

Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática

Cognitive behavioral therapy with family intervention for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review

Juliana Braga Gomes¹, Breno Córdova Matte², Analise Vivan¹, Ana Cristina Wesner Viana³, Cristiane Flôres Bortoncello⁴, Giovanni Abrahão Salum⁵, Graziela Aline Hartmann Zottis³

¹Psicóloga. Doutoranda em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ²Médico residente em Psiquiatria. Doutorando em Psiquiatria, UFRGS. ³Enfermeira. Mestranda em Psiquiatria, UFRGS. ⁴Psicóloga. Mestre em Psiquiatria, UFRGS. ⁵Médico. Doutorando em Psiquiatria, UFRGS.

Resumo

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é uma doença mental grave, com graves consequências para a dinâmica familiar. Desta forma, o envolvimento dos pais parece ser determinante na resolução dos sintomas desse transtorno. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da evidência para a recomendação de terapia cognitivo-comportamental (TCC) com intervenção familiar para crianças e adolescentes com TOC. A busca sistemática foi realizada nas bases de dados MEDLINE/PubMed, seguida da análise de resumos e artigos na íntegra por dois avaliadores independentes. Posteriormente, foi realizada a análise de evidência através do sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). O tamanho de efeito da intervenção foi calculado através do *d* de Cohen. Foram localizados 77 artigos no PubMed e mais 12 artigos após busca cruzada de referências. Destes, sete artigos foram incluídos na revisão, segundo os seguintes critérios: ser estudo de intervenção, envolver apenas crianças e/ou adolescentes e possuir diagnóstico clínico ou estruturado de TOC. A escala Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) foi utilizada por todos os artigos para a avaliação de desfecho, permitindo avaliar o tamanho de efeito das intervenções não controladas ($d = 1,43$), que resultou em uma diferença de médias de cerca 13 pontos (IC95% 11,84-14,39; $p < 0,001$). Por outro lado, uma alta heterogeneidade foi detectada entre os estudos ($I^2 = 67\%$). A TCC com intervenção familiar parece ter um efeito importante na redução dos sintomas de TOC na infância e adolescência. No entanto, os poucos estudos disponíveis não nos permitem estabelecer um grau de evidência maior do que C para essa recomendação. Novos ensaios clínicos randomizados são necessários para confirmar essa recomendação.

Descritores: Transtorno obsessivo-compulsivo, terapia familiar, terapia cognitiva, terapia comportamental.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a severe mental disorder with serious consequences to family dynamics. Therefore, parental involvement seems to be a key factor for the successful treatment of this psychiatric disorder. The aim of this study was to evaluate the level of evidence available to allow recommendation of cognitive behavioral therapy (CBT) with family intervention for the treatment of children and adolescents with OCD. The systematic search was performed on MEDLINE/PubMed, followed by analysis of abstracts and full-length articles by two independent evaluators. Subsequently, an analysis of the evidence available was conducted using the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system. The effect size of the intervention was calculated using Cohen's *d*. We found 77 articles on PubMed, plus 12 articles via cross-reference search. Of these, seven articles were included in this review, according to the following criteria: intervention study, involving only children and/or adolescents, and a having a structured or clinical diagnosis of OCD. The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) was used for outcome evaluation in all articles, thus enabling assessment of the effect size of non-controlled interventions ($d = 1.43$), resulting in a mean difference of 13.11 points (95%CI 11.84-14.39; $p < 0.001$). Conversely, a high heterogeneity was detected among the studies ($I^2 = 67\%$). Family-based CBT seems to have an important effect on the reduction of OCD symptoms in children and adolescents. However, the small number of studies available do not allow us to establish an evidence level higher than C for this recommendation. New randomized clinical trials are needed to confirm this recommendation.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, family therapy, cognitive therapy, behavioral therapy.

Correspondence:

Juliana Braga Gomes, Av. Iguçu, 165/506, Bairro Petrópolis, CEP 90470-430, Porto Alegre, RS, Brasil. Tel.: (51) 9808.9708. E-mail: ju_gomes@terra.com.br

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 02/01/2011. Aceito em 29/03/2011.

Introdução

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes (obsessões), acompanhados de comportamentos ou atos mentais repetitivos (compulsões), realizados com o intuito de diminuir o desconforto que acompanha as obsessões. É uma doença mental grave, que acomete principalmente indivíduos jovens ao final da adolescência, embora muitas vezes os primeiros sintomas se manifestem na infância. Seu curso geralmente é crônico e, se não tratado, mantém-se por toda a vida, raramente desaparecendo por completo¹.

O TOC causa grande impacto na dinâmica familiar, levando os demais membros a modificarem suas rotinas em função dos sintomas e das exigências do paciente. Os comportamentos mais comuns são reassurar (tranquilizar) o paciente e esperá-lo completar os rituais e assumir suas responsabilidades²⁻⁵. A participação direta dos familiares nos rituais, bem como as modificações impostas ao cotidiano da família em decorrência dos sintomas do TOC, é entendida como acomodação familiar². Desta forma, no tratamento de crianças e adolescentes, a participação dos pais em todas as etapas do processo é importante, pois ajuda a diminuir a cronicidade e morbidade da doença. O elemento fundamental do processo terapêutico é a orientação aos pais, que objetiva prepará-los para apoiar seus filhos e ajudar no tratamento da criança, além de aprender a tolerar sua própria ansiedade em relação ao nível de aflição apresentada por seu filho⁶.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma das intervenções mais estudadas para o TOC em pacientes de todas as idades. No entanto, embora o tratamento familiar seja, do ponto de vista teórico, muito importante no tratamento do TOC na infância, poucos estudos se dedicaram a estudar esse tópico até o momento. Até onde tenhamos conhecimento, não há revisões que tenham investigado especificamente as evidências disponíveis para a recomendação de TCC com intervenção familiar e, especialmente, que tenham avaliado, do ponto de vista clínico, a qualidade da evidência para a recomendação dessa intervenção.

Avaliar a qualidade das evidências contidas nos estudos e tomar decisões clínicas nelas embasadas é um desafio no atendimento diário aos problemas de saúde mental. Uma abordagem sistematizada e objetiva pode ajudar o clínico a decidir o papel de determinada intervenção, considerando as opções terapêuticas disponíveis.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão sistemática da literatura, no intuito de verificar: 1) qual o nível de evidência de que a TCC com intervenção familiar para crianças e adolescentes com TOC seja efetiva; e 2) qual o grau de recomendação de sua utilização, utilizando o sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) para a graduação de recomendações e a avaliação de evidências.

Métodos

A questão de pesquisa foi elaborada através da estratégia PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome). A seguinte pergunta foi proposta: para crianças com TOC (P), a TCC com intervenção familiar (I) é eficaz na diminuição dos sintomas de TOC (O)? Optou-se por omitir a definição do C (controle) em virtude de uma busca preliminar ter resultado em um número muito pequeno de artigos. Como há poucas evidências de melhor qualidade originadas de estudos comparados, a definição do controle (C) dificultaria a avaliação da questão de pesquisa para a qual se buscou a melhor evidência disponível na literatura.

O processo de análise e revisão dos artigos obedeceu às seguintes etapas:

- 1) busca de artigos de interesse nas bases de dados MEDLINE/PubMed;
- 2) análise dos resumos provenientes da busca por dois avaliadores independentes;
- 3) revisão dos artigos incluídos e exclusão dos artigos lidos na íntegra que não obedecessem aos critérios de inclusão;
- 4) extração dos dados;
- 5) análise crítica da qualidade de evidência através do sistema GRADE;
- 6) análise estatística de resumo para avaliar o tamanho de efeito da intervenção de forma conjunta;
- 7) estabelecimento do grau de recomendação acerca da questão de pesquisa.

No intuito de ser o mais sensível possível em relação à questão de pesquisa, optou-se por incluir três buscas no sistema avançado de busca da base MEDLINE: 1) *“obsessive-compulsive disorder”[MeSH] AND (“family-based cognitive behavioral therapy” OR “family based cognitive behavioral therapy” OR “family-based cognitive-behavioral therapy” OR “family approach” OR “family approaches” OR “family accommodation” OR “family accommodation” OR “family accommodation”)*; 2) *“obsessive-compulsive disorder”[MeSH] AND famil* (termo truncado)*, com os seguintes limites: *humans, clinical trial, meta-analysis, randomized controlled trial, clinical trial, phase III, comparative study, controlled clinical trial, all child: 0-18 years, field: title/abstract*; 3) *“obsessive-compulsive disorder”[MeSH] AND famil* (termo truncado)* na sessão *“clinical queries”* (filtro por *therapy/broad*).

A busca sistemática dos resumos teve os seguintes critérios de inclusão: 1) ser estudo de intervenção (comparado ou não, randomizado ou não); 2) envolver apenas crianças e/ou adolescentes (de 5 a 19 anos); e 3) possuir diagnóstico clínico ou estruturado de TOC. Os critérios de exclusão foram (em ordem hierárquica, considerando-se que os artigos poderiam possuir mais de um critério de exclusão): 1) estudos sem intervenção; 2) estudos com adultos; 3) artigos de

revisão; 4) estudos com outros transtornos além do TOC como diagnóstico principal; 5) estudos com TCC que não envolviam o mínimo de 50% de participação da família; 6) estudos com amostra duplicada; 7) estudos com amostra inferior a 10 sujeitos; e 8) estudos de seguimento de artigos já incluídos.

Após análise e sistematização da busca através das três estratégias acima relatadas, cada artigo foi analisado na íntegra por pelo menos dois autores para decidir por sua inclusão ou não no estudo. Casos em que houve divergência foram decididos em consenso entre todo o grupo de autores.

Em sequência à definição da lista de artigos incluídos e à extração dos dados para sumário das evidências, procedeu-se à avaliação individual de cada artigo através do sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), que gradua a força das recomendações (em forte ou fraco) e a qualidade das evidências (em A, B, C e D). O delineamento do estudo é o fator mais importante para a nota de partida do artigo: ensaios clínicos partem de A, e estudos observacionais, de C. Após lançada a nota de partida, os artigos podem escalar para níveis maiores caso apresentem grande tamanho de efeito, vieses conservadores ou gradiente dose-resposta; ou então podem perder pontos em função de limitações metodológicas, inconsistências, evidências indiretas, imprecisões e vies de publicação. O GRADE é utilizado por diversas instituições de referência, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a colaboração Cochrane, e objetiva auxiliar o profissional de saúde a avaliar as evidências da literatura para embasar sua tomada de decisão na prática clínica.

A estimativa sumária descritiva foi calculada através da média ponderada dos escores da Children's Yale-Brown

Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) na linha de base e após o término do tratamento, assim como da diferença de médias brutas. O desvio padrão conjunto também foi calculado para os dois momentos. A estimativa conjunta de tamanho de efeito utilizada para estimar a diferença de médias nos estudos não controlados que utilizaram a CY-BOCS foi o d de Cohen, segundo a fórmula a seguir: $d = \frac{M_{pré} - M_{pós}}{\sqrt{DP_{pré}^2 + DP_{pós}^2 - 2 \times r \times DP_{pré} \times DP_{pós}}}$, em que M é a média pré e pós-tratamento, DP é o desvio padrão da medida na avaliação pré e pós-tratamento, e r é a correlação entre as médias. Para o cálculo, utilizou-se a média ponderada dos estudos, assim como o desvio padrão conjunto, com ajuste para o tamanho amostral. Realizou-se a pressuposição de que o coeficiente de correlação não é afetado pelo tamanho amostral e utilizou-se o coeficiente de correlação geral entre as médias pré e pós-tratamento.

O software Review Manager 5.0 da Cochrane Collaboration foi utilizado para a análise de dados. A heterogeneidade foi avaliada através da inconsistência (I^2). Em virtude da alta inconsistência observada, utilizou-se o modelo de efeitos aleatórios para o cálculo dos intervalos de confiança. Utilizou-se um valor alfa de 0,05 e um intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Resultados

Um total de 77 artigos foram localizados pela busca na base de dados PubMed, e mais 12 artigos foram identificados após a busca cruzada de referências. Os motivos de exclusão e o número dos artigos incluídos e excluídos podem ser observados na Figura 1.

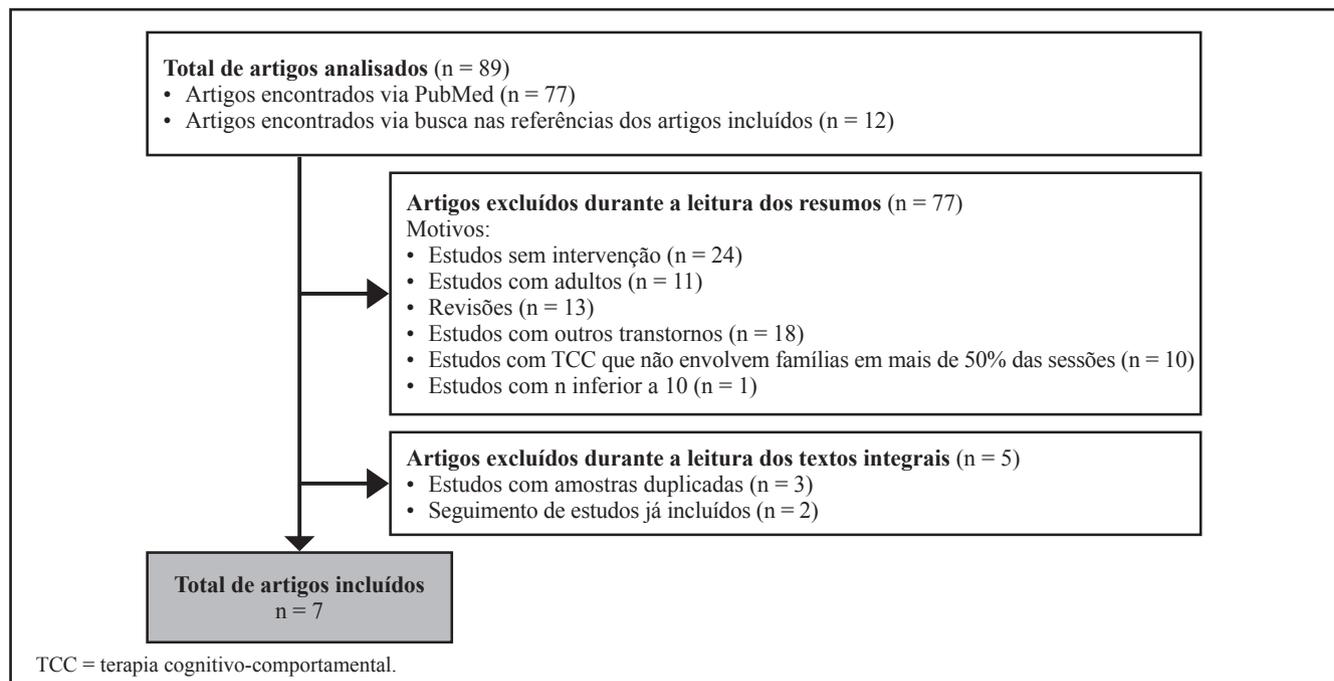


Figura 1 – Diagrama de fluxo dos artigos revisados

Dos artigos incluídos, apenas dois eram ensaios clínicos randomizados, comparando TCC com intervenção familiar *versus* outras formas de tratamento para TOC infantil. Um deles utilizou controle através de lista de espera, e o outro, controle ativo com terapia de relaxamento. Ambos apresentaram resultados positivos, mas com pequenos tamanhos amostrais. Considerando a existência de apenas

dois estudos controlados, optou-se por avaliar o tamanho de efeito da intervenção dos artigos sem grupo de comparação.

A avaliação do sistema GRADE por estudo demonstrou uma baixa qualidade de evidência para os artigos incluídos. A descrição geral dos estudos pode ser encontrada na Tabela 1.

Tabela 1 – Estudos sobre intervenção familiar e transtorno obsessivo-compulsivo

Nº	Estudo	Idade	Amostra		Instrumento diagnóstico	Outros Instrumentos	Intervenção		Sessões	Tempo de seguimento
			Tratamento ativo	Controle			Tratamento ativo	Controle		
1	Barret, 2004 ⁷	7-17	24 TCCI baseada na família 29 TCCG baseada na família	24	ADIS-IV-P	NIMH-GOCS, CY-BOCS, MASC, CDI, FAD	TCC individual baseada na família <i>versus</i> TCC em grupo baseada na família	Lista de espera	16	6 meses
2	Martin & Thieneman, 2005 ⁸	8-14	14	-	Entrevista clínica	CY-BOCS, NIMH-GOCS, CGI-I, COIS-C/P, CDI, MASC, CBCL	TCCG	-	14	-
3	Storch et al., 2007 ⁹	7-17	20 TCC intensiva 20 TCC semanal	-	ADIS-IV-P	ADIS-IV-P, CY-BOCS, CGI-S, CGI-I, COIS-P, CDI, MASC, FAS	TCC intensiva <i>versus</i> TCC semanal	-	14	3 meses
4	Freeman et al., 2008 ⁶	5-8	22	20	K-SADS,	NIMH-GOCS, CY-BOCS, BDI, CGI, CPRS-R:L, SCARED, BSI, OCI	TCCG	Relaxamento	14	-
5	Merlo et al., 2010 ¹⁰	6-17	8 TCC com entrevista motivacional 8 TCC com psicoeducação	-	ADIS-IV-C/P	CY-BOCS, CGI-I, CGI-S	TCC com entrevista motivacional <i>versus</i> TCC com psicoeducação	--	14	-
6	Storch et al., 2010 ¹¹	7-19	30	-	ADIS-IV-P	ADIS-IV-P, CY-BOCS, CGI-S, COIS-C/P, MASC, CDI, CBCL, FAS	TCC baseada na família	-	14	3 meses
7	Whiteside & Jacobsen, 2010 ¹²	10-18	16	-	ADIS-IV-C	ADIS-C, CY-BOCS, SCAS, CSDS	TCC intensiva	-	10	5 meses

ADIS-C = Anxiety Disorders Interview Schedule – Child Version; ADIS-IV-C = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Child Version; ADIS-IV-P = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – Parent Version; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; CBCL = Child Behavior Checklist; CDI = Children’s Depression Inventory; CGI = Clinical Global Impressions; CGI-I = Clinical Global Impressions – Improvement; CGI-S = Clinical Global Impressions – Severity Scale; COIS-C/P = Child Obsessive Compulsive Impact Scale – Child and Parent Versions; CPRS-R:L = Conners Parent Rating Scale – Revised (long version); CSDS = Child Sheehan Disability Scale; CY-BOCS = Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; FAD = McMaster Family Assessment Device; FAS = Family Accommodation Scale; K-SADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; MASC = Multidimensional Anxiety Scale for Children; NIMH-GOCS = National Institute of Mental Health Global Obsessive-Compulsive Scale; OCI = Obsessive-Compulsive Inventory; SCARED = Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders; SCAS = Spence Children’s Anxiety Scale; TCC = terapia cognitivo comportamental; TCCG = terapia cognitivo comportamental em grupo; TCCI = terapia cognitivo comportamental individual.

Todos os estudos incluídos utilizaram a escala CY-BOCS como desfecho, permitindo a utilização dessa escala como medida de sumário no intuito de avaliar o tamanho de efeito das intervenções não controladas ao comparar a média das amostras dependentes. Os estudos com mais de uma intervenção ativa foram divididos na tabela. Essa análise envolveu a avaliação de 191 crianças e adolescentes provenientes dos sete estudos. A média ponderada da CY-BOCS na avaliação da linha de base foi de 24,93 (desvio padrão conjunto = 5,40), comparada com 11,86 (desvio padrão conjunto = 7,54) na avaliação pós-tratamento, resul-

tando em uma redução ponderada média de 13,11 pontos na escala (IC95% 11,83-14,39; $p < 0,001$). O tamanho de efeito calculado para essa diminuição de média foi de $d = 1,43$. Os resultados das médias discriminadas por estudo estão descritos na Tabela 2.

O teste de heterogeneidade entre os estudos acusou alta heterogeneidade, com $I^2 = 67\%$ ($p < 0,001$). Os resultados da avaliação de heterogeneidade e o *forest plot* podem ser observados na Figura 2. Não foi possível avaliar adequadamente o viés de publicação, tendo em vista a pequena quantidade de estudos analisados. O gráfico de funil pode ser observado na Figura 3.

Tabela 2 – Resultados da CY-BOCS em crianças/adolescentes incluídos em estudos com intervenção familiar

Estudo	Intervenção						Controle						GRADE
	Pré		Pós		Follow-up		Pré		Pós		Follow-up		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Barret, 2004 ^{7*}	23,64	4,3	8,36	6,93			22,95	5,49	24,04	4,14			A
Barret, 2004 ^{7†}	21,38	5,62	8,28	7,33			22,95	5,49	24,04	4,14			A
Martin & Thieneman, 2005 ⁸	22,50	5,29	16,93	8,40	-	-	-	-	-	-	-	-	D
Storch et al., 2007 ^{9‡}	25,9	5,6	9,5	6,9	10,2	8,7							D
Storch et al., 2007 ^{9§}	25,4	5,8	12,8	8,8	9,8	7,6							D
Freeman et al., 2008 ⁶	22,95	3,84	14,45	8,16	-	-	21,70	4,52	17,10	7,57	-	-	B
Merlo et al., 2010 ¹⁰	31,00	4,66	9,38	8,19	-	-	-	-	-	-	-	-	C
Merlo et al., 2010 ^{10¶}	27,36	11,78	12,38	7,89	-	-	-	-	-	-	-	-	C
Storch et al., 2010 ¹¹	26,93	4,65	12,37	7,34	12,41	7,87	-	-	-	-	-	-	D
Whiteside & Jacobsen, 2010 ¹²	28,38	4,60	17,44	5,90	11,50	7,30	-	-	-	-	-	-	D

CY-BOCS = Children’s Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; DP = desvio padrão; GRADE = sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

*Terapia cognitivo-comportamental individual baseada na família.

†Terapia cognitivo-comportamental em grupo baseada na família.

‡Terapia cognitivo-comportamental intensiva.

§Terapia cognitivo-comportamental semanal.

||Terapia cognitivo-comportamental com entrevista motivacional.

¶Terapia cognitivo-comportamental com psicoeducação.

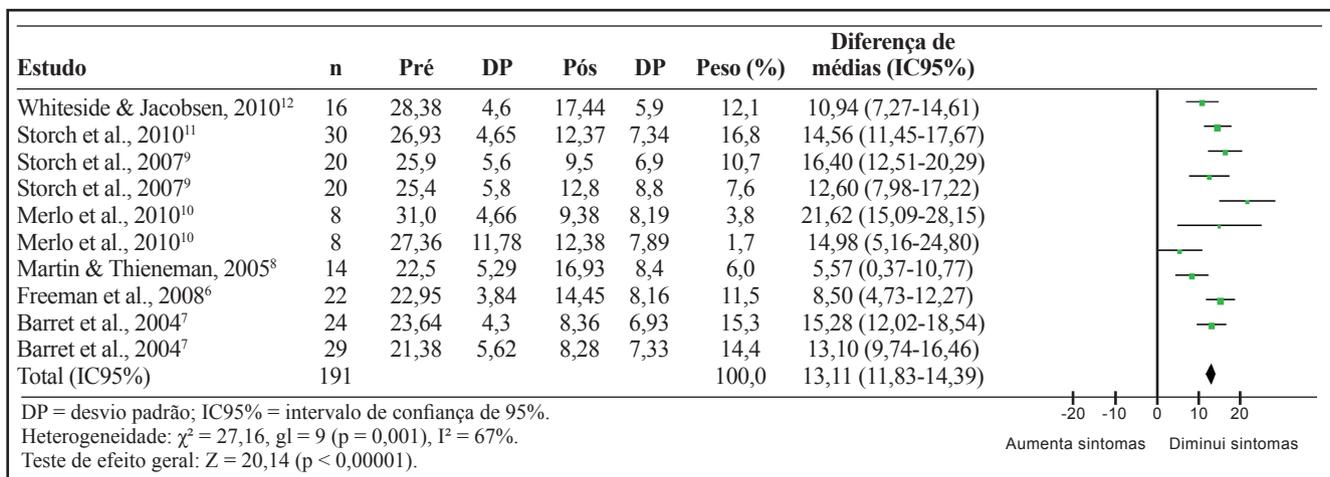


Figura 2 – Forest plot mostrando a diferença de médias nos estudos abertos

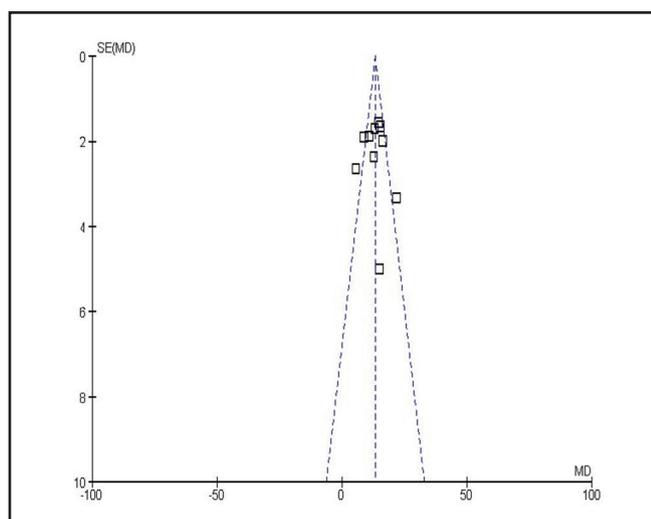


Figura 3 – Gráfico de funil para avaliação de possível viés de publicação

Discussão

Alguns estudos de seguimento dos artigos incluídos, apesar de não inseridos nesta análise, fornecem informações adicionais acerca da eficácia a longo prazo da TCC com intervenção familiar. Barret et al.⁷ compararam resultados de TCC individual e em grupo, envolvendo famílias de crianças e adolescentes (7 a 17 anos) com TOC, comparados a um grupo de lista de espera. Os pacientes foram reavaliados 3, 6⁷, 12, 18 meses¹³ e 7¹⁴ anos após o tratamento, com manutenção da remissão completa dos sintomas, nas seguintes proporções: mínimo de 65% após 6 meses de TCC individual entre os pacientes localizados (14 de 24) e máximo de 95% após 7 anos de TCC em grupo entre os pacientes localizados (19 de 29). Em todas as publicações analisadas neste estudo, os resultados de TCC individual e em grupo nunca mostraram diferença significativa, sendo ambos equivalentemente eficazes.

Embora o resultado da análise da intervenção não controlada tenha demonstrado um tamanho de efeito importante, um pequeno número de artigos até o momento possui qualidade de evidência suficientemente alta para embasar uma recomendação forte de TCC com intervenção familiar para TOC. Dos sete artigos incluídos, quatro receberam nível D (muito baixa) para a qualidade da evidência, e apenas um recebeu nível A (alta). Os artigos incluídos apresentaram um pequeno tamanho amostral, são, na sua maioria, de desenho aberto e incluem uma grande variabilidade de técnicas.

Como demonstrado pela avaliação quantitativa, que demonstrou alta inconsistência, os estudos incluídos são bastante heterogêneos em relação às intervenções realizadas. Todos os estudos adotaram protocolos manualizados de TCC, com base na exposição e prevenção de rituais, adaptados para a realidade infantil e incluindo a presença dos familiares. No entanto, os estudos variaram em relação à quantidade de sessões: a

maioria dos estudos incluídos propõe 14 sessões de TCC com duração entre 60 a 90 minutos, com exceção de Whiteside & Jacobsen¹², que adotam um protocolo breve de 10 sessões, e de Barrett et al.⁷, que adotam um protocolo de 16 sessões.

Em relação à natureza da intervenção utilizada como controle, também houve variabilidade entre os estudos incluídos. Apenas dois dos sete estudos compararam os resultados de TCC familiar com outras modalidades de tratamento: Barret et al.⁷ compararam dois regimes de TCC familiar (individual e em grupo) com lista de espera, e Freeman et al.⁶ compararam TCC familiar com terapia de relaxamento. Outros dois dos sete estudos apenas compararam dois regimes diferentes de TCC familiar, sem comparação com outras modalidades de tratamento: Storch et al.⁹ compararam regime intensivo e semanal de TCC familiar; Merlo et al.¹⁰ compararam TCC familiar com psicoeducação *versus* TCC familiar com entrevista motivacional. Três dos sete estudos apenas fizeram comparações pré e pós-tratamento, sem qualquer grupo controle^{8,11,12}.

A faixa etária dos sujeitos de pesquisa também não foi uniforme entre os estudos, envolvendo desde crianças pequenas, de 5 a 8 anos (como em Freeman et al.⁶), até amostras com pré-adolescentes e adolescentes (como em Whiteside & Jacobsen¹²). Essa heterogeneidade importante entre os estudos torna mais difícil a avaliação da eficácia da TCC familiar para crianças com TOC e obriga que medidas sumário provenientes dessas amostras heterogêneas sejam interpretadas com cautela.

Outras revisões¹⁵ avaliaram o papel da TCC no TOC em crianças. Uma revisão incluindo uma análise de 343 crianças provenientes de oito estudos randomizados sugere que, embora haja heterogeneidade entre os estudos, a TCC é um tratamento eficaz para TOC na infância, sem diferenças de eficácia em relação à medicação isoladamente e com possível benefício em combinação. Embora tal estudo forneça validade para a técnica, ele não avalia especificamente o efeito das terapias baseadas na família.

Esta revisão apresenta algumas limitações metodológicas. Primeiro, não foi realizada busca ativa extensiva de artigos não publicados na literatura, podendo levar a um viés de publicação. Segundo, as técnicas de resumo dos tamanhos de efeito foram adaptadas para fornecer uma avaliação das medidas em ensaios abertos. Terceiro, apenas sete estudos foram incluídos na análise, limitando a possibilidade de avaliação de fatores que alteram a estimativa de efeito através de metarregressão e da avaliação de viés de publicação. Quarto, outras bases de dados, como Embase, PsycINFO e LILACS, não foram consultadas.

A despeito das limitações levantadas, este artigo contribui para a avaliação da literatura acerca de intervenções terapêuticas para TOC na infância e adolescência. A busca sistemática foi inclusiva, considerando a melhor evidência disponível no momento e resumindo as principais informações publicadas disponíveis. Além disso, o artigo inclui uma perspectiva prática da evidência, trazendo para a realidade da clínica as indicações terapêuticas através da análise crítica e sistemática da evidência em psiquiatria infantil.

Conclusão

A avaliação dos poucos estudos disponíveis sobre TCC com intervenção familiar para crianças e adolescentes com TOC não nos permite estabelecer grau de evidência maior do que C, o que significa que trabalhos futuros muito provavelmente terão um importante impacto em nossa confiança na estimativa de efeito. Entretanto, a técnica possui qualidades importantes que devem ser levadas em conta no momento da decisão de recomendá-la. Entre essas qualidades estão a magnitude do benefício, o risco mínimo para o paciente, o apoio psicológico para o paciente e sua família, e o baixo custo envolvido, principalmente no caso de TCC em grupo. Entretanto, para que a recomendação de seu uso seja mais bem fundamentada, novos estudos clínicos randomizados comparados são necessários.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
2. Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, Trufan S, Goodman W, McDougle C, et al. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):441-3.
3. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36(2):207-16.
4. Stewart SE, Beresin C, Haddad S, Egan Stack D, Fama J, Jenike M. Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2008;20(2):65-70.
5. Ferrão IA, Florão MS. Acomodação familiar e criticismo percebido em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(1):34-43.
6. Freeman JB, Garcia AM, Coyne L, Ale C, Przeworski A, Himle M, et al. Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(5):593-602.
7. Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(1):46-62.
8. Martin JL, Thienemann M. Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2005;36(1):113-27.
9. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Mann G, Duke D, Munson M, et al. Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: comparison of intensive and weekly approaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(4):469-78.
10. Merlo LJ, Storch EA, Lehmkuhl HD, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Cogn Behav Ther*. 2010;39(1):24-7.
11. Storch EA, Lehmkuhl HD, Ricketts E, Geffken GR, Marien W, Murphy TK. An open trial of intensive family based cognitive-behavioral therapy in youth with obsessive-compulsive disorder who are medication partial responders or nonresponders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010;39(2):260-8.
12. Whiteside SP, Jacobsen AB. An uncontrolled examination of a 5-day intensive treatment for pediatric OCD. *Behav Ther*. 2010;41(3):414-22.
13. Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):1005-14.
14. O'Leary EM, Barrett P, Fjermestad KW. Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: a 7-year follow-up study. *J Anxiety Disord*. 2009;23(7):973-8.
15. O'Keary R. Benefits of cognitive-behavioural therapy for children and youth with obsessive-compulsive disorder: re-examination of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(3):199-212.