tem que se converter a outra religião para se casar com este homem". Seus avós paternos são mais receptivos. Os pais tornaram-se comerciantes em mercados noturnos, vendendo bugigangas e lembranças. Eles mudam diariamente de um mercado para outro em sua van batida, mal podendo pagar as contas. Seus filhos os acompanham enquanto trabalham, porque não tem ninguém para tomar conta deles.

Enquanto seus pais trabalham, Danial e sua irmã costumam se sentar à mesa e fazer a lição de casa, desenhar ou brincar. Sara, 7 anos, irmã de Danial, faz tudo sozinha e, então, ajuda na barraca. Ela já consegue calcular o troco correto para os clientes. Danial tem problemas com a leitura e escrita.

Ele confunde as letras "p" e "q", mal consegue escrever seu nome e tem dificuldade com a aritmética. Ele é melhor com as mãos e é muito procurado por sua irmã e por outras crianças para consertar brinquedos. Enquanto seus pais trabalham ele prefere passear de barraca em barraca. Ele faz amigos com facilidade, mas sempre com crianças mais novas ou adolescentes que o procuram para executar tarefas. Ele já foi pego por seu pai fumando, que o açoitou. Seus pais comparam Danial negativamente com a irmã.

Os avós maternos culpam a mãe por ignorar seus conselhos para não visitar o zoológico (onde ela se assustou com um macaco) durante a gestação de Danial. De acordo com a crença dos avós, esse incidente mais o casamento da mãe com uma pessoa de outra raça havia contrariado os antepassados, que tinham, portanto, amaldiçoado Danial para que se comportasse como um macaco, inquieto.

Na escola Danial é considerado um menino levado e mau comportado. Ele é desatento e um dos últimos da turma. Seu professor de educação física diz que ele se destaca no futebol e ganhou uma medalha de ouro nos 100 metros rasos. No entanto, Danial não compartilha seus problemas, nem com ele mesmo.

Danial tem muitos amigos entre as crianças mais novas, mas poucos de sua idade. Ele é repreendido frequentemente pelos professores por furar filas, intrrometer-se enquanto outros estão conversando e não

revezar durante os jogos. Danial bate em outras crianças quando está infeliz com elas, mas às vezes ele lhes dá itens furtados da barraca de seus pais.

Danial acompanha seus pais ao consultório. Ele é baixo e magro para sua idade, abaixo do quinquagésimo percentil para altura e peso. Ele está usando um uniforme escolar velho e sujo; seus sapatos têm buracos. Ele não está pálido e não tem características dismórficas. O exame físico geral é normal. No início seu contato visual é pobre. Ele fica inquieto na cadeira e está relutante em falar mal de seus pais dizendo que é contra as regras da família. No entanto, quando ele percebe que o terapeuta quer ajudá-lo, ele não resiste e chora. Ele diz que tem estado triste, irritado e com ciúmes há algum tempo, mas tenta não se sentir assim. Ele admite ter problemas para dormir. Às vezes ele acorda gritando quando tem pesadelos de ser agredido pelo pai. Ele se sentiu irritado ao longo do último ano, especialmente quando era ridicularizado por não ser capaz de ler e escrever. Danial pensa em se matar, mas não sabe como. Ele gosta de atletismo e admira o educador físico, o único professor que diz coisas boas a ele.

Danial admite que seus pais batem nele quando perde ou quebra alguma coisa, ou quando desaparece da barraca enquanto eles estão trabalhando. Os pais nunca explicam por que batem nele. Ele tem se sentido infeliz tanto quanto se lembra e acha que ninguém o ama. Seus avós maternos dizem que ele parece um macaco. Ele acha que seus pais não o amam pelas comparações com sua irmã, quando perguntam "por que você não pode ser como ela?".

Os pais raramente fazem coisas agradáveis e divertidas com ele. Eles compraram uma bola de futebol no último aniversário de Danial, que foi confiscada pelo pai quando ele quebrou uma janela. Em épocas festivas, como Eid Mubarak, que ele celebra com seus avós paternos, ou o Ano Novo Chinês, que ele celebra com seus avós maternos, ele recebe apenas um conjunto de roupas novas, enquanto sua irmã recebe várias peças de roupa de familiares. Danial frequentemente pensa em fugir, mas não sabe para onde ir.

Quando entrevistados, os pais admitem que batem nele pelo menos uma vez por semana. Eles consideram que esta é a maneira asiática de disciplinar as crianças. Ambos foram educados por pais rigorosos. O pai de Danial revela que ele mesmo teve problemas em se comportar e manter a concentração na escola. Ele ainda não lê nem escreve bem. Esta foi uma das razões pelas quais ele se apaixonou por sua esposa: ela o aceita como ele é e é ela quem faz as contas e elabora documentos para o negócio deles. Danial foi um "acidente". Os pais tiveram que se casar rapidamente para esconder que ele foi concebido fora do matrimônio (o que teria sido um problema grave para os avós de ambos os lados). Eles insistem que amam Danial, mas suas desventuras são estressantes para eles, ainda mais pela constante luta para pagar as contas. Para eles, os únicos problemas de Danial são a malandragem e desobediência.

RESPOSTA MODELO

Compare seu plano de manejo com o que é sugerido aqui. Tenha em mente que o modelo de resposta não é a única forma de lidar com os problemas de Danial. Pode haver outros meios de cuidar deles dependendo, por exemplo, da disponibilidade dos serviços, do acesso aos medicamentos, questões culturais ou circunstâncias locais. A resposta modelo é fornecida como um guia para a discussão das questões que podem precisar ser abordadas.

FORMULAÇÃO DIAGNÓSTICA PROVISÓRIA

Os diagnósticos categóricos provisórios (de acordo com o DSM-5) são:

- Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH)
- Possível dificuldade de aprendizagem específica (DAE) (com comprometimento da expressão escrita e aritmética)
- Possível borderline ou funcionamento intelectual abaixo da média
- Transtorno depressivo – distimia.

Testes educacionais e de inteligência são necessários para confirmar ou descartar DAE e deficiência intelectual. Ele pode ter DAE ou deficiência intelectual, isoladamente ou uma combinação dos dois.

A desatenção, hiperatividade, impulsividade e os problemas de aprendizagem de Danial são, provavelmente, inatos. A combinação de falta de atenção, hiperatividade e distúrbios de aprendizagem têm causado o baixo rendimento escolar e a baixa autoestima. Sua autoestima foi muito desgastada pela coerção, punições excessivas e rejeição de seus pais estressados, além das personificações “folclóricas” dele por seus avós maternos como um macaco e a crença de que ele foi amaldiçoado.

Sem tratamento, o prognóstico é mau. Há risco de suicídio ou delinquência juvenil se ele for ainda mais alienado da família. Há forte dependência da possibilidade de mobilização da escola por uma avaliação pedagógica e apoio educativo. A capacidade do médico de envolver e apoiar os pais é crucial. Suas atitudes disciplinares não devem ser criticadas. Em vez disso, abordagens alternativas a educação dos filhos devem ser cuidadosamente encorajadas usando do fato de que a punição por si só não tem funcionado. Os pais são mais propensos a cooperar se a medicação estimulante mostrar seus benefícios rapidamente. A promoção das habilidades práticas e competência atlética de Danial contribuirá para compensar a sua baixa autoestima.

Investigações

- Exame pediátrico de sua baixa estatura
- Testes de inteligência
- Testes educacionais (para esclarecer a existência e o grau da dificuldade de aprendizagem específica)

PLANO DE TRATAMENTO

Danial é um menino de 8 anos de idade, o mais velho de dois irmãos nascidos de mãe chinesa e pai malaio. Sua mãe foi convertida do taoísmo para a religião islâmica do pai antes do casamento.

Padrão

Danial apresenta os seguintes sinais e sintomas:

- Baixa estatura, peso abaixo do esperado
- Desarrumado
- Contato visual pobre
- Inquieto
- Mau comportamento na escola
- Desatento
- Possível imaturidade perceptiva
- Quebra coisas, fura filas, é intrometido, não reveza durante conversas
- Não se relaciona bem com os pares
- Mantém seus problemas para si
- Pensa que seus pais não o amam porque ele é mau
- Sente-se desfavorecido
- Pensa em fugir ou suicidar-se
- Bate nos pares ou dá presentes a eles
- Rouba dos pais
- Insônia e pesadelos sobre ser agredido
- Triste, com raiva e ciúmes

Fatores Predisponentes

- Gravidez antes do casamento forçando o matrimônio precoce dos pais
- Casamento misto contestado pelos avós maternos
- Pai desatento e hiperativo na escola com problemas de leitura e com cálculos matemáticos (possível TDAH e transtorno de aprendizagem, sugerindo uma predisposição genética)

Fatores Precipitantes/Perpetuantes

- Pobreza
- Situação de estresse no trabalho dos pais
- Punição física em excesso por ambos os pais, especialmente pelo pai (justificada por ambos pelo padrão cultural local)
- Criação coerciva
- Comparações negativas com a irmã mais nova pelos pais
- Explicações dos avós baseadas no pensamento popular (identificação como “macaco” e punição pelo matrimônio misto)
- Baixo rendimento escolar
- Falta de amigos

Potenciais

- Reparo de brinquedos
- Habilidade atlética
- Boa relação com o educador físico.

Problemas/Potenciais Alvo

1. Desatenção/hiperatividade/impulsividade
2. Problemas de aprendizagem
3. Apoio educacional
4. Criação coercitiva
5. Distímia
6. Habilidade atlética e práticas

METAS DO TRATAMENTO

1. Melhorar a atenção, nível de atividade e controle de impulsos

- Orientação de professores (conferência escolar)
- Orientação dos pais (aconselhamento parental)
- Medicamentos estimulantes, de preferência com ação prolongada (medicação deve ter um efeito benéfico dentro de duas semanas a um mês).

2. Remediar problemas de aprendizagem

- Educação especial para a dificuldade de aprendizagem específica (levará de seis meses a dois anos)

3. Fornecer apoio educacional

- Instrução de funcionários da escola (professores, conselheiro, educador físico, diretor) em conferências escolares sobre a natureza do TDAH, DAE, e da necessidade de promover potenciais. Conferências escolares mensais serão necessárias durante seis a 12 meses

4. Melhorar a qualidade da criação dos filhos e da disciplina

- Aconselhamento parental
- Triple-P* (Positive Parenting Program) ou outra forma de conscientização dos pais para melhorar seu modo de criação dos filhos e reduzir práticas coercitivas
- Possível orientação dos avós maternos, semelhantemente, para práticas mais adequadas
- Essas intervenções podem exigir de seis meses a um ano

*Triple P - Positive Parenting Program® é um dos vários programas disponíveis de apoio aos pais e familiares para prevenir e tratar problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes baseado na aprendizagem social e nas teorias cognitivas comportamental e do desenvolvimento.

5. Reverter a distímia

- Orientação dos pais e aconselhamento sobre o TDAH, DAE, e técnicas de criação dos filhos
- Apoio do conselheiro da escola
- Promoção de potenciais
- Essas intervenções provavelmente levarão de seis meses a um ano

6. Promover potenciais

- Obter o apoio do educador físico e da escola para promover a habilidade atlética
- Obter o apoio do pai para promover as habilidades práticas
- Essas intervenções podem durar até 12 meses.

MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

Metas 1, 2, 3 (atenção, impulsividade, problemas de aprendizagem)

- Contato via telefone com a escola mensalmente ou conferência
- Entrevistas regulares com os pais (semanais, por 3-6 meses, com menos frequência após esse período)

Meta 4 (criação dos filhos e disciplina)

- Relatório dos pais (semanalmente por 3-6 meses)

Meta 5 (distímia)

- Exame de estado mental (semanalmente durante 3-6 meses)
- Relatório dos pais (semanalmente por 3-6 meses)
- O [Questionário de Capacidades e Dificuldades \(Strength & Difficulties Questionnaire - SDQ, versão malaia\)](#) administrado mensalmente durante 3-6 meses

Meta 6 (potenciais)

- Relatório dos pais (semanalmente por 6 meses, com menos frequência após esse período)

CONTINGÊNCIAS DO TRATAMENTO

- Se os testes de inteligência/educacional e ensino especial não estiverem disponíveis, o médico deverá proceder com base no TDAH e DAE de Danial.
- Se possível, a mãe e os avós paternos devem ser convocados para ensinar Danial a ler e fazer cálculos matemáticos, mas eles devem ser orientados a serem pacientes. Espera-se que os pais se tornem menos coercitivos se a medicação estimulante mostrar seus benefícios rapidamente. No entanto, eles devem ser advertidos sobre o tempo até que a dose certa, do medicamento certo, sejam definidos.
- Caso o Triple-P ou programa similar não estejam disponíveis, o médico deverá incluir seus princípios no aconselhamento parental regular.
- A consulta e orientação dos funcionários da escola são essenciais. O médico deve trabalhar para conseguir o apoio do educador físico. O pai poderia ser solicitado a ensinar habilidades práticas a Danial.
- A aplicação regular do SDQ ajudará a monitorar o progresso da terapia.