Taís Alencar Santos Menk

**Avaliação psicológica de meninas com
puberdade precoce central idiopática antes
e durante o bloqueio puberal com
análogos de GnRH**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Endocrinologia

Orientador: Dr. Vinicius Nahime de Brito

São Paulo

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Menk, Taís Alencar Santos

Avaliação psicológica de meninas com puberdade precoce central idiopática antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH / Taís Alencar Santos Menk. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Endocrinologia.

Orientador: Vinicius Nahime de Brito.

Descritores: 1.Entrevista psicológica 2.Puberdade precoce 3.Técnicas projetivas 4.Escalas 5.Personalidade 6.Questionários 7.Adolescente

USP/FM/DBD-182/15

Este trabalho foi aprovado pela
CAPEPesq(9300/12) e COSEPE (05/12) .

DEDICATÓRIA

Esse trabalho dedico aos grandes amores da minha vida: ao marido João Carlos Jr, aos filhos Gabriel e Guilherme, a minha mãe Ivonete e ao meu pai Gercino, que ao longo do percurso, proferiram palavras de motivação, aceitaram a minha ausência e demonstraram em todos os momentos um amor incondicional e sem fim.

AGRADECIMENTOS

Durante todos esses anos, o aprendizado adquirido foi uma construção do conhecimento e demandou investigação, análise, reflexão e compreensão para a completude dessa pesquisa.

Ao longo do percurso precisei de muita concentração, dedicação, superação dos obstáculos e abdicar de muitas coisas. Essa renúncia, em todos os momentos abalaram as pessoas que estiveram comigo e, por isso necessitei do entendimento e da colaboração de todos vocês para obter o êxito.

Meus sinceros agradecimentos aqueles que esperaram pacientemente o término desse trabalho e da minha atenção exclusiva.

Ao orientador Dr. Vinicius N. Brito preceptor, profissional competente, sereno, conciliador, cortês e disposto a escutar atentamente sobre os conceitos da psicologia.

À Dra. Ana Claudia Latrônico e a Dra. Berenice B. Mendonça por serem inspirações na busca pelo conhecimento, pelo aperfeiçoamento constante e por conquistarem mais uma admiradora.

À equipe do ambulatório de puberdade precoce Delanie Macedo, Danielle Bessa e Marina Silva por suas contribuições, estímulos e juntas através do coleguismo tornamos uma equipe fortalecida em busca do mesmo propósito.

À psicóloga Dra Marlene Inácio que juntamente com o meu orientador auxiliou nessa pesquisa do início ao fim e pelo relacionamento baseado no respeito e carinho. Às psicólogas(o) Dra Maria Lúcia Livramento, Rita Amaral, Dra. Ana Cristina Almeida (Unidade de Urologia), Elisa Del Rosário e Ari Oliveira profissionais que participaram, cooperaram com diálogos construtivos e pelos momentos vividos com muita descontração.

À amiga Dra. Maria Cecília Lucca que sempre apoiou, incentivou e acreditou nesse trabalho.

Á Dra. Jônia Lacerda e a Dra. Marilda Lipp dispuseram do seu tempo, assessoraram tecnicamente, enriqueceram esse trabalho e conquistaram ainda mais o meu respeito e estima.

Ao Dr. Ivo Arnhold e a Dra. Tânia Bachega por transmitirem os seus conhecimentos e opinarem com contribuições valiosas.

Á Dra. Isabel Bordin que não conheço pessoalmente e respondeu aos meus e-mails prontamente fornecendo as informações solicitadas, sendo extremamente delicada, simpática e atenciosa.

Ás secretárias: Cida, Eliane, Nilda, Rosângela, Ana Claudia, Rubens, Roseli e Rosana que mesmo sobrecarregadas com os trabalhos administrativos conseguiram ajudar, cooperaram comigo quando eu mais precisei e sempre exprimiram muito bom humor.

Á Maria Rosa (Assistente Social) que tive a grande oportunidade de conhecê-la, a honra de contar com o seu auxílio em um dos meus atendimentos e sempre se mostrou muito simpática e atenciosa.

Ao João Carlos Jr. marido excelente, pai exímio, que durante essa trajetória incentivou, contribuiu, dialogou, escutou, consolou com o seu ombro amigo, supriu as necessidades dos nossos filhos na minha presença ausente e vibrou a cada conquista.

Aos filhos Gabriel e Guilherme que há alguns anos readaptaram a um novo estilo de vida familiar e, conseqüentemente progrediram e cresceram. Vocês torceram, rezaram, ajudaram e marcaram a minha vida com lembranças inesquecíveis como: desenhos, cartas e músicas que dedicaram constantemente para mim, demonstrando afeto e necessidade de atenção maternal.

Á minha mãe Ivonete e ao meu pai Gercino que educaram, incentivaram, ajudaram, inclusive nos cuidados com os netos e ensinaram que a honestidade e o amor são o princípio de tudo.

Á minha sogra Vera, á Ana Maria e Duarte que sempre apoiaram, ajudaram, supriram meus filhos com carinho e estiveram presente em momentos difíceis.

Às primas e o primo : Marcia, Rosilaine, Rozeane, Alessandra, Junior e á amiga Marcia que sempre perguntaram sobre o andamento da pesquisa, incentivaram e apoiaram.

Á madrinha Zuleide e á amiga Sonia que encorajaram, apoiaram e torceram muito.

Á amiga Elisabeth Gatto que sempre ajudou, escutou e contribuiu com textos sobre o tema.

Às mães e pacientes que aceitaram contribuir com essa pesquisa.

Portanto, do início ao fim fiquei motivada e recebi essa pesquisa como um grande presente, embora os obstáculos foram vencidos devido a minha dedicação, persistência e força, ainda contei com profissionais e familiares maravilhosos.

EPÍGRAFE

"Crescer emocionalmente é complicado e difícil em qualquer circunstância, mas pode ser especialmente difícil quando o comportamento e a aparência da criança falam "adulto" e seus sentimentos choram "crianças".

Elkind

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committe of Medical Journal Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelies Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3^a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List f Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1	Introdução.....	1
1.1	Puberdade Precoce Central Idiopática (PPCI)	2
1.2	Desenvolvimento Físico-Cognitivo-Psicológico-Social em meninas.....	7
1.2.1	Desenvolvimento Físico	8
1.2.2	Desenvolvimento cognitivo	9
1.2.3	Desenvolvimento psicológico.....	11
1.2.4	Desenvolvimento psicossocial	14
1.3	A importância da avaliação psicológica em meninas com precocidade sexual.....	16
2	Objetivos.....	24
2.1	Objetivo Geral.....	25
2.2	Objetivos Específicos	25
3	Métodos	26
3.1	Casuística.....	27
3.2	Instrumentos.....	29
3.2.1	Entrevista semiestruturada	29
3.2.2	Questionário psicossocial	30
3.2.3	Escala de Estresse Infantil (ESI).....	31
3.2.4	Teste Projetivo House-Tree-Person-Family (HTP-F)	33
3.2.5	Análise estatística	37

4	RESULTADOS	38
4.1	Dados clínicos e hormonais das pacientes e controles	39
4.1.2	Aspectos psicossociais	42
4.1.3	Escala de Estresse Infantil (ESI).....	47
4.1.4	Estratificação dos escores da ESI de acordo com as reações	50
4.1.5	HTP-F	54
5	DISCUSSÃO.....	66
6	CONCLUSÃO	80
7	ANEXOS.....	83
	ANEXO A – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq)	84
	ANEXO B – Comissão Setorial de Ética em Pesquisa da Divisão de Psicologia (COSEPE)	86
	ANEXO C – Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)	87
	ANEXO D – Entrevista Semiestruturada.....	90
	ANEXO E – Questionário Psicossocial	95
	ANEXO F – Escala de Estresse Infantil (ESI).....	98
	ANEXO G – Teste HTP-F de paciente com PPCI.....	101
	ANEXO H – Inquérito HTP-F	111
8	REFERÊNCIAS	116

Listas

Lista de Abreviaturas e Siglas

PPC	<i>Puberdade Precoce Central</i>
SNC	<i>Sistema Nervoso Central</i>
PPCI	<i>Puberdade Precoce Central Idiopática</i>
LH	<i>Hormônio Luteinizante</i>
FSH	<i>Hormônio Folículo-Estimulante</i>
U/mL	<i>Unidade por mililitro</i>
GnRH	<i>Hormônio Liberador de Gonadotrofina</i>
aGnRH	<i>Análogos de GnRH</i>
HTP	<i>House-Tree-Person</i>
HTP-F	<i>House-Tree-Person- Family</i>
ESI	<i>Escala de Stress Infantil</i>
M	<i>Desenvolvimento Mamário</i>
PP	<i>Desenvolvimento dos pelos pubianos</i>
GH	<i>Hormônio de Crescimento</i>
Kiss1	<i>Kisspeptina1 (Gene)</i>
Kiss1-R	<i>Kisspeptina1-Receptor (Gene)</i>
MKRN3	<i>Makorin Ring Finger Protein 3 (Gene)</i>
IMC	<i>Índice de Massa Corporal</i>
IC	<i>Idade Cronológica</i>
CBCL	<i>Child Behavior Check-list</i>
K-CBCL	<i>Korean-Child Behavior Check-list</i>
TCLE	<i>Termo de Consentimento livre e Esclarecido</i>

DP	<i>Desvio-Padrão</i>
RNM	<i>Ressonância Nuclear Magnética</i>
E2	<i>Estradiol</i>
N	<i>Normal</i>
ND	<i>Não Disponível</i>
NF	<i>Não Fez Tratamento</i>
C	<i>Casada</i>
Se	<i>Separada</i>
SI	<i>Solteira</i>
Sud	<i>Sudeste</i>
Nord	<i>Nordeste</i>
EMC	<i>Ensino Médio completo</i>
EMI	<i>Ensino Médio Incompleto</i>
FC	<i>Fundamental Completo</i>
FI	<i>Fundamental Incompleto</i>
SI	<i>Superior Incompleto</i>
Pós	<i>Pós-graduação</i>
NR	<i>Não Respondeu</i>
SC	<i>Superior Completo</i>
Cat	<i>Católica</i>
Evang	<i>Evangélica</i>
Afro	<i>Afro-brasileira</i>
Advent	<i>Adventista</i>
Comp	<i>Computador</i>

<i>Desf/Maq</i>	<i>Desfilar/Maquiar</i>
<i>N</i>	<i>Normal</i>
<i>V</i>	<i>Vaidosa</i>
<i>I</i>	<i>Indiferente</i>
<i>Inf /Adol</i>	<i>Infância/ Adolescência</i>

Lista de Figuras

- Figura 1** - Comparação dos Escores totais da Escala de Estresse Infantil entre os diferentes grupos avaliados. Significância estatística ($p < 0,05$) entre pré-tratamento vs em tratamento (longitudinal) e pré-tratamento vs controle 47
- Figura 2** - Evolução do escore total da Escala de Estresse Infantil (ESI) no grupo pré-tratamento ($n=12$) e em tratamento ($n=11$) nas pacientes com avaliação longitudinal 48
- Figura 3** - Escore total obtido na escala de estresse infantil em pacientes com PPCI pré-tratamento, em tratamento (longitudinal), em tratamento (transversal) e controle. Classificação de cada paciente e controle de acordo com o escore total: ≤ 38 : normal; 39-59: fase de alerta; 60-79: fase de resistência..... 49
- Figura 4** - Análise do HTP-F nos grupos pré-tratamento versus em tratamento (longitudinal)..... 58
- Figura 5** - Análise do HTP-F nos grupos pré-tratamento versus em tratamento (transversal) 60
- Figura 6** - Análise do HTP-F nos grupos pré-tratamento versus controle..... 61
- Figura 7** - Análise do HTP-F nos grupos em tratamento (longitudinal) versus em tratamento (transversal)..... 62
- Figura 8** - Análise do HTP-F nos grupos em tratamento (longitudinal) versus controle 63
- Figura 9** - Análise do HTP-F nos grupos em tratamento (transversal) versus controle 64

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Estádios puberais do desenvolvimento mamário e dos pelos pubianos de acordo com os critérios de Marshall & Tanner.....	5
Tabela 2 -	Significados psicológicos dos indicadores gráficos no HTP-F	36
Tabela 3 -	Dados clínicos e laboratoriais das pacientes com PPCI pré-tratamento e em tratamento (braço longitudinal).....	40
Tabela 4 -	Dados clínicos e laboratoriais das pacientes com PPCI em tratamento (corte transversal) com aGnRH	41
Tabela 5 -	Dados clínicos do grupo controle	42
Tabela 6 -	Aspectos Psicossociais (dados pessoais dos genitores)	44
Tabela 7 -	Aspectos Psicossociais (Emocionais e Sociais).....	46
Tabela 8 -	Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre pré-tratamento e em tratamento (longitudinal)	50
Tabela 9 -	Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre pre tratamento e em tratamento (transversal)	51
Tabela 10 -	Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre pré tratamento e controle	52
Tabela 11 -	Comparação dos escores totais e das reações da ESI no grupo em tratamento (longitudinal e transversal)	52
Tabela 12 -	Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre em tratamento (longitudinal) e controle	53
Tabela 13 -	Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre em em tratamento (transversal) e controle.....	54
Tabela 14 -	Resumo do percentual de presença dos indicadores do Teste Projetivo HTP-F nos diferentes grupos de pacientes	56
Tabela 15 -	Comparação dos parâmetros do HTP-F entre os grupos pré-tratamento, em tratamento (longitudinal e transversal) e controle	57

Resumo

Menk TAS. *Avaliação psicológica de meninas com puberdade precoce central idiopática antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015. 122p.

Introdução: A puberdade é considerada precoce quando ocorre antes dos 8 anos nas meninas. É classificada como puberdade precoce central (PPC) quando decorre da ativação prematura do eixo gonadotrófico e é considerada idiopática quando não há alteração no sistema nervoso central. O bloqueio puberal com análogos de GnRH é o tratamento de escolha da PPC e visa a regressão ou estabilização dos caracteres sexuais secundários, desaceleração da velocidade de crescimento e da maturação óssea com melhora do prognóstico de estatura adulta e promoção do ajuste psicossocial da criança e dos familiares. Poucos estudos avaliaram o impacto psicológico da PPC e o benefício resultante do bloqueio puberal. **Objetivos:** (1) Comparar o escore de estresse entre pacientes com PPC idiopática antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH e um grupo controle. (2) Avaliar a dinâmica da personalidade por meio do teste projetivo HTP-F (*house-tree-person-family*) em meninas com PPC idiopática, antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH e um grupo controle. (3) Comparar a prevalência dos indicadores de personalidade obtidos no HTP-F entre pacientes com PPC idiopática antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH e um grupo controle. **Pacientes e Métodos:** As pacientes foram agrupadas em pré-tratamento (n=12) e em tratamento (n=22), sendo 11 do grupo pré-tratamento reavaliadas 1 ano após início do tratamento (corte longitudinal) e 11 avaliadas em uma ocasião durante o tratamento (corte transversal). O grupo controle foi constituído de 8 meninas com desenvolvimento puberal em idade adequada, pareadas por estadiamento puberal. A avaliação psicológica incluiu entrevista semiestruturada, questionário psicossocial, aplicação da Escala de Stress Infantil (ESI) e do teste projetivo *House-Tree-Person-Family* (HTP-F). Os resultados estão expressos em média e desvio padrão e comparados entre os grupos por métodos estatísticos apropriados. **Resultados:** No grupo pré-tratamento, 6/12 (50%) pacientes encontravam-se estressadas, 4/12 (33%) na fase de alerta e 2/12 (17%) na fase de resistência. No grupo em tratamento (braço longitudinal), 3/11 (27%) pacientes encontravam-se estressadas e na fase de alerta. No grupo em tratamento (corte transversal) foram verificadas que 4/11 (36%) pacientes encontravam-se estressadas e na fase de alerta. No grupo controle somente 2/8 (25%) encontraram-se estressadas e situadas na fase alerta. Houve diferença significativa da média de escore total de estresse

entre o grupo pré-tratamento, comparados ao grupo longitudinal e ao grupo controle ($p < 0,05$). No teste HTP-F, os indicadores psicológicos significativos no grupo pré-tratamento foram sentimento de introversão comparado ao grupo em tratamento (longitudinal), sexualidade aflorada comparado ao grupo em tratamento (transversal) e sentimento de inferioridade comparado ao grupo controle ($p < 0,05$). Os indicadores psicológicos prevalentes, embora sem significância estatística no grupo pré-tratamento foram: ansiedade, sexualidade aflorada, esquema corporal inadequado, interação social inadequada e sentimento de inferioridade comparado aos demais grupos. No grupo em tratamento (longitudinal) foram significativos traços depressivos (luto) e sentimento de extroversão comparado ao grupo pré-tratamento ($p < 0,05$). No grupo em tratamento (transversal) os indicadores psicológicos prevalentes foram aceitação da mudança corporal e traços agressivos comparados aos demais grupos, embora sem significância estatística. **Conclusão:** O bloqueio puberal apresentou impacto significativo na redução do escore de estresse em pacientes com PPC. A aplicação do HTP-F em meninas com PPC apontou indicadores valiosos na dinâmica da personalidade, e poderá ser de grande utilidade na avaliação inicial, bem como na intervenção de meninas com precocidade sexual.

Descritores: 1.Entrevista psicológica, 2.Puberdade precoce, 3.Técnicas projetivas, 4.Escalas, 5.Personalidade, 6.Questionários 7.Adolescente

Abstract

Menk TAS. *Psychological evaluation of girls with idiopathic central precocious puberty before and during pubertal block with GnRH analogues* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo", 2015. 122p.

Introduction: Puberty is considered premature when it occurs before 8 years of age in girls. It is classified as central precocious puberty (CPP) when it is caused by premature activation of the gonadotropic axis and idiopathic when there is no change in the central nervous system. Pubertal block with GnRH analogues is the treatment of choice for CPP and aims to achieve regression or stabilization of secondary sexual characteristics, slowing growth velocity and bone maturation with improved adult height prognosis and promoting the child's and family's psychosocial adjustment. Few studies have assessed the psychological impact of CPP and the resulting benefits of pubertal block.

Objectives: (1) Compare the stress score among patients with idiopathic CPP before and during pubertal block with GnRH analogues and a control group. (2) To assess personality dynamics through the projective HTP-F (house-tree-person-family) test in girls with idiopathic PPC, before and during pubertal block with GnRH analogues and in a control group. (3) To compare the prevalence of personality indicators obtained in the HTP-F test in patients with idiopathic CPP before and during pubertal block with GnRH analogues and a control group.

Patients and Methods: Patients were grouped at pre-treatment (n = 12) and treatment (n = 22) groups, with 11 from the pretreatment group being reassessed 1 year after the start of treatment (longitudinal section) and 11 being assessed on one occasion during treatment (cross-section). The control group consisted of 8 girls with appropriate pubertal development for age, matched by pubertal stage. Psychological assessment included semi-structured interviews, psychosocial questionnaire, application of the Child Stress Scale (CSS) and the projective House-Tree-Person-Family (HTP-F) test. The results are expressed as mean and standard deviation and compared between groups through appropriate statistical methods. **Results:** In the pre-treatment group, 6/12 (50%) patients were stressed, 4/12 (33%) in the alert phase and 2/12 (17%) in the resistance phase. In the treatment group (longitudinal arm), 3/11 (27%) patients were stressed and in the alert phase. In the treatment group (cross-section), 4/11 (36%) patients were stressed and in the alert phase. In the control group only 2/8 (25%) were stressed and in the alert phase. Significant differences were observed in the mean total stress score of the pre-treatment group when compared to the longitudinal and the control groups ($p < 0.05$). In the HTP-F test, significant psychological indicators in the pre-treatment group were: feelings of introversion compared to the treatment group (longitudinal),

emergence of sexuality, when compared to the treatment group (cross-sectional) and feelings of inferiority when compared to the control group ($p < 0.05$). The prevalent psychological indicators, although not statistically significant in the pre-treatment group were: anxiety, emergence of sexuality, inadequate body schema, inadequate social interaction and feelings of inferiority when compared to the other groups. In the treatment group (longitudinal) the following indicators were significant: depressive traits (bereavement) and feeling of extroversion, when compared to pre-treatment group ($p < 0.05$). In the treatment group (cross-sectional) the prevalent psychological indicators were acceptance of body changes and aggressive traits when compared to other groups, although not statistically significant.

Conclusions: The pubertal block had significant impact on stress score reduction in patients with CPP. The use of the HTP-F test in girls with CPP disclosed valuable indicators in personality dynamics and can be very useful in the initial assessment and intervention of girls with sexual precocity.

Keywords: 1.Interview, psychological, 2.Puberty, precocious, 3.Projective techniques, 4.Scales 5.Personality, 6.Questionnaires, 7.Adolescent

1 INTRODUÇÃO

1.1 Puberdade Precoce Central Idiopática (PPCI)

A puberdade é o período de transição entre a infância e a vida adulta. Durante a puberdade ocorrem modificações hormonais que resultam no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários em ambos os sexos [1,2]. No sexo feminino, o início da puberdade é marcado pelo surgimento do broto mamário (telarca), aumento da velocidade de crescimento, aparecimento de pêlos pubianos (pubarca) e finalmente pela ocorrência da primeira menstruação (menarca) [3,4,5]. Na puberdade, dois processos distintos e independentes ocorrem: a gonadarca e a adrenarca. O evento hormonal que determina a gonadarca, ou seja, a maturação gonadal, é o aumento da secreção pulsátil do hormônio hipotalâmico estimulador de gonadotrofinas (GnRH) pelos neurônios hipotalâmicos na circulação porto-hipofisária [3,4,5]. O GnRH liga-se ao seu receptor na hipófise anterior, estimulando a síntese e a secreção das gonadotrofinas: hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH). Por sua vez, o LH e FSH atuam via receptor específico nos ovários, estimulando o desenvolvimento dos folículos ovarianos e a síntese e secreção de estradiol [3,4,5]. O estradiol exerce retroalimentação negativa e positiva sobre a secreção de GnRH e consequentemente das gonadotrofinas hipofisárias [3,4]. O estradiol é o hormônio responsável pelo aparecimento e desenvolvimento da telarca e desenvolvimento uterino com proliferação

endometrial, contribui para a aceleração da velocidade de crescimento, além ter papel na maturação esquelética e características físicas femininas [3,4].

A adrenarca, caracterizada pelo aumento dos andrógenos adrenais, principalmente sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), resulta no aparecimento dos pelos pubianos e axilares nas meninas, além de promover odor axilar, oleosidade cutânea e acne [3,4].

O evento mais tardio da puberdade feminina é a menarca, que do ponto de vista físico e psicológico representa um evento marcante no processo de desenvolvimento [3,4,5].

Contudo, estudos populacionais mais recentes têm demonstrado que está ocorrendo um aumento no intervalo entre o início da telarca e a idade da menarca, ou seja, as meninas estão iniciando a telarca mais precocemente [3,4]. A puberdade é um processo multifatorial (fatores ambientais, genéticos e metabólicos), especula-se que este fato se deva principalmente as modificações nos hábitos de vida, sobrepeso e obesidade, exposição aos desreguladores endócrinos, que resultam em alterações hormonais e metabólicas que propiciam o desenvolvimento mais precoce, dentre outros fatores [3,4].

O diagnóstico diferencial entre o aparecimento isolado e prematuro da telarca (caracterizada pelo aparecimento de mamas sem outros sinais de puberdade) e a forma completa de puberdade precoce é fundamental, pois na primeira situação não é necessária a intervenção terapêutica [3]. A telarca precoce isolada ocorre desde o nascimento até 3 anos de idade, não tendo evidências de avanço do crescimento e podendo regredir espontaneamente [3]. Além disso, podem ocorrer a pubarca precoce isolada e o sangramento vaginal

pré puberal isolado de causa hormonal ou não hormonal. É recomendável que as pacientes com formas isoladas de precocidade sexual tenham acompanhamento médico, pois cerca de 14% das meninas evoluem para um quadro de precocidade sexual completa [3].

A idade cronológica considerada normal para início da puberdade no sexo feminino varia de 8 a 13 anos [3]. Do ponto de vista etiológico, a puberdade precoce é classificada como central (PPC) quando a ativação do eixo gonadotrófico ocorre antes da idade adequada, ou puberdade precoce periférica quando a secreção de hormônios sexuais ocorre independentemente do estímulo do GnRH e das gonadotrofinas (por exemplo: uso exógeno de hormônios sexuais, tumores ovarianos e adrenais) [3]. Estudos recentes identificaram mutações em genes que codificam fatores que controlam a secreção de GnRH como *KISS1*, *KISS1R* e *MKRN3*, representando as primeiras causas genéticas de PPC [3,6]. É de nota que a PPC pode ser esporádica (casos isolados) ou familiar (mais de um membro da mesma família acometido), reforçando o papel dos fatores genéticos envolvidos no controle da puberdade [3,6].

A PPC também chamada puberdade precoce verdadeira ou dependente de gonadotrofinas é considerada idiopática (PPCI) quando não há evidência de alteração no sistema nervoso central (SNC), avaliado principalmente por ressonância magnética [3]. A PPCI é mais frequente no sexo feminino numa razão de até 20 meninas para cada menino e representa 90% dos casos diagnosticados [3]. De forma oposta, no sexo masculino, as causas orgânicas são as mais frequentes (2/3 dos casos) [3].

O diagnóstico de PPCI é determinado pela avaliação clínica e hormonal do paciente. O estadiamento dos caracteres sexuais é realizado pelos critérios clássicos de Marshall & Tanner para mamas e pelos pubianos (1 a 5) (Tabela 1) [3,5]. A estatura é avaliada pela medida em estadiometro adequado e comparada com a média da estatura de meninas da mesma idade cronológica. O raio-X de punho e mão não dominante estima a idade óssea (método de Greulich & Pyle), que geralmente está avançada na PPCI [3,5]. Um critério adicional para diagnóstico de puberdade precoce é a ocorrência de menarca antes dos 9 anos [3,5].

Tabela 1 - Estádios puberais do desenvolvimento mamário e dos pelos pubianos de acordo com os critérios de Marshall & Tanner [3,5]

DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO	
M1 (Mama Infantil)	Elevação somente da papila.
M2 (Broto Mamário)	Saliência pela elevação da aréola e da papila.
M3 (Aumento da mama)	Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos.
M4 (Duplo Contorno)	Maior crescimento da mama e da aréola, formando uma segunda saliência acima do contorno da mama.
M5 (Mama Adulta)	Mama de aspecto adulto, em que o contorno areolar novamente é incorporado ao contorno da mama.
DESENVOLVIMENTO DOS PELOS PUBIANOS	
P1 (Ausência)	Pode haver uma leve penugem, semelhante à observada na parede abdominal.
P2 (Pelos)	Aparecimento de pelos longos e finos, levemente pigmentados, liso ou pouco encaracolados, ao longo dos grandes lábios.
P3 (Aumento)	Maior quantidade de pelos, mais grossos, escuros e encaracolados, espalhando-se na região pubiana.
P4 (Tipo Adulto)	Pelos do tipo adulto, cobrindo mais densamente a região pubiana, mas sem atingir a face interna das coxas.
P5 (Adulto)	Pilosidade pubiana igual à do adulto, em quantidade e distribuição, invadindo a face interna da coxa.

Do ponto de vista laboratorial, a ativação do eixo gonadotrófico é confirmada por valores de LH basal e após o estímulo com GnRH exógeno na faixa puberal [3,4,5]. Os valores basais de estradiol, devido a grande flutuação e sobreposição com crianças pré-púberes, não é utilizado para o diagnóstico de PPC [3,4,5]. Uma vez estabelecido o diagnóstico clínico e laboratorial de PPC, as pacientes são submetidas a ressonância magnética de SNC para estabelecer se é idiopática (PPCI) ou orgânica.

Os objetivos do tratamento da PPC são: regredir ou estabilizar os caracteres sexuais secundários adequando a criança para a idade cronológica, desacelerar a velocidade de crescimento e evitar a maturação óssea acelerada visando melhora do prognóstico de estatura adulta, prevenir problemas emocionais na criança, inibir a atividade sexual prematura, diminuir o risco de abuso sexual e de gestação indesejável, minimizar a ansiedade dos pais, reduzir o risco de câncer estrógeno-dependente e alterações metabólicas associadas à menarca precoce [3,5]. Quando a puberdade precoce não é tratada, ocorre prejuízo na estatura adulta final e a menarca ocorre antes dos 10 anos de idade [3,5].

O tratamento clínico de escolha da PPC são os análogos de GnRH de ação prolongada (dentre eles os mais utilizados são o acetato de leuprorrelina e triptorelina), que podem ser administrados por via intramuscular ou subcutânea, resultando na inibição da secreção de gonadotrofinas e de esteróides sexuais [3]. Estes compostos atuam na hipófise anterior ligando-se aos receptores de GnRH, de forma competitiva com o GnRH endógeno e promovendo dessensibilização e redução no número de receptores de GnRH

(“*down-regulation*”). Os análogos de GnRH determinam um estímulo inicial da síntese e secreção de LH e FSH, porém, sua administração crônica resulta na supressão da secreção das gonadotrofinas e dos esteróides sexuais [3]. Na maioria dos casos, a dose de aGnRH de 3,75 mg mensal (cada 28 dias) ou a dose de 11,25 mg trimestralmente é eficaz para suprimir as gonadotrofinas e esteroides sexuais [3,5]. A monitorização do tratamento é feita por meio de exame clínico e avaliação hormonal a cada três meses. A medicação é mantida até a idade cronológica adequada para o início da puberdade, por volta de 11 a 12 anos nas meninas [3].

Os efeitos colaterais dos análogos de GnRH incluem reação alérgica local (3 a 13% dos pacientes), cefaleia, náuseas, dor abdominal, sintomas vasomotores decorrentes do hipoestrogenismo, que podem ser de intensidade variável [7].

1.2 Desenvolvimento Físico-Cognitivo-Psicológico-Social em meninas

Compreender o desenvolvimento físico, cognitivo, psicológico e social, da fase intermediária da segunda infância até a terceira infância contribui para uma visão mais ampla e complexa do indivíduo, rumo à formação da personalidade [1,8].

1.2.1 Desenvolvimento Físico

Durante a vida pós-natal, a avaliação pediátrica é importante em todos os aspectos, principalmente, na observação do gráfico ou curva da velocidade de crescimento, que são divididos em três momentos distintos [9]:

Fase 1 (Lactância): até o segundo ano de vida, caracterizada por crescimento rápido (em média 12 cm/ano).

Fase 2 (Infantil ou pré-puberal): dos 2 aos 10 anos de idade a velocidade do crescimento é lenta, estável e constante. (aproximadamente 4 a 6 cm/ano).

Fase 3 (Puberdade): a partir dos 10 anos, ocorre a liberação dos esteróides sexuais que potencializam o crescimento no sexo feminino, conhecido como estirão puberal e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Nesta fase do estirão puberal o desenvolvimento mamário equivale ao estágio **M2**, descrito por Marshall & Tanner (Tabela 1) [3,9,10]. Ocorre intenso crescimento esquelético, aceleração da velocidade de crescimento, subsequente desaceleração, até atingir a estatura adulta. Esta fase resulta no aspecto desproporcional no esquema corporal, correspondente ao estágio M3 [9]. Em geral, a desaceleração do crescimento está relacionada com a menarca, que ocorre no final do estirão puberal (**estádio M4**). Ao término do crescimento (**estádio M5**) a menina está com uma aparência física proporcional, necessária para a sustentação, postura, flexibilidade, locomoção e equilíbrio corporal [9].

As modificações físicas adquiridas nessa fase exigem uma readaptação ao novo esquema corporal.

1.2.2 Desenvolvimento cognitivo

Do ponto de vista cognitivo, Piaget [11,12] alicerçado na interação da criança com o ambiente, embasou sua teoria nas mudanças ontogenéticas [11,12]. Para o autor, a aprendizagem está associada aos diferentes estímulos apresentados no decorrer do desenvolvimento, ou seja, a assimilação é motivada pela experiência sensorial, motora ou conceitual. Quando a criança não consegue assimilar um novo estímulo, ela precisa criar ou modificar o comportamento ou pensamento existentes para atingir novos desafios, processo denominado acomodação [11,12]. A compreensão do estímulo causa uma transformação no seu mundo interno (simbólico/eu) e externo (real). Esse processo de aprendizagem está ligado à habilidade física, emocional e motivacional da criança [11,12].

Segundo Piaget [11,12], a função cognitiva se desenvolve em quatro estágios de acordo com a faixa etária da criança. Após o estágio sensório-motor (0 a 2anos), a etapa subsequente denominada pré-operatória (2 a 7 anos) consiste da inteligência prática, desenvolvido pela experiência externa, por exemplo, pela manipulação de objetos (brinquedos) favorecendo a interiorização e organização das mais variadas situações. Essa representação simbólica está relacionada com a atividade lúdica e criativa da criança, que pode ser por meio da imitação, do “faz de conta”, do desenho e pela linguagem. Além disso, essa fase é reconhecida pelo aspecto egocêntrico que expressa uma dificuldade em perceber o ponto de vista do outro [11,12].

O estágio operatório concreto (7 a 11 anos) é marcado pela fase escolar, coincidindo com o início do letramento formal. Nessa fase, o pensamento é reversível e de associação, mostrando uma capacidade de relacionar diferentes aspectos e abstrair apenas dados concretos da realidade. A criança percebe que é diferente do outro e começa a considerar outras opiniões. Nesse estágio, as coordenações motora grossa (correr, pular, chutar) e fina (desenhar, escrever, montar quebra-cabeça) estão refinadas e a criança alterna em atividades físicas que exigem força, velocidade, agilidade e resistência, com sedentarismo [11,12]. A criança faz cálculos, desenvolve dicção (pronúncia) aprimorada, familiarização com letras do alfabeto, soletra, escreve, lê, se arrisca e reconhece o significado de algumas palavras e está preparada para aquisição de estrutura de linguagem mais complexa. Consequentemente, a aquisição da linguagem reflete a capacidade de expressar suas necessidades e desejos espontaneamente [1,13,14]. Alcança capacidade para cuidar de si própria (vestir, amarrar os sapatos, cuidados com a higiene) e consegue obter sucesso nas tarefas cotidianas, sendo admirado pelos adultos e pelos colegas, o que favorece e fortalece a autoestima. Com isso, conquista a independência dos pais, mas ainda necessita de supervisão dos responsáveis [1].

O estágio operatório formal (12 anos em diante) é caracterizado pela construção do raciocínio hipotético-dedutivo, lógica, pensamento abstrato, moral, julgamento, teorização e argumentação. Esse estágio indica a conclusão do funcionamento mental adulto e o indivíduo encontra-se pronto para ampliar e aprofundar os seus conhecimentos [11,12].

1.2.3 Desenvolvimento psicológico

O desenvolvimento psicológico do ser humano é um processo lento, árduo e contínuo desde a concepção até a idade adulta [1,2]. As vicissitudes que compõe essa trajetória são mais acentuadas durante a puberdade, período no qual ocorre a perda do corpo infantil e a aquisição da capacidade reprodutiva [1,2]. A personalidade consiste em uma organização dinâmica determinada por padrões de comportamento e atitude típicos de um determinado indivíduo ou grupo [8].

Segundo Freud [15], a fase do desenvolvimento psicosssexual que ocorre paralelamente ao desenvolvimento físico e cognitivo é a fase de latência, que se estende dos 6 aos 10 anos de idade [15]. Na fase de latência, a energia sexual é controlada pelo ego e pelo superego, que reprime “temporariamente” a libido utilizando o mecanismo de defesa denominado sublimação [15]. A sublimação direciona o impulso sexual para outras atividades socialmente aceitáveis como a atividade escolar e convívio social [15]. O contato não se restringe apenas ao núcleo familiar, a interação social avança para a escola e vizinhança. A criança socializa entre os pares, enfrenta os desafios do seu cotidiano, adquire comportamento e maneira apropriados para lidar com os diferentes papéis na sociedade e passa a respeitar a figura de autoridade. A aptidão física, cognitiva e controle emocional foram adquiridos necessários e o aperfeiçoamento destas funções é necessário [15,16]. Em torno dos 8 aos 10 anos de idade, a menina escolhe uma amiga com mais afinidade para trocar confidências e brincar de pular-corda, dançar, patinar

entre outras atividades e, em relação ao sexo oposto demonstra certo desinteresse [15,16].

O encurtamento da fase de latência é um fenômeno sócio-cultural explorado na literatura, e sobre esse tópico Enck (2007) diz: *“A infância parece que vai ser banida dando lugar a um sujeito pronto e sem necessidade de investimento por parte dos pais. Em suma, as nossas crianças estão transpondo etapas, inclusive à fase de latência o qual estão substituindo as brincadeiras infantis por maquiagens, roupas adolescentes, festinha tipo “baladinha” e interesse sexual pelos meninos demonstrado através do comportamento, da indumentária e resultando na prática sexual durante a puberdade. Outro agravamento é o uso exacerbado de equipamento eletrônico que está substituindo os amigos do mundo real”* [16].

Freud finaliza o desenvolvimento psicosssexual com a fase genital, que a partir das mudanças físicas é despertada a pulsão sexual, de maneira que a libido é reativada e direcionada para o sexo oposto em busca de satisfação e na intenção de atingir a função reprodutora [15].

O comportamento e a atitude das púberes sofrem novo ajustamento, mostrando que o catexe emocional dedicado aos pais em forma de afeto, é enfraquecido e transferido para meninos e meninas da mesma faixa etária, com a intenção de obter identificação, apoio do grupo de pares e de atrair o sexo oposto. Consequentemente, a menina amplia sua busca para encontrar um grupo que o aceite, proporcione acolhimento e faça com que sinta indispensável ao grupo social que está inserida [1,17,18,19].

Na puberdade a menina deixa para trás as experiências infantis e renasce tanto nos aspectos: físico, cognitivo, psicológico, social, e sexual, alcançando ao longo do percurso a sua plenitude [1,17,20]. Essa metamorfose envolve uma mudança abrupta fisicamente e psiquicamente, causando muito conflito, crise de ajustamento e ansiedade. De fato, essas transformações desencadeiam reações emocionais impetuosas, instabilidade de humor e sentimentos ambivalentes, para com as pessoas e com o meio social [1,17,20].

Aberastury & Knobel [18] afirmam que são inevitáveis às transformações da puberdade. Por isso, na puberdade há necessidade de elaborar as perdas que são denominadas lutos [18]: 1) luto pela perda do corpo infantil: que se refere à aceitação das transformações corporais, controle dos impulsos da sexualidade, a perda da “bissexualidade” infantil; 2) luto pela perda dos pais: da infância, isto é, a transição da dependência infantil para a independência do adulto; 3) luto pela perda da identidade e do papel infantil: que significa a dificuldade em definir-se como criança ou como adulto, conseqüentemente, busca apoio do grupo da mesma faixa etária e adquirir novas identificações [18]. Os jovens precisam se adaptar à nova estrutura física adquirida, renunciar o papel e a identidade infantil, assumindo responsabilidade e tornando-se independente da figura dos pais. O objetivo final desse processo de luto viabiliza através da interação do mundo interno com o mundo externo a formação da própria identidade [18].

“Vive o adolescente, neste período evolutivo, a perda de seu corpo infantil, com uma mente ainda infantil e com um corpo que vai se fazendo inexoravelmente adulto, que ele teme, desconhece e deseja e, provavelmente,

que ele percebe aos poucos diferente do que idealizava ter quando adulto. Assim, querendo ou não, o adolescente é levado a habitar um novo corpo e a experimentar uma nova mente. Frente a esta transformação, desejada por um lado e por outro, vivido como uma ameaça e uma invasão, o adolescente busca refúgio regressivo em seu mundo interno, dentro de si mesmo (em suas fantasias, devaneios e sonhos), ocorrendo inclusive, momentos de concretização defensiva do pensamento, o que interfere em seu grau de compreensão através das perdas da capacidade de abstração e do pensamento simbólico” [19].

1.2.4 Desenvolvimento psicossocial

O desenvolvimento psicossocial descrito por Erickson [21,22] salienta que a criança vive uma crise denominada superioridade versus inferioridade, ou seja, dependendo da resolução dessa crise evolutiva, a criança pode manifestar sua produtividade e sua competência ou um profundo e persistente sentimento de inferioridade, que pode desencadear bloqueios cognitivos [21,22,].

Erickson (1971) diz que a crise de identidade está associada com as mudanças físicas e psicológicas, por isso a menina isola-se do convívio social, sente-se mal compreendida pelos familiares, perde o interesse por suas atividades infantis e escolares e se preocupa demasiadamente com a opinião alheia [21,22]. Diante disso, suas atitudes são modificadas frequentemente, e assim, remodelando constantemente sua personalidade no mesmo ritmo que as transformações físicas [21,22].

Diante de uma perda temporária do equilíbrio orgânico há um autocontrole comportamental e o desenrolar dos acontecimentos ocorrem na seguinte ordem [1]:

- 1 - Controle do corpo:** reaver o equilíbrio e o domínio físico;
- 2 - Identificação de pares:** desejo de causar uma boa impressão para se unir ao grupo de pares da mesma faixa etária, com o intuito de alcançar a aceitação e a intimidade interpessoal;
- 3 - Sensibilidade social:** disposição de impressionar através do seu modo de falar, vestir, pensar, opinar e dos interesses específicos, a fim de conseguir popularidade no grupo;
- 4 - Reorganização:** tentativa de provar para si e para os adultos que o seu comportamento e atitude sofreram alterações, e apresentando atitude defensiva (indignação) quando tratado como criança;
- 5 - Interesses e atividades externas:** o púbere preocupa-se com o “eu” e vive de fantasias e devaneios prolongados. Esta introspecção pode dificultar a aprendizagem e a socialização;
- 6 - Regulação:** necessidade de obter o autocontrole, contendo os impulsos sexuais e as emoções básicas (ira, explosões) que dificultam os relacionamentos interpessoais.

Durante o percurso do desenvolvimento infantil o *eu* e o *corpo* sofre transformações simultâneas, ou seja, o olhar que se tem do mundo, do outro, da nova imagem corporal e de si próprio mudam constantemente. Portanto, o corpo pode ser objeto de prazer através da sua autoimagem, da imagem do

outro, da imagem fornecida pelo espelho e da imagem comentada pelo outro ou pode ter outra conotação, como objeto de desprazer que gera sofrimento, angústia, vergonha ou insatisfação auto-erótica [23].

1.3 A importância da avaliação psicológica em meninas com precocidade sexual

A avaliação psicológica é um processo técnico e científico que fornece informação da dinâmica psicológica de um indivíduo ou de um grupo peculiar, que abrange história do seu passado, presente (diagnóstico) e futuro (prognóstico) [8]. Além disso, a avaliação psicológica ou psicodiagnóstico não concentra apenas sua atenção no aspecto patológico do indivíduo ou do grupo, mas também, no reconhecimento de recursos internos que o indivíduo dispõe para o enfrentamento de determinada situação [8].

Segundo o *Conselho Federal de Psicologia* (2010), a definição de avaliação psicológica é: “*Um processo de construção de conhecimentos acerca de aspectos psicológicos, com a finalidade de produzir, orientar, monitorar e encaminhar ações e intervenções sobre a pessoa avaliada, e, portanto, requer cuidados no planejamento, na análise e na síntese dos resultados obtidos*” [24]

A avaliação psicológica de meninas com o diagnóstico de PPCI visa averiguar se há possíveis disfunções associadas à doença, delinear características psicológicas e ampliar os estudos nesta população.

As pesquisas científicas internacionais sobre o impacto da precocidade sexual no comportamento de meninas com PPC, comumente utilizam como instrumento um questionário denominado *Child Behavior Check-List* (CBCL), usado entre os psiquiatras [25,26].

O CBCL criado por Achenbach em 1978 é um questionário respondido pelos pais, que compara o seu filho com outra criança da mesma faixa etária [25,26]. O CBCL é utilizado para a faixa etária entre 4 a 18 anos em ambos os sexos, e é composto de 20 perguntas sobre competência social (atividade, sociabilidade e escolaridade) e 118 perguntas relacionadas a problemas de comportamento (retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas de contato social, problemas de pensamento, atenção, comportamento delinquente e agressivo), totalizando 138 questões [25,26]. Os resultados encontrados no CBCL são reportados como comportamento *internalizante* (retraimento, ansiedade, depressão e queixas somáticas) e *externalizante* (delinquência e agressividade) [25,26].

Poucos estudos investigaram o impacto do diagnóstico da PPC e do tratamento com análogos de GnRH sobre os aspectos comportamentais e emocionais dessas meninas [27]. Alguns trabalhos utilizam como instrumento o CBCL para quantificar as respostas de pais e mães, em relação ao comportamento dos filhos [25,26].

Um estudo avaliou adolescentes que apresentaram puberdade precoce e foram tratadas com análogos de GnRH com o objetivo de correlacionar tal diagnóstico com os efeitos psicossociais [28]. Os autores concluíram que em relação ao desenvolvimento psicosssexual essas adolescentes iniciaram a vida

sexual mais cedo do que as adolescentes que vivenciaram a puberdade em idade cronológica normal [28]. Por meio de relatos de casos clínicos e estudos sistemáticos sobre psicopatologia em crianças com PPC considerou que a puberdade precoce pode aumentar os riscos de uma psicopatologia. Além disso, o nível de inteligência e desempenho escolar das adolescentes não apresentaram prejuízo, indicando que a puberdade precoce está associada a uma maturação emocional temporária [28].

Outro estudo avaliou 15 meninas com diagnóstico de PPC, tratadas com aGnRH de ação prolongada (triptorelina) e 5 meninas não tratadas, na faixa etária entre 6 e 10 anos de idade. Foram avaliadas as características comportamentais e afetivas antes e após o uso do aGnRH para o bloqueio puberal [29]. Foi observado que as meninas tratadas apresentaram redução do medo da sexualidade, do sentimento de solidão e do comportamento exemplar [29]. Em contrapartida, no grupo de meninas não tratadas, os autores identificaram que com a progressão da puberdade houve exacerbação da ansiedade, da depressão e de queixas somáticas [29].

Angold A. e *co/s.* [30] realizaram uma pesquisa envolvendo 1.651 meninas e 2082 meninos entre 9 e 16 anos de ambos os sexos aplicando a forma abreviado do CBCL e demonstraram que as meninas a partir dos 13 anos apresentaram comportamento internalizante (sintomas depressivos) significativamente mais prevalente do que os meninos, que por sua vez apresentaram taxas de depressão mais elevadas aos 9 anos. Isto sugere que o efeito do início da puberdade sobre os traços depressivos difere entre os sexos, parecendo a puberdade ter um efeito protetor no sexo masculino e desencadeador no sexo feminino [30].

Baumann e cols. [31] avaliaram 19 pacientes entre 14 e 22 anos de idade com diagnóstico de PPC tratadas com aGnRH com o objetivo de identificar os efeitos comportamentais e psicológicos da PPC e do tratamento nestas pacientes. Foram utilizados entrevista estruturada e aplicação do questionário CBCL [31]. Os autores demonstraram que 95% das pacientes estavam satisfeitas com o atendimento médico e que apenas 53% se mostravam temerosas na primeira consulta. Os pais relataram uma boa comunicação com os filhos em 79% dos casos [31]. De forma interessante, o receio de baixa estatura estava presente em 47% dos pacientes e pais, no entanto 74% das pacientes estavam satisfeitas com a altura final. Além disso, o desenvolvimento mamário foi visto como uma modificação corporal importante, pois as pacientes se achavam mais maduras que suas colegas e, segundo a percepção dos pais, isto contribuiu para o desencadeamento de sentimentos de insegurança em 63% e sentimento de vergonha em 47% dos casos [31]. Mesmo ao término do tratamento, os sentimentos de depressão e ansiedade foram comuns nas pacientes [31]. Os autores concluíram que os resultados estavam relacionados à autoestima comprometida, imagem corporal inadequada e insegurança [31].

Johansson e cols. [32], demonstraram em seu estudo retrospectivo e de longo prazo em mulheres, os efeitos psicossociais da idade da menarca. Enfatizou nos seus achados, que meninas entre 15 a 16 anos que tiveram menarca abaixo de 11 anos, estavam mais propensas à ruptura de regras, incluindo comportamento delinquente; além disso, aos 27 e 43 anos tiveram experiências sexuais avançadas mais precocemente e menor grau de

escolaridade, devido à influência prematura de envolvimento afetivo [32]. Já as meninas que tiveram puberdade tardia não apresentaram problemas de ajustamento psicossocial, entretanto, os autores ressaltaram que os desajustes psicossociais se limitaram a fase da adolescência [32]. Não houve diferença na qualidade de vida entre os dois grupos [32].

Blumenthal e cols. [33] avaliaram 138 adolescentes de 12 a 17 anos de ambos os sexos utilizando a escala de ansiedade e depressão para averiguar a vulnerabilidade emocional durante a puberdade. O desenvolvimento puberal foi considerado precoce em 13% dos pacientes, normal em 72% e tardio em 15% comparados aos pares da mesma idade. Concluíram que as meninas que tiveram um desenvolvimento precoce apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade quando comparadas às meninas que estavam no tempo puberal adequado para idade e também quando comparadas aos meninos com desenvolvimento precoce [33].

Reardon e cols. [34] realizaram uma meta-análise incluindo 45 artigos da literatura que abordaram a puberdade e a ansiedade. Essa revisão, analisada em ambos os sexos, evidenciou a presença de sintomas de ansiedade mais elevados nas meninas. Porém, concluiu que há necessidade de mais pesquisas que abordem esse assunto, pois não ficou esclarecido se a puberdade precoce causa aumento de ansiedade ou se a ansiedade antecede a fase puberal [34].

De acordo com o recente consenso sobre o uso de análogos de GnRH em crianças, os dados referentes às consequências psicológicas da PPC e do tratamento com aGnRH são limitados e existem poucos estudos sobre o

tema [27]. Os principais estudos que examinaram a função psicológica em meninas com PPC antes e após o tratamento não identificaram um padrão estabelecido de alteração [27]. Portanto, há pouca evidência que demonstrem que a PPC leva a problemas psicológicos e comportamentais e se o tratamento com análogos de GnRH está relacionado com maior adequação psicológica das pacientes [27]. O consenso sugere que são necessários estudos controlados com instrumentos padronizados nestes pacientes [27].

Um estudo coreano de avaliação psicológica incluiu 34 meninas com PPCI e um grupo controle [35]. Os estudiosos aplicaram o K-CBCL e avaliaram os seguintes aspectos como: idade, peso ao nascer, altura, IMC, status econômico, problema de competência social, desempenho escolar, comportamento internalizante/externalizante, problema de comportamento, problema de atenção [35]. De acordo com este estudo, o IMC foi significativamente mais elevado no grupo de pacientes, bem como ansiedade/depressão e queixas somáticas. Além disso, problemas externalizantes e problemas comportamentais totais foram mais prevalentes no grupo de pacientes do que no grupo controle [35].

Adicionalmente, a preocupação dos pais e das pacientes sobre as mudanças comportamentais e emocionais durante a puberdade são importantes na avaliação de problemas psicossociais [35].

Diversas técnicas podem potencialmente compor a investigação psicológica da personalidade de meninas com precocidade sexual.

Além da entrevista semiestruturada [36] e do questionário psicossocial [37], que contextualizam a paciente no seu ambiente familiar,

sócio-econômico e cultural, é desejável que instrumentos quantitativos possam mensurar variáveis de interesse.

A Escala de Estresse Infantil desenvolvida por Lipp & Romano (1984) [38] avalia o nível de estresse vivido pela criança em seu ambiente, quantificando por escores a intensidade de sintomas que expressam diversos tipos de reações, dentre elas: reações físicas, psicológicas, psicológicas com componentes depressivos e psicofisiológicas [38].

Os testes projetivos representam outro instrumento de potencial utilidade na avaliação psicológica de meninas com PPC. O teste projetivo HTP (*house-tree-person*) foi criado por John N. Buck em 1948 [39]. Durante sua experiência clínica, Buck demonstrou que o desenho era um facilitador sob três variáveis: interação, execução e comunicação. Sua invenção foi firmada na noção de que tanto crianças como jovens e adultos, podiam reproduzir, sem nenhuma complicação e à sua maneira, a imagem de uma casa (house), de uma árvore (tree) e de uma pessoa (person) [39]. O teste da família foi criado por Corman em 1979 e foi acrescentado nessa avaliação, no intuito de verificar a dinâmica familiar [40]. Portanto, o teste projetivo HTP-F pode oferecer informações valiosas em qualquer idade e, principalmente nessa faixa etária que não apresenta resistência em desenhar, além deste instrumento proporcionar interação, execução e comunicação entre psicólogo e paciente. Além disso, trata-se de um teste que é realizado pela própria criança permitindo a interpretação da atividade manifesta (consciente) e latente (inconsciente) [39]. A aplicação do HTP-F é referida em diversas situações clínicas como abuso sexual, deficiência auditiva, avaliação de auto-estima, pacientes submetidos a

transplante de medula óssea, portadores de diabetes mellitus tipo 1, estudos de casos (psicose, por exemplo) e avaliação de pacientes com distúrbios da diferenciação sexual [41,42,43,44,45,46,37]. Não há estudos que utilizaram este instrumento em pacientes com precocidade sexual.

O teste projetivo HTP-F e a ESI são de fácil aplicabilidade, principalmente em ambiente hospitalar e, requer aptidão necessária na aplicação e na análise dos resultados [39,38].

A avaliação psicológica de meninas com precocidade sexual utilizando instrumentos pertinentes pode ser uma fonte de informação de caráter explicativo, visando compreender os aspectos emocionais a fim de observar se o diagnóstico bem como o tratamento da PPC impactou no comportamento dessas pacientes.

2 *OBJETIVOS*

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência da puberdade precoce central idiopática e do tratamento com análogos de GnRH sobre os aspectos psicológicos no sexo feminino.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar os aspectos psicossociais de pacientes com puberdade precoce central idiopática e de seus familiares.
2. Comparar o escore de estresse entre pacientes com puberdade precoce central idiopática (PPCI) antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH e um grupo controle.
3. Aplicar o teste projetivo HTP-F (*house-tree-person-family*) em meninas com puberdade precoce central idiopática antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH e um grupo controle.
4. Comparar a prevalência dos indicadores de personalidade obtidos no HTP-F entre pacientes com puberdade precoce central idiopática (PPCI) antes e durante o bloqueio puberal com análogos de GnRH e um grupo controle.

3 *MÉTODOS*

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da Universidade de São Paulo (9300/12) e Comissão Setorial de Ética em Pesquisa da Divisão de Psicologia (05/12) (Anexos A e B).

3.1 Casuística

As pacientes envolvidas neste estudo apresentam o diagnóstico clínico e laboratorial de PPCI e estão em tratamento no Ambulatório da Unidade de Endocrinologia do Desenvolvimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com um braço longitudinal.

A pesquisa envolve grupo de seres humanos menores de idade, cuja decisão de participação foi tomada pelos pais ou responsáveis legais. O **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** elaborado para este estudo segue as normas segundo a Resolução 1996/96 (Anexo C).

CrITÉRIOS de Inclusão: Pacientes do sexo feminino com diagnóstico de PPCI em tratamento na Unidade de Endocrinologia do Desenvolvimento do HCFMUSP. Todas as pacientes apresentavam desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos de idade cronológica, associada a

aceleração da velocidade de crescimento [3]. Do ponto de vista laboratorial, apresentavam confirmação de ativação do eixo gonadotrófico (valores basais de LH ou após estímulo com GnRH na faixa puberal), avanço de idade óssea superior a 1 ano da idade cronológica e ressonância magnética de sistema nervoso central normal, caracterizando a forma idiopática da PPC [3]. Todas as pacientes foram tratadas com análogo de GnRH de ação prolongada (acetato de leuprorrelina) de uso mensal (3,75 mg) ou trimestralmente (11,25 mg) com aplicação subcutânea ou intramuscular [3]. Os dados clínicos e laboratoriais ao diagnóstico e durante o tratamento das pacientes foram obtidos pela revisão do prontuário.

Critérios de Exclusão: Não foram aptas para participar do estudo, as pacientes que apresentaram: puberdade precoce de causa orgânica, puberdade precoce periférica, diagnóstico estabelecido de deficiência intelectual, transtornos psiquiátricos diagnosticados e doenças crônicas de qualquer natureza que possam interferir nos resultados dos testes psicológicos.

A casuística foi composta por 23 pacientes com PPCI divididos em 3 grupos distintos e 08 sujeitos pertencentes ao grupo controle, totalizando 31 sujeitos.

As pacientes com PPCI foram agrupadas em: pré-tratamento (n=12) avaliadas após a confirmação do diagnóstico de PPCI; em tratamento (n=22), constituído de pacientes que fizeram uma avaliação longitudinal, um ano após o início do bloqueio puberal (braço longitudinal, n=11) e pacientes avaliados em uma ocasião durante o tratamento, não tendo realizado avaliação pré-tratamento (corte transversal, n=11). Um paciente que foi submetida a avaliação pré-tratamento foi impedida de realizar a segunda avaliação devido a fratura do braço direito.

O grupo controle (n=8) foi composto de meninas com desenvolvimento puberal em idade adequada, sem doenças crônicas, pareadas para o estadiamento puberal das pacientes com PPCI, de acordo com os critérios de Marshall & Tanner [3].

3.2 Instrumentos

3.2.1 Entrevista semiestruturada

O primeiro contato com os pais e pacientes foi focado na apresentação do psicólogo e na elucidação da proposta do estudo.

Um fator de extrema importância nesse contato inicial é o *rapport* que significa capacidade de entrar no mundo da criança por meio da comunicação bem-sucedida e proporcionando uma empatia entre ambos (paciente e psicóloga). O *rapport* é um aspecto técnico essencial à entrevista psicológica, que consiste em priorizar o respeito, a confiança e manter o sigilo das informações coletadas durante os encontros.

Desta forma, nem mesmo participar aos pais o conteúdo da conversa foi permitido, possibilitando assim que as pacientes possam expressar espontaneamente suas opiniões e emoções.

Durante esse contato foi feita uma anamnese que implica em obter informações sobre: identificação, composição familiar, concepção, gestação, nascimento, desenvolvimento oral, anal, psicomotor, sono, dificuldade de aprendizagem, sociabilidade, sexualidade, enfermidade e dinâmica familiar.

A anamnese tem como prioridade o levantamento da história e do desenvolvimento infantil da paciente, questionado pelo psicólogo ao responsável da criança.

A entrevista semiestruturada possibilita aos pais e/ou responsáveis, expor abertamente e com liberdade os problemas, as preocupações e as dúvidas concernentes à filha (paciente) e ao diagnóstico de PPCI. Consequentemente, essa primeira entrevista permitiu um prévio conhecimento sobre a paciente e sobre dinâmica familiar [36].

“Uma entrevista clínica possibilita avaliar a condição psicossocial do paciente, do ambiente familiar e a percepção da mãe em relação a paciente no que diz respeito, ao impacto da doença [36,37]. A importância desse instrumento na psicologia é hoje reconhecida, apesar de sua aparente subjetividade. No contexto hospitalar, a entrevista semiestruturada caracteriza-se por sua facilidade de aplicação e adaptabilidade” [36,37].

A escuta atenta do psicólogo a respeito do que foi explanado pelo responsável, possibilita o questionamento para preencher as lacunas, a fim de sanar qualquer incoerência nos fatos.

Os dados coletados permitiram levantar hipóteses que foram investigadas minuciosamente nas etapas seguintes (Anexo D).

3.2.2 Questionário psicossocial

O questionário psicossocial aplicado foi inicialmente utilizado em pacientes com Distúrbio do Desenvolvimento Sexual (DDS) e gentilmente cedido pela psicóloga Dra. Marlene Inácio [37]. Algumas perguntas foram previamente adaptadas ao contexto da puberdade precoce, sendo as respostas

tabuladas e categorizadas para análise posterior. As questões formuladas incluíram: dados pessoais, aspectos sociais, econômicos e informações sobre o tratamento da puberdade precoce [37] (Anexo E). O questionário foi respondido pelos pais ou responsáveis das pacientes e controles.

3.2.3 Escala de Estresse Infantil (ESI)

A Escala de Estresse Infantil (ESI) foi empregada para avaliar o nível de Estresse nos diferentes grupos [38]. De acordo Lipp & Lucarelli (2005) [38] desenvolveu esta escala que avalia o nível de estresse vivido pela criança em seu ambiente, quantificando por escores a intensidade de sintomas que expressam diversos tipos de reações, dentre elas: reações físicas, psicológicas, psicológicas com componentes depressivos e psicofisiológicas [38]. Esse conjunto de reações que o organismo emite está associado a estímulos que provocam emoções fortes no indivíduo como: irritação, medo ou felicidade extrema (Anexo F).

A ESI é composta de 37 questões comportamentais, sendo que em cada resposta pode se obter de 0 a 4 pontos, segundo a escala Likert [38]. Pode ser aplicada individual e/ou coletivamente, em crianças entre 6 a 14 anos em ambos os sexos [38]. Para esta faixa etária, as questões são agrupadas em categorias para aferir as reações **físicas, psicológicas, psicológicas com componente depressivo e psicofisiológica**. O questionamento sobre cada reação está contida na escala de estresse infantil e podem ser exemplificada como: reação física: “*Tenho diarreia*”; reação psicológica: “*Eu me sinto triste*”;

reação psicológica com componente depressivo: *“Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas”* e reação psicofisiológica: *“Tenho dificuldade de prestar atenção”* [38].

A avaliação final tem como objetivo detectar ou afastar a síndrome de estresse, pela quantificação de escore e a apuração é feita pela contagem de pontos [38].

De acordo com a teoria de Selye a síndrome de adaptação geral (SAG) ou Síndrome de Estresse é composta por quatro fases essenciais que compõem a síndrome. A quantificação é feita por escores de 0 a 100 e situa o paciente em uma das fases essenciais que compõem a síndrome de adaptação geral [47]:

Fase de alerta (de 39 a 59): fase transitória do estresse, vista como envolvendo estresse emocional permanente ou grave, mas representa uma reação do organismo a algo presente, no momento, que representa um desafio para criança.

Fase de defesa ou resistência (de 60 a 79): excesso de estresse da criança, levando a utilizar muita energia para o seu enfrentamento. O organismo entra nesta fase quando o estressor permanece atuante por muito tempo.

Fase de quase exaustão (de 80 a 99): fase muito grave de estresse, na qual a criança não mais consegue resistir aos estressores presentes em sua vida e começa a adoecer física ou psicologicamente.

Fase de exaustão (Acima de 99): conhecida como patológica, devido ao maior desequilíbrio interno transformando em sintomas e aparecimento de disfunções graves e até fatais. Essas transformações podem ser psicológicas, físicas e comportamentais [38].

3.2.4 Teste Projetivo House-Tree-Person-Family (HTP-F)

Os testes psicológicos são instrumentos objetivos, padronizados e tem a função de traçar um perfil da organização normal ou patológica do comportamento humano [48]. Existem muitos tipos de testes psicológicos, os que investigam os traços e fatores da personalidade, na forma de inventários psicométricos e, os que abordam representações do modo afetivo inconsciente através da expressão simbólica, que são os testes projetivos, muito utilizados, em especial junto á crianças e adolescentes [8].

O teste psicológico aplicado foi a prova projetiva HTP (house-tree-person), criado por John N. Buck em 1948 [39]. Este autor durante sua experiência clínica, demonstrou que o desenho era um facilitador sob três variáveis: interação, execução e comunicação. Sua invenção foi firmada na noção de que tanto crianças como jovens e adultos, podiam reproduzir, sem nenhuma complicação e à sua maneira, a imagem de uma casa (house), de uma árvore (tree) e de uma pessoa (person) [39]. O teste da família foi criado por Corman em 1979 e foi acrescentado nessa avaliação, no intuito de verificar a dinâmica familiar [40].

O primórdio da relação entre as pacientes e a psicóloga foi priorizar o respeito, a confiança e manter o sigilo das informações coletadas durante os encontros incluindo, nem mesmo participar aos pais o conteúdo das conversas, possibilitando as pacientes a expressão espontânea de suas opiniões e emoções [36] (Anexo G e H).

Dessa forma, o teste projetivo HTP-F oferece um manejo adequado em qualquer idade e, principalmente nessa faixa etária que não apresentam

nenhuma resistência em desenhar e, ainda, proporciona interação, execução e comunicação entre psicólogo e paciente.

Van Kolck (1984), diz que o grafismo é um meio importante de comunicação, entre a criança e o psicólogo, pois na infância as crianças precisam e valorizam demasiadamente o jogo, o brinquedo e o desenho [49].

Portanto, o HTP-F é uma técnica projetiva que tem como finalidade compreender a dinâmica da personalidade, o relacionamento interpessoal e o ambiente familiar [8,39].

O Princípio básico da interpretação do HTP inicia na folha de papel que representa o ambiente e o desenho o próprio indivíduo. A folha em branco é o reflexo do seu mundo interno, traço, atitude, comportamento, fraqueza e força de sua personalidade é projetado inconscientemente e o grau que o sujeito mobiliza seus recursos internos serve para combater os conflitos psicodinâmicos, tanto interpessoais quanto intrapsíquicos [39].

Campo (2000) destaca que o grafismo infantil mostra emoção, dificuldade, anseio, prazer, da própria criança sem que ela perceba [50]. No entanto, um simples papel e lápis esboçam o seu íntimo da forma mais inocente, a influência que a sociedade exerce sobre si, um refúgio quando faltam às palavras e contribui com o profissional a conhecer e ajudar a criança no sentido afetivo, emocional e intelectual. Por meio do desenho, a criança pede, delata, informa tudo que sente, sabe e vê e essa ferramenta facilita a compreensão do seu mundo interno [50].

A partir do trabalho de Hammer (1991) observou-se que a casa tende a expressar a percepção e a internalização de aspectos centrais dos modelos e vínculos familiares, uma ótica atual, passada ou de um futuro idealizado [51]. Neste sentido, o desenho da casa constituem uma projeção de um auto-retrato do

ego, mais relacionada aos modelos parentais internalizados. Quanto mais lógico e estruturada é a casa, melhor é a força e a condição geral de funcionamento egóico. Já o que é projetado inconscientemente no desenho da árvore, associa-se a expressão de visão de si mesmo, sendo mais próximo do consciente e da relação com o ambiente [51]. A árvore expressa a experiência da pessoa em várias fases do seu desenvolvimento, da raiz até a copa, ou seja, o significado começa a ser desenrolado pela raiz que revela a vida instintiva e o contato com a realidade; o tronco simboliza a vida emocional, o desenvolvimento, pressão ambiental, tensão interna e trauma e, finalmente a copa revela a vida intelectual, social, a troca com o ambiente e a busca de realização [51].

O desenho da pessoa indica o grau de ajustamento, em nível psicossocial, sendo que, o desenho é menos suscetível a mudança em reteste. Significa também uma representação do auto-retrato de um self ideal, que resulta da internalização de vivência primária com pessoas significativas, como pais e irmãos. Observa que a representação de característica pessoal mostra como é na realidade, como é percebida, sentida ou imaginada. Para diferenciar o que foi abordado, confronta-se a representação genética com a associação verbal do sujeito [51].

Além disso, quando a criança é madura nos aspectos emocional, cognitivo, afetivo e social, essa maturação reflete também no grafismo infantil. Contudo, a representação gráfica exerce um papel de mediador entre o mundo externo (real) e o mundo interno (imaginário) da criança, fornecendo um conhecimento prévio do seu jeito de ser [50].

O HTP-F é composto de duas fases essenciais: a fase não verbal, que convida o indivíduo a executar o desenho de uma casa, de uma árvore, de uma figura humana, de uma figura humana do sexo oposto ao da primeira

desenhada e o desenho da família de origem, todos os desenhos feitos à mão livre e a segunda fase é composta de um inquérito posterior ao desenho, as perguntas envolvem à associação do indivíduo sobre os aspectos de cada desenho [39] (Anexo G e H).

A análise qualitativa do HTP-F, nessa pesquisa, foi baseada em uma lista de conceitos interpretativos e como referência para essa avaliação foi utilizado o “Manual e Guia de Interpretação de Buck [39]. O HTP-F foi avaliado duas psicólogas, uma delas sem conhecimento prévio da história da paciente.

Tabela 2 - Significados psicológicos dos indicadores gráficos no HTP-F [39,49,51,52]

Indicador gráfico nos Desenhos	Significado Psicológico
Primeira figura humana do sexo feminino	Identificação feminina [39,49,51]
Sombreamento excessivo e nuvem na casa	Traços de ansiedade [39,49,52]
Traço suave e desenho inclinado para esquerda, com aspecto caído.	Traços depressivos [39,52]
Cabelo comprido e cintura marcada	Sexualidade aflorada [39,49]
Idade superior ao do examinando e Presença de franja	Aceitação das mudanças corporais [39,49]
Desenhar somente a cabeça ou pintar o corpo na cor roxa.	Esquema corporal inadequado [39]
Galhos com pontas e dentes	Traços agressivos [39,49]
Árvore frutífera e Idade da figura inferior a própria idade	Imaturidade emocional [39,49]
Porta pequena ou fechada e braços para trás	Traços de introversão [39,51]
Janela e porta aberta	Traços de extroversão [51,52]
Janela fechada com cortinas	Interação social inadequada [39,51]
Desenhos pequenos	Sentimento de inferioridade [39,49,52]
Desenhos grandes	Sentimento de superioridade [39,49,52]

3.2.5 Análise estatística

Os dados numéricos estão apresentados em média e desvio padrão ou mediana e intervalo, quando apropriado. Os dados categóricos estão apresentados com estatística descritiva básica e porcentagem. Para comparação entre dois grupos foi aplicado teste t de Student ou Mann-Whitney, quando apropriado. As variáveis categóricas foram analisadas em tabelas de contingência pelo teste exato de Fisher ou qui-quadrado, quando apropriado [53]. Para fins de análise estatística, os resultados obtidos no grupo de pacientes em tratamento foram avaliados separadamente, considerando o corte longitudinal e transversal como independentes.

Comparações das variáveis numéricas, antes e após o tratamento foi feito pelo teste de Wilcoxon. SigmaStat para o Windows 3.5 (Systat Software) foi utilizado para a análise. A significância estatística foi estabelecido em $p < 0,05$ [54].

4 *RESULTADOS*

4.1 Dados clínicos e hormonais das pacientes e controles

No grupo pré-tratamento, a média de IC do início da puberdade foi $6,5 \pm 0,9$ anos e a IC da primeira avaliação psicológica foi de $8,5 \pm 1,3$ anos, enquanto que no grupo em tratamento (braço longitudinal), a média de IC do início da puberdade foi $6,5 \pm 0,9$ anos e a IC da segunda avaliação psicológica foi de $9,4 \pm 1,4$ anos. A média de tempo de tratamento neste subgrupo foi de $1 \pm 0,1$ anos. Os dados estão descritos na Tabela 3.

No grupo em tratamento (corte transversal), a média de IC do início da puberdade foi $6,5 \pm 2,2$ anos e a IC da primeira avaliação psicológica foi de $10,1 \pm 1,6$ anos. A média de tempo de tratamento neste subgrupo foi de $2,5 \pm 1,5$ anos. Os dados estão descritos na Tabela 4.

No grupo controle, a média de IC do início da puberdade foi $10,2 \pm 1,2$ anos, a IC da avaliação psicológica foi de $10,8 \pm 1$ ano. Os dados estão descritos na Tabela 5.

Os dados clínicos e laboratoriais das pacientes, de acordo com cada grupo e do grupo controle estão representados nas Tabelas de 3 a 5.

Tabela 3 - Dados clínicos e laboratoriais das pacientes com PPCI pré-tratamento e em tratamento (braço longitudinal)

Paciente	IC do início dos sinais puberais	IC da primeira consulta medica	IC no início do Tratamento	IC da primeira avaliação psicológica	IC da segunda avaliação psicológica	Tempo de Tratamento	Estatura (DP)	Peso (DP)	IO (anos)	Estadio puberal *	LH (U/L)		FSH (U/L)		Estradiol (pg/mL)
											B	P	B	P	
1	6	9,4	9,4	9,4	10,4	1	2,2	1,5	12	M4PP4	1,2	-	2,1	-	<15
2	7	8	9	9,2	10,2	1,2	1,6	0	11	M3PP2	1,4	7,3	6,5	-	74
3	5	8	10,7	10,7	11,7	1	3,8	2,4	12	M4PP4	5,6	95,3	8,8	-	56
4	7	8,3	8,4	8,6	9,6	1,2	2,5	1,4	11,5	M3PP3	1,8	6,5	6,9	9,2	25
5	6	9,0	9,2	9,2	10,2	1	0,4	1,4	11	M4PP3	6,8	30,1	9,2	16	24
6	7	8	8	8	9	1	0,8	3,2	11	M5PP5	6,6	30,1	9,2	1,6	17
7	6	7,8	7,8	8	9	1	1,1	1,4	11	M4PP3	0,4	26,6	2,1	6,2	53
8	8	9,3	9	9,3	NR	-	0,6	0,2	11	M4PP4	2,4	26,9	9,2	18,4	-
9	7	7	7	7	8	1	2,8	1,4	11	M3PP3	0,1	0,7	10,6	10,8	11,8
10	7	9	9,2	9,2	10,2	1	0,6	0,4	14	M4PP4	4,9	12,9	-	-	89,6
11	5	6	6	6	7	1	2,6	2,3	11	M3PP3	-	5,8	-	-	34,7
12	7	7	7	7	8	1	1,1	-0,4	8,1	M3PP3	0,2	5,9	4,1	-	12,7
Média	6,5	8,1	8,4	8,5	9,4	1	1,7	1,3	11,2	-	2,9	21,8	6,5	11,1	37,5
DP	0,9	1	1,3	1,3	1,4	0,1	1,1	1,1	1,3	-	2,6	27,9	3,0	5,1	26,8

IC= idade cronológica; DP= desvio-padrão; M= mamas; PP= pelos pubianos; RNM= ressonancia nuclear magnética; *critérios de Marshall e Tanner; NR= não realizou

Tabela 4 - Dados clínicos e laboratoriais das pacientes com PPCI em tratamento (corte transversal) com aGnRH

Paciente	IC do início dos sinais puberais	IC da Primeira Consulta medica	Tempo de Tratamento	IC da Avaliação psicológica	Estatura (DP)	Peso (DP)	Idade Óssea (anos)	Estadio puberal	LH (U/L)		FSH (U/L)		E ₂ (pg/ml)
									B	P	B	P	
1	7,4	8,2	1,0	9,9	2,08	1,32	10	M2 PP3	0,1	9,9	5,2	9,2	49
2	1,6	8	1,0	9,5	2	1,20	10	M4 PP1	0,1	6,9	2	12,8	29
3	7	8	2,0	9	1,56	1,44	11,4	M3 PP3	0,3	16,6	3,2	19,1	17
4	4	5,2	3,7	9	1	0,25	6	M3 PP1	0,6	11,4	4,5	55,2	15,9
5	5	5,2	2,0	6,6	2,25	2,89	7	M3 PP2	2,5	30	5,7	16,2	34
6	7,75	8,33	2,7	10,9	1,21	1	10	M3 PP1	0,7	-	6,7	-	46
7	7,33	9,33	1,0	11,5	0,75	0,31	11	M4 PP3	-	19,6	-	14,7	42
8	7,33	9,1	3,4	11,2	2,54	2,30	11	M3 PP3	1,8	13,7	6,4	10,8	49
9	8	8,6	1,0	9,6	2,24	2,08	11	M3 PP3	0,9	20,6	1,9	15,7	56
10	5	7,4	4,7	10,75	2,57	2,65	11	M3 PP3	0,1	9,4	3,2	6,1	47
11	7	7	4,9	12,75	6,72	3,05	11	M3 PP3	2	-	6,8	-	13
Média	6,5	7,7	2,5	10,1	1,8	1,7	10	-	1,1	16	4,2	18	38,3
DP ±	2,2	1,4	1,5	1,6	0,8	1	1,8	-	0,9	7,9	1,9	15,3	15,7

Tabela 5 - Dados clínicos do grupo controle

Controle	IC do início dos sinais puberais	IC da primeira avaliação psicológica	Estadio puberal
1	11	11,4	M4 PP4
2	9	9,7	M4 PP4
3	11	11	M3 PP3
4	11	11,9	M4 PP4
5	10	9,5	M2 PP2
6	11	11,7	M3 PP2
7	11	11,7	M3 PP2
8	8	9,6	M4 PP1
Média	10,2	10,8	-
DP	1,2	1	-

IC= idade cronológica; ND= Não Disponível; *critérios de Marshall e Tanner

4.1.2 Aspectos psicossociais

Os dados do questionário psicossocial estão sumarizados nas Tabelas 8 e 9.

No grupo pré-tratamento (n=12), a média da idade de menarca da mãe foi de 11,3 anos e história familiar de precocidade sexual foi presente em 5/12 pacientes (42%). No grupo em tratamento (transversal) (n=11), a média da idade de menarca da mãe foi de 11,2 anos e história familiar de precocidade sexual foi positiva em 6/11 (55%). No grupo controle (n=8), a média da idade de menarca da mãe foi de 13 anos.

Com relação aos dados pessoais dos genitores, no grupo pré-tratamento e em tratamento (longitudinal), foi predominante o estado civil casado 9/12 (75%). A origem geográfica dos responsáveis (pai e mãe) foi predominantemente da região sudeste 7/12 (58%) e 5/12 (42%) nordeste.

Quanto à escolaridade dos pais, 6/12 (52%) concluiu o ensino médio e as mães 8/12 (75%) o ensino médio. A religião predominante dos genitores foi a católica 8/12 (67%). A média da renda familiar foi de R\$ 2.190,00.

No grupo em tratamento (transversal), os dados pessoais dos genitores, predominou o estado civil separados 6/11 (55%). A origem geográfica dos responsáveis foi predominantemente da região sudeste 6/11 (55%) em ambos os sexos. Quanto à escolaridade dos pais, 2/11 (19%) tinham o ensino fundamental incompleto, 2/11 (19%) fundamental completo, 1/11 (8%) ensino médio incompleto, 2/11 (19%) concluiu o ensino médio, 2/11 (19%) foi superior incompleto, 1/11 (8%) pós-graduação e 1/11 (8%) não respondeu a questão. Já a escolaridade da mãe foi fundamental incompleto 1/11(10%), fundamental completo 1/11(10%), ensino médio incompleto 1/11(10%), concluiu o ensino médio completo 3/11 (25%), superior incompleto 3/11 (25%), 1/11 (10%) superior completo e 1/11 (10%) pós-graduação. A religião predominante dos pais foi a católica 5/11 (45%). A média da renda familiar foi de R\$ 2.785,71.

No grupo controle, o estado civil predominante dos pais foi casado 4/8 (50%), 2/8(25%) separados e viúvos 2/8 (25%). A origem geográfica dos pais e das mães foi predominantemente da região sudeste, 7/8 (87,5%) e 8/8 (100%), respectivamente. Quanto à escolaridade dos pais, 6/8 (75%) concluíram o ensino médio. Quanto à escolaridade das mães, 5/8 (62,5%) concluíram o superior completo. As religiões predominantes dos genitores foram a católica em 3/8 (37,5%) e evangélica em 3/8 (37,5%). A média da renda familiar foi de R\$ 3.185,28. Os dados descritos estão na Tabela 6.

Tabela 6 - Aspectos Psicossociais (dados pessoais dos genitores)

Grupos	Estado Civil dos Pais	Naturalidade do Pai	Escolaridade do Pai	Naturalidade da Mãe	Escolaridade da Mãe	Religião do Responsável	Renda Familiar (Média)
Pré-tratamento/ Em tratamento (longitudinal) (n=12)	C 75%	SE 58%	EMC 52%	SE 58%	EMC 75%	Cat 67%	2.190,00
	Se 16%	NE 42%	FC 16%	NE 42%	EMI 12,5%	Evang 25%	
	SI 9%		FI 16%		SI 12,5%	Espírita 8%	
			EMI 8%				
Em tratamento (transversal) (n=11)			Pós 8%				2.785,71
	Se 55%	SE 55%	FI 19%	SE 55%	FI 10%	Cat 45%	
	C 36%	NE 27%	FC 19%	NE 45%	FC 10%	Evang 28%	
	SI 9%	Sul 9%	EMI 8%		EMI 10%	Afro 9%	
		NR 9%	EMC 19%		EMC 25%	Advent 9%	
			SI 19%		SI 25%	Atéia 9%	
			PÓS 8%		SC 10%		
Controle (n=8)			NR 8%		PÓS 10%		3.185,28
	C 50%	SE 87,5%	EMC 75%	SE 100%	SC 62,5%	Cat 37,5%	
	Se 25%	NE 12,5%	SC 12,5%		EMC 37,5%	Evang 37,5%	
	V 25%		NR 12,5%			Budista 12,5% Nenhuma 12,5%	

C= Casado; Se= Separado; SI= Solteiro; V=Viúva; SE=Sudeste; NE= Nordeste; FI= Fund.Incomp; FC= Fund. Comp;EMI= Ens. Médio Incomp; EMC= Ens. Médio Comp; Pós= Pós Graduação; SI= Sup. Incomp ;NR= Não Respondeu;Cat= Católica; Evang=Evangélica; Afro= Afro-brasileira; Advent= Adventista

No grupo pré-tratamento, em relação ao aspecto social, o tipo de brincadeira preferida foi boneca para 7/12 (59%) e computador para 3/12 (25%) pacientes. A identificação com a figura paterna ocorreu em 3/12 (25%) pacientes; com ambos em 5/12 (43%); com a figura materna em 2/12 (16%) e outros em 2/12 (16%) pacientes. Em relação à aparência física antes do diagnóstico de puberdade precoce, foi considerada normal em 8/12 (58%) e vaidosa em 4/12 (42%) das pacientes. Após o diagnóstico médico de puberdade precoce, a aparência física foi considerada normal em somente 3/12 (25%) pacientes; 6/12 (50%) se mostraram vaidosas e 3/12 (25%) indiferentes

em relação a aparência física. Nesse grupo, a dificuldade de integração social foi relatada por apenas 1/12 (8%) paciente. De acordo com o relato das mães, a discriminação devido às mudanças corporais ocorreu em 3/12 (25%) pacientes e o sentimento de vergonha em relação às transformações físicas foi relatado por 4/12 (32%) pacientes. Referiu a prática de alguma atividade física somente 3/12 (25%) pacientes.

No grupo em tratamento (transversal), em relação ao aspecto social, o tipo de brincadeira preferido foi boneca para 4/11 (36%) pacientes e brincadeiras de desfile e maquiagem para 2/11 (19%) pacientes. A identificação com a figura materna ocorreu em 8/11 (73%) pacientes. Em relação à aparência física antes do diagnóstico de puberdade precoce, foi considerada normal em 7/11 (64%) pacientes e 4/11 (36%) pacientes mostraram-se vaidosas. Após o diagnóstico médico de puberdade precoce, a aparência física foi considerada normal em 5/11 (45%) e vaidosa em 6/11 (55%) pacientes. Nesse grupo, a dificuldade de integração social foi relatada por apenas 2/11 (18%) pacientes. De acordo com o relato das mães, discriminação sofrida por causa das mudanças corporais foi referida por apenas 1/11 (9%) pacientes e o sentimento de vergonha em relação às transformações físicas foi relatada em 2/11 (18%) pacientes. Referiram prática de alguma atividade física 6/11 (55%) pacientes.

No grupo controle, as informações colhidas em relação ao aspecto social, o tipo de brincadeira preferida foi computador para 4/8 (50%) meninas e desfile e maquiagem para 3/8 (37,5%) meninas púberes. Nesse grupo, 7/8 (87,5%) se identificou com a mãe e somente 1/8 (12,5%) se identificou com ambos. A dificuldade de integração social foi relatada em 1/8 (12,5%).

A discriminação sofrida por causa das mudanças corporais foi sentida em apenas 1/8 (12,5%) e o sentimento vergonha em relação ao próprio corpo foi referido por 3/8 (37,5%). A prática de atividade física foi relatada por 2/8 (25%) mães das púberes. Os dados descritos estão na Tabela 7.

Tabela 7 - Aspectos Psicossociais (Emocionais e Sociais)

	Tipo de Brincadeira	Identificação com os pais	Aparência antes do diagnóstico	Aparência após o diagnóstico	Dificuldade de Integração Social?	Sofreu Discriminação depois das mudanças corporais?	Sente vergonha do seu corpo?	Pratica Atividade Física?
Pré-tratamento/ Em tratamento (longitudinal) (n=12)	Boneca 59%	Ambos 43%	N 58%	V 50%				
	Comp. 25%	Pai 25%	V 42%	N 25%	8%	25%	32%	25%
	Bola 8%	Mãe 16%		I 25%				
	Pega-Pega 8%	Outros 16%						
Em tratamento (transversal) (n=11)	Boneca 36%	Mãe 73%	N 64%	V 55%	18%	9%	18%	55%
	Comp. 27%	Pai 9%	V 36%	N 45%				
	Desf/Maq 19%	Ambos 9%						
	Pega-pegas 9%	Outros 9%						
	Amigos 9%							
Controle (n=8)	Comp. 50%	Mãe 87,5%	NR	NR	12,5%	12,5%	37,5%	25%
	Desf/Maq 37,5%	Ambos 12,5%						
	Boneca 12,5%							

Comp= Computador; Desf/Maq= Desfilar e Maquiagem; N= Normal; V=Vaidosa; D=Desleixada

4.1.3 Escala de Estresse Infantil (ESI)

A média do escore total obtido na ESI no grupo pré-tratamento foi $42 \pm 15,6$ enquanto que no grupo em tratamento (longitudinal) foi $30 \pm 9,9$ e no grupo em tratamento (transversal) foi $33,5 \pm 16,7$. No grupo controle, a média do escore total obtido na ESI foi $24,5 \pm 14,3$. Houve diferença estatisticamente significativa do escore total de estresse entre o grupo pré-tratamento comparado aos grupos em tratamento (longitudinal) e controle ($p < 0,05$) (Figura 1).

Figura 1 - Comparação dos Escores totais da Escala de Estresse Infantil entre os diferentes grupos avaliados. Significância estatística ($p < 0,05$) entre pré-tratamento vs em tratamento (longitudinal) e pré-tratamento vs controle

A representação da evolução do escore total de estresse no grupo pré tratamento e após tratamento (braço longitudinal) de cada paciente está representado na Figura 2.

Figura 2 - Evolução do escore total da Escala de Estresse Infantil (ESI) no grupo pré-tratamento (n=12) e em tratamento (n=11) nas pacientes com avaliação longitudinal

De acordo com a classificação baseada no escore total obtido na ESI, que provê informação relacionada à síndrome de adaptação geral (SAG) ou síndrome de estresse [38], composta pelas quatro fases essenciais (fase de alerta, fase de defesa ou resistência, fase de quase exaustão e fase de exaustão), as pacientes e controles foram situados em cada uma destas fases e estão representados na Figura 3. No grupo pré-tratamento foi verificado que

6/12 (50%) pacientes encontravam-se estressadas (escore ≥ 40), sendo que 4/12 (33%) situaram-se na fase de alerta e 2/12 (17%) na fase de resistência. No grupo em tratamento (longitudinal) somente 3/11 (27%) pacientes estavam estressadas e na fase de alerta. No grupo em tratamento (transversal) verificou-se que 4/11 (36%) pacientes encontravam-se estressadas e situadas na fase de alerta. No grupo controle somente 2/8 (25%) encontravam-se estressadas na fase alerta. (Figura 3).

Figura 3 - Escore total obtido na escala de estresse infantil em pacientes com PPCI pré-tratamento, em tratamento (longitudinal), em tratamento (transversal) e controle. Classificação de cada paciente e controle de acordo com o escore total: ≤ 38 : normal; 39-59: fase de alerta; 60-79: fase de resistência

4.1.4 Estratificação dos escores da ESI de acordo com as reações

No grupo pré-tratamento foi observado que as maiores médias de escores foram obtidas das reações físicas e psicológicas ($11,6 \pm 4,1$ e $13,3 \pm 6,2$, respectivamente), e no grupo em tratamento (longitudinal) também os escores das reações físicas e psicológicas foram os mais relevantes ($9 \pm 3,4$ e $9,4 \pm 5,2$, respectivamente) (Tabela 8). Houve diferença estatisticamente significativa na média dos escores das reações físicas entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 8 - Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre pré-tratamento e em tratamento (longitudinal)

	Pré-Tratamento (n=12)	Em Tratamento (Longitudinal) (n=11)	<i>p</i>
Escore total	42 $\pm$ 15,6	30 $\pm$ 9,9	0,04
Reações físicas	11,6 $\pm$ 4,1	9 $\pm$ 3,4	0,02
Reações psicológicas	13,3 $\pm$ 6,2	9,4 $\pm$ 5,2	0,13
Reações psicológicas c/ componentes depressivos	6,8 $\pm$ 5,4	3,5 $\pm$ 2,8	0,05
Reações psicofisiológicas	10,2 $\pm$ 5,4	8,2 $\pm$ 3,8	0,3

Nota: Em Tratamento (Longitudinal): pacientes avaliados 1 ano após tratamento (braço longitudinal).
Significância estatística $p < 0,05$

Os escores das reações de estresse entre os grupos pré-tratamento e em tratamento (transversal) revelaram que no grupo pré-tratamento as reações predominantes foram psicológicas ($13,3 \pm 6,2$) e físicas ($11,6 \pm 4,1$), enquanto que no grupo em tratamento (transversal) o escore das reações psicológicas

foram ($11,8 \pm 5,1$) e psicofisiológicas ($7,8 \pm 3,5$), demonstrando uma migração de reações físicas para psicofisiológicas. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparamos as médias de escores de cada domínio entre os dois grupos ($p < 0,05$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre pré tratamento e em tratamento (transversal)

	Pré-Tratamento (n=12)	Em Tratamento (transversal) (n=11)	p
Escore total	42 $\pm$ 15,6	33,5 $\pm$ 16,7	0,22
Reações físicas	11,6 $\pm$ 4,1	7,5 $\pm$ 5,3	0,05
Reações psicológicas	13,3 $\pm$ 6,2	11,8 $\pm$ 5,1	0,55
Reações psicológicas c/ componentes depressivos	6,8 $\pm$ 5,4	6,4 $\pm$ 6,5	0,85
Reações psicofisiológicas	10,2 $\pm$ 5,4	7,8 $\pm$ 3,5	0,22

No grupo pré-tratamento foi observado que as reações psicológicas e físicas foram as predominantes ($13,3 \pm 6,2$ e $11,6 \pm 4,1$; respectivamente) e no grupo controle as reações psicológicas e psicofisiológicas foram as mais relevantes (escore $8,1 \pm 4,9$ e $7,1 \pm 4,2$) (Tabela 10). No grupo pré-tratamento, a média dos escores das reações físicas foi $11,6 \pm 4,1$ e no controle foi $4,6 \pm 5,9$. Houve diferença significativa quando comparamos as reações físicas entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 10 - Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre pré tratamento e controle

	Pré- Tratamento (n=12)	Controle (n=8)	p
Escore total	42 ± 15,6	24,5 ± 14,3	0,02
Reações físicas	11,6 ± 4,1	4,6 ± 5,9	0,006
Reações psicológicas	13,3 ± 6,2	8,1 ± 4,9	0,08
Reações psicológicas c/ componentes depressivos	6,8 ± 5,4	4,1 ± 2,7	0,20
Reações psicofisiológicas	10,2 ± 5,4	7,1 ± 4,2	0,18

No grupo em tratamento (longitudinal) também as reações físicas e psicológicas foram as mais relevantes, com médias de escore de $9 \pm 3,4$ e $9,4 \pm 5,2$, respectivamente) (Tabela 13). No grupo em tratamento (transversal) as reações psicológicas com média de escore de $11,8 \pm 5,1$ e psicofisiológicas com média de escores de $7,8 \pm 3,5$ foram predominantes. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparamos as médias de escores de cada reação entre os dois grupos ($p < 0,05$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação dos escores totais e das reações da ESI no grupo em tratamento (longitudinal e transversal)

	Longitudinal (n=11)	Transversal (n=11)	p
Escore total	30 ± 9,9	33,5 ± 16,7	0,55
Reações físicas	9 ± 3,4	7,5 ± 5,3	0,45
Reações psicológicas	9,4 ± 5,2	11,8 ± 5,1	0,27
Reações psicológicas c/ componentes depressivos	3,5 ± 2,8	6,4 ± 6,5	0,18
Reações psicofisiológicas	8,2 ± 3,8	7,8 ± 3,5	0,82

No grupo em tratamento (longitudinal), as maiores médias de escores foram obtidas das reações físicas e psicológicas ($9 \pm 3,4$ e $9,4 \pm 5,2$; respectivamente), e no grupo controle as médias dos escores das reações psicológicas e psicofisiológicas foram as mais relevantes ($8,1 \pm 4,9$ e $7,1 \pm 4,2$, respectivamente) (Tabela 12). Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparamos as médias de escores de cada domínio entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 12 - Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre em tratamento (longitudinal) e controle

	Em Tratamento (longitudinal) (n=11)	CONTROLE (n=8)	<i>p</i>
Escore total	$30 \pm 9,9$	$24,5 \pm 14,3$	0,33
Reações físicas	$9 \pm 3,4$	$4,6 \pm 5,9$	0,06
Reações psicológicas	$9,4 \pm 5,2$	$8,1 \pm 4,9$	0,60
Reações psicológicas c/ componentes depressivos	$3,5 \pm 2,8$	$4,1 \pm 2,7$	0,60
Reações psicofisiológicas	$8,2 \pm 3,8$	$7,1 \pm 4,2$	0,57

No grupo em tratamento (transversal) a média do escore das reações psicológicas foi $11,8 \pm 5,1$ e a média do escore das reações psicofisiológicas foi $7,8 \pm 3,5$, e no grupo controle as reações psicológicas e psicofisiológicas também foram as mais relevantes, com médias de escore de $8,1 \pm 4,9$ e $7,1 \pm 4,2$ respectivamente (Tabela 13). Não houve diferença estatisticamente significativa na média dos escores das reações entre os dois grupos ($p < 0,05$).

Tabela 13 - Comparação dos escores totais e das reações da ESI entre em tratamento (transversal) e controle

	Em Tratamento (transversal) (n=11)	Controle (n=8)	p
Escore total	33,5 ± 16,7	24,5 ± 14,3	0,23
Reações físicas	7,5 ± 5,3	4,6 ± 5,9	0,27
Reações psicológicas	11,8 ± 5,1	8,1 ± 4,9	0,13
Reações psicológicas c/ componentes depressivos	6,4 ± 6,5	4,1 ± 2,7	0,37
Reações psicofisiológicas	7,8 ± 3,5	7,1 ± 4,2	0,70

4.1.5 HTP-F

De acordo com a interpretação do teste HTP-F, no grupo pré-tratamento a identificação com a figura do sexo feminino foi observada em 11/12 (92%) pacientes, enquanto que 1/12 (8%) pacientes apresentou identificação com a figura do sexo masculino. Em relação aos indicadores avaliados no teste projetivo HTP-F, traços de ansiedade foram encontrados em 9/12 (75%) pacientes; traços depressivos em 2/12 (17%) pacientes; sexualidade aflorada em 7/12 (58%) pacientes; aceitação das mudanças corporais em somente 5/12 (42%) das pacientes; esquema corporal inadequado em 7/12 (58%) pacientes; traços agressivos em 2/12 (17%) pacientes; imaturidade emocional em 11/12 (92%) pacientes; traços de introversão em 10/12 (83%) pacientes; traços de extroversão em somente 2/12

(17%); interação social inadequada em 6/12 (50%); sentimento de inferioridade em 9/12 (75%) e sentimento de superioridade em 3/12 (25%) pacientes.

Após um ano de tratamento, no grupo em tratamento (longitudinal) a identificação com a figura do sexo feminino foi observada em 10/11 (91%) pacientes e somente 1/11 (9%) apresentou identificação com o sexo masculino. Em relação aos indicadores avaliados no teste projetivo HTP-F, traços de ansiedade foram encontrados em 6/11 (54%) pacientes; traços depressivos em 7/11 (64%) pacientes; sexualidade aflorada em 3/11 (27%) pacientes; aceitação das mudanças corporais em somente 6/11 (54%) das pacientes; esquema corporal inadequado em 5/11 (45%) pacientes; traços agressivos em 2/11 (27%) pacientes; imaturidade emocional em 10/11 (90%) pacientes; traços de introversão em 4/11 (36%) pacientes; traços de extroversão em 7/11 (64%); interação social inadequada em somente 1/11 (9%); sentimento de inferioridade em 5/11 (45%) e sentimento de superioridade em 6/11 (54%) pacientes (Tabela 16).

A comparação da prevalência dos indicadores do HTP-F entre os grupos pré-tratamento e em tratamento (longitudinal) indicou que traços depressivos e sentimentos de extroversão foram significativamente mais observados no grupo em tratamento (longitudinal), enquanto que sentimento de introversão foi significativamente mais observado no grupo pré-tratamento ($p < 0,05$) (Tabela 15 e Figura 4). No entanto, embora sem significância estatística, foi observado que um maior número de pacientes do grupo pré-tratamento apresentou os indicadores traços de ansiedade, sexualidade aflorada, interação social inadequada e sentimentos de inferioridade, enquanto

que um maior número de pacientes no grupo em tratamento (longitudinal) apresentou sentimento de superioridade.

Tabela 14 - Resumo do percentual de presença dos indicadores do Teste Projetivo HTP-F nos diferentes grupos de pacientes

Dados dos Desenhos (exemplo)	Indicadores do Teste HTP-F	Pré-Tratamento (n=12)	Tratamento L (n=11)	Tratamento T (n=11)	Controle (n=8)
Primeira Figura humana do sexo feminino	Identificação com a figura feminina	92%	91%	91%	50%
Sombreamento excessivo e nuvem na casa	Traços de ansiedade	75%	54%	27%	62,5%
Traço suave e desenho inclinado para esquerda, com aspecto caído.	Traços depressivos	17%	64%	27%	12,5%
Cabelo comprido e cintura marcada	Sexualidade aflorada	58%	27%	9%	37,5%
Idade superior ao do examinando e presença de franja	Aceitação das mudanças corporais	42%	54%	82%	50%
Desenhar somente a cabeça ou pintar o corpo na cor roxa.	Esquema corporal inadequado	58%	45%	27%	50%
Galhos com pontas e dentes	Traços agressivos	17%	27%	45%	37,5%
Árvore frutífera e Idade da figura inferior a própria idade	Imaturidade emocional	92%	90%	82%	62,5%
Porta pequena ou fechada e braços para trás	Traços de introversão	83%	36%	91%	62,5%
Janela e porta aberta	Traços de extroversão	17%	64%	9%	50%
Janela fechada com cortinas	Interação social inadequada	50%	9%	27%	50%
Desenhos pequenos	Sentimento de inferioridade	75%	45%	45%	12,5%
Desenhos grandes	Sentimento de superioridade	25%	54%	36%	50%

Tabela 15 - Comparação dos parâmetros do HTP-F entre os grupos pré-tratamento, em tratamento (longitudinal e transversal) e controle

HTP-F	Pré- Tratamento Vs Longitudinal	Pré- Tratamento Vs Transversal	Pré- Tratamento Vs Controle	Longitudinal Vs Transversal	Longitudinal Vs Controle	Transversal Vs Controle
Traços de ansiedade	0,4	0,06	0,64	0,387	1,0	0,18
Traços depressivos	0,036	0,64	1,0	0,198	0,06	0,602
Sexualidade aflorada	0,214	0,027	0,65	0,58	1,0	0,262
Aceitação das mudanças corporais	0,84	0,09	1,0	0,361	1,0	0,309
Esquema corporal inadequado	0,84	0,21	1,0	0,659	1,0	0,377
Traços agressivos	0,64	0,19	0,347	0,659	1,0	1,0
Imaturidade emocional	1,0	0,59	0,255	1,0	0,262	0,603
Traços de introversão	0,036	1,0	0,06	0,02	0,37	0,262
Traços de extroversão	0,036	1,0	0,161	0,02	0,658	0,111
Interação social inadequada	0,07	0,4	1,0	0,586	0,11	0,377
Sentimento de inferioridade	0,21	0,21	0,02	1,0	0,18	0,177
Sentimento de superioridade	0,21	0,67	0,356	0,67	1,0	0,658

Significância nos grupos: Pré-Tratamento, Em Tratamento: Longitudinal, Em Tratamento: Transversal e Controle (*Os números em negrito representam os traços e os grupos que foram predominante em relação ao parâmetro avaliado no HTP-F estatisticamente ($p < 0,05$))

Figura 4 - Análise do HTP-F nos grupos pré-tratamento versus em tratamento (longitudinal)

O HTP-F no grupo em tratamento (transversal) revelou que a identificação de gênero foi concordante com o sexo feminino em 10/11 (91%) pacientes e somente 1/11 (9%) pacientes apresentaram identificação com o sexo masculino. Neste grupo, as prevalências dos indicadores avaliados foram: traços de ansiedade em 3/11 (27%) pacientes; traços depressivos em 3/11 (27%) pacientes; sexualidade aflorada em 1/11 (9%) pacientes; aceitação das mudanças corporais em 9/11 (82%) pacientes; esquema corporal inadequado

em 3/11 (27%) pacientes; traços agressivos em 5/11 (45%) pacientes; imaturidade emocional em 9/11 (82%) pacientes; traços de introversão em 10/11 (91%) pacientes; traços de extroversão em 1/11 (9%) pacientes; interação social inadequada em 3/11 (27%) pacientes; sentimento de inferioridade em 5/11 (45%) pacientes e sentimento de superioridade 4/11 (36%) pacientes. É importante notar que este grupo não realizou a avaliação pré-tratamento. No entanto, o tempo de tratamento com análogos de GnRH foi superior quando comparado ao grupo em tratamento (longitudinal).

A comparação da prevalência dos indicadores do HTP-F entre os grupos pré-tratamento e em tratamento (transversal) demonstrou que sexualidade aflorada foi significativamente mais prevalente no grupo pré-tratamento ($p < 0,05$) (Tabela 15 e Figura 5). Foi observado que um maior número de pacientes do grupo pré-tratamento apresentou indicadores como traços de ansiedade, esquema corporal inadequado, interação social inadequada e sentimentos de inferioridade, enquanto que no grupo em tratamento (transversal) os indicadores mais prevalentes foram aceitação das mudanças corporais e traços agressivos, embora sem significância estatística. No entanto, a interpretação desta comparação deve ser feita com cautela por se tratar de pacientes diferentes em avaliação transversal.

Figura 5 - Análise do HTP-F nos grupos pré-tratamento versus em tratamento (transversal)

No grupo controle, a identificação concordante com o sexo feminino foi observada em 4/8 (50%) meninas, enquanto que 4/8 (50%) apresentaram identificação com o sexo masculino. A interpretação do HTP-F revelou traços de ansiedade em 5/8 (62,5%) das púberes; traços depressivos em 1/8 (12,5%); sexualidade aflorada em 2/8 (37,5%); aceitação das mudanças corporais em 4/8 (50%); esquema corporal inadequado em 3/8 (50%); traços agressivos em 3/8 (37,5%); imaturidade emocional em 5/8 (62,5%); traços de introversão em 5/8 (62,5%); traços de extroversão em 4/8 (50%); interação social inadequada

em 4/8 (50%); sentimento de inferioridade em 1/8 (12,5%) e sentimento de superioridade em 4/8 (50%) controles (Tabela 15).

A comparação da prevalência dos indicadores obtidos no HTP-F entre o grupo pré-tratamento e o controle revelou que sentimento de inferioridade foi significativamente mais prevalente no grupo pré-tratamento ($p < 0,05$). Um maior número de pacientes do grupo pré-tratamento apresentou traços de ansiedade, sexualidade aflorada, esquema corporal inadequado, imaturidade emocional e traços de introversão comparados ao grupo controle, embora sem significância estatística (Tabela 15 e Figura 6).

Figura 6 - Análise do HTP-F nos grupos pré-tratamento versus controle

A comparação da prevalência dos indicadores do HTP-F entre os grupos em tratamento (longitudinal e transversal) revelou que o indicador sentimento de extroversão foi significativamente mais prevalente no grupo em tratamento (longitudinal), enquanto que o indicador sentimento de introversão foi significativamente mais prevalente no grupo em tratamento (transversal) ($p < 0,05$) (Tabela 15 e Figura 7). Um maior número de pacientes do grupo em tratamento (longitudinal) apresentou traços de ansiedade e traços depressivos, enquanto que o indicador aceitação das mudanças corporais foi mais prevalente no grupo em tratamento (transversal), embora sem significância estatística (Tabela 15 e Figura 7).

Figura 7 - Análise do HTP-F nos grupos em tratamento (longitudinal) versus em tratamento (transversal)

A comparação entre os grupos em tratamento (longitudinal) e controle, não demonstrou diferença estatisticamente significativa da prevalência dos indicadores avaliados no HTP-F ($p > 0.05$) (Tabela 15 e Figura 8). No entanto, traços depressivos, imaturidade emocional, sentimentos de extroversão e sentimento de inferioridade foram mais prevalentes no grupo em tratamento (longitudinal), enquanto que interação social inadequada foi mais observado no controle, embora sem significância estatística (Tabela 15 e Figura 8).

Figura 8 - Análise do HTP-F nos grupos em tratamento (longitudinal) versus controle

A comparação dos indicadores do HTP-F entre os grupos em tratamento (transversal) e controle não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre todos os indicadores avaliados ($p > 0,05$) (Tabela 15 e Figura 9). No entanto, a aceitação da mudança corporal, imaturidade emocional, interação social inadequada e sentimentos de inferioridade foram mais prevalentes no grupo em tratamento (transversal), enquanto que traços de ansiedade, sexualidade aflorada e sentimentos de extroversão foram mais prevalentes no grupo controle (Tabela 15 e Figura 9).

Figura 9 - Análise do HTP-F nos grupos em tratamento (transversal) versus controle

Em resumo, considerando aleatoriamente como alta prevalência de um determinado indicador o valor maior ou igual a 70%, a identificação de gênero com o sexo feminino foi altamente prevalente nos grupos pré-tratamento, em tratamento (longitudinal) e em tratamento (transversal). Traços de ansiedade e sentimento de inferioridade apresentaram alta prevalência no grupo pré tratamento, enquanto que traços de introversão foi altamente prevalente tanto no grupo pré-tratamento quanto no grupo em tratamento (transversal). Imaturidade emocional foi altamente prevalente nos grupos pré-tratamento, em tratamento (longitudinal) e em tratamento (transversal), enquanto que aceitação das mudanças corporais foi altamente prevalente no grupo em tratamento (transversal).

5 *DISCUSSÃO*

O impacto da PPCI sobre os aspectos psicossociais, psicológicos e sexuais a curto e a longo prazo nas pacientes do sexo feminino tem sido objeto de alguns estudos [28,29,30,31,32,33,34,35], porém a heterogeneidade da casuística e da metodologia aplicada, utilizando diferentes instrumentos, não permitem uma comparação de resultados, não havendo uniformização da descrição dos dados.

No presente estudo, a seleção de pacientes com diagnóstico de PPCI pré e durante o tratamento com análogos de GnRH, permitiu uma análise qualitativa e quantitativa, utilizando pela primeira vez, instrumentos que avaliam diretamente a percepção do paciente sobre seu estado, não podendo ser comparado a outros estudos, que focam na percepção dos pais ou responsáveis sobre o comportamento e estado psicológico dos pacientes em questão.

O presente estudo permitiu a comparação de variáveis entre um grupo de pacientes com PPCI antes e durante o bloqueio puberal e um grupo controle constituído de meninas com desenvolvimento puberal em idade cronológica adequada. A avaliação longitudinal de 11 pacientes permitiu melhor compreensão dos elementos psicológicos envolvidos no processo a curto prazo. Porém um subgrupo de pacientes avaliadas somente durante o tratamento (corte transversal) foi incluído, uma vez que a maioria das pacientes acompanhadas no ambulatório durante o período de realização deste estudo, já se encontravam em bloqueio puberal com aGnRH.

A caracterização dos aspectos psicossociais nos diferentes grupos avaliados, nessa pesquisa, revelou uma grande heterogeneidade no que diz respeito aos itens: estado civil, escolaridade, religiosidade, renda familiar, o que pode influenciar de forma direta ou indireta os resultados da avaliação psicológica, não sendo possível medir quantitativamente a dimensão desta influência.

O estado civil predominante dos pais das pacientes avaliadas no grupo pré-tratamento foram casados, enquanto que no grupo em tratamento (transversal) houve predomínio de estado civil separado. Metade das mães do grupo em tratamento (transversal) relatou e justificou a separação do casal, devido à falta de estrutura do pai diante do diagnóstico da filha. Desta forma, a influência da estrutura familiar pode potencialmente interferir nos resultados da avaliação psicológica e devem ser levados em conta na interpretação dos resultados obtidos.

A escolaridade predominante da figura paterna e materna foi bastante variável e menor escolaridade pressupõe maior dificuldade de diálogo com a filha. Esse obstáculo na comunicação resulta em dificuldade e constrangimento quando o tema está relacionado às mudanças corporais, denotando o tabu sobre a sexualidade. Diante disso, as pacientes não conseguem assimilar, elaborar, compreender, expressar as possíveis dúvidas sobre as mudanças corporais, na tentativa de minimizar suas angústias.

Sobre a religiosidade, a católica foi a religião predominante. No entanto, observamos que as mães cuja crença religiosa foi evangélica demonstraram maior resistência em deixar as pacientes a sós com a psicóloga. Frequentemente as sessões eram interrompidas por vários motivos e na

devolutiva, as mães se mostraram curiosas a respeito do que suas filhas tinham conversado durante os atendimentos. Portanto, as mães evangélicas manifestaram uma vigilância constante e um controle excessivo sobre as filhas e, conseqüentemente foi compreensível a atitude temerosa dessas pacientes na ausência das mães. O comportamento das mães provocou em algumas meninas desconfiança, insegurança e resistência para se comunicar. Entretanto, outras meninas se arriscavam mais em expressar suas dúvidas e conflitos, mas sempre ressaltando a necessidade do segredo.

É ilustrativo relatar uma situação: a mãe diz: *“Eu não sei o que tanto vocês conversam nessa sala e acho que como mãe eu deveria saber”* e a psicóloga responde: *“No último atendimento, iremos conversar sobre a avaliação psicológica da sua filha”* e a mãe diz: *“Mas eu preciso saber o que ela está falando para você, afinal eu sou uma mãe tão aberta para o diálogo, converso tudo com minha filha e preciso saber o que ela está dizendo para ajudar”*. Enquanto isso a paciente ficava constrangida e temerosa diante da sua insistência. No próximo atendimento a paciente diz: *“Achei que você fosse contar alguma coisa para minha mãe”* e relembro à paciente o nosso contrato de sigilo sobre as conversas.

Nos grupos pré-tratamento e em tratamento (transversal), a percepção da aparência física de suas filhas antes do diagnóstico foi considerada normal e após o diagnóstico de PPC houve uma mudança para uma percepção mais “vaidosa”. A discriminação sofrida pelas mudanças corporais foi relatada principalmente no grupo pré-tratamento. Já o sentimento de vergonha foi mais expressivo nos grupos pré-tratamento e controle. Podemos considerar que as meninas do grupo

em tratamento (longitudinal e transversal), devido ao bloqueio puberal com aGnRH há pelo menos 1 ano, evidenciaram regressão ou estabilização dos caracteres sexuais secundários o que contribuiu para o fortalecimento da autoestima e, conseqüentemente possibilitou a adequação da imagem física em relação aos pares, tornaram mais vaidosa após o diagnóstico e o tratamento e não relataram discriminação na época da avaliação psicológica [31,35].

É interessante notar que o item discriminações referido pelas mães das pacientes do grupo pré-tratamento apresentou alto percentual comparado ao grupo em tratamento (transversal). É possível que a intervenção medicamentosa favoreça uma redução neste quesito, no entanto o grupo pré-tratamento foi submetido ao questionário psicossocial somente na primeira avaliação. As pacientes do grupo pré-tratamento se apresentavam mais retraídas e algumas escondendo o corpo por meio do vestuário. Entretanto, na segunda avaliação psicológica destas pacientes em tratamento este comportamento foi atenuado. A regressão das mamas sempre foi valorizada pelas mães e as pacientes em tratamento apresentavam um comportamento diferente, se mostrando mais comunicativas, sorridentes e melhora postural [31].

É notório que o sentimento de vergonha foi proeminente nas meninas do grupo pré-tratamento e controle, pois estavam em pleno desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Em ambos os grupos, um com desenvolvimento em idade inadequada e o outro em idade adequada, a característica corporal perceptível aos olhos dos outros foi a telarca, principalmente por se tratar de um aspecto evidente [31].

No grupo controle é sabido que mesmo estando em idade adequada para as mudanças corporais, inicialmente as transformações físicas geram certo desconforto, até que as meninas consigam internalizar essa nova imagem [31]. Curiosamente, uma paciente do grupo pré-tratamento foi ao ambulatório com um casaco de frio com um tecido bastante pesado, vestuário considerado inadequado para o verão. A psicóloga comenta: *"Parece que está muito quente lá fora"* e a paciente responde: *"Está mesmo"* e a psicóloga pergunta: *"Por que está com um casaco tão quente?"* e a paciente diz: *"Eu sinto muito frio"*. A psicóloga diz: *"O dia está tão ensolarado e quente, que por um momento pensei que você estava de casaco por que queria esconder algo"* e a paciente responde se mostrando irritada: *"Não tem nada a ver"*.

Na segunda avaliação psicológica, a mesma paciente em tratamento chega vestida adequadamente a psicóloga diz: *"Você está com calor?"* e a paciente diz: *"Eu não sei o que aconteceu, mas eu não tenho mais o frio que tinha antes"* e a psicóloga diz: *"O que você acha que ocasionou essa mudança?"*, e a paciente responde: *"Eu não tenho ideia, mas sou jovem e tenho que me sentir bem"*. A psicóloga então diz: *"Será que esse sentir-se bem, pode estar relacionado com a diminuição do seu seio?"* e a paciente sorri e diz: *"Eu realmente me sinto bem."*, a psicóloga complementa: *"Parece que o seio não te incomoda mais a ponto de querer escondê-lo."*, e a paciente responde sorrindo e demonstrando concordância: *"Você é muito danada, presta atenção em tudo"*.

Os resultados obtidos no questionário psicossocial sobre aparência antes e após o diagnóstico, discriminação sofrida pelas mudanças corporais e sentimento de vergonha, nos grupos pré-tratamento e controle, reforça a

hipótese de que o aparecimento das mamas gera vergonha e insatisfação no convívio familiar e social, independente da idade em que aparece [55].

Contudo, o eu e o corpo se transformam constantemente, ou seja, a imagem corporal é um constructo de extrema importância como objeto de prazer que conduz a uma autoestima elevada e, quando visto como objeto de desprazer indica uma autoestima rebaixada, comprometendo o bem estar físico, mental, psicológico e social do indivíduo.

A média do escore de estresse total foi significativamente mais elevada no grupo pré-tratamento quando comparada aos grupos em tratamento (longitudinal) e controle, tendo sido influenciada principalmente pelas reações físicas. No grupo pré-tratamento o estresse alcançou as fases de alerta e de resistência. Entretanto foi observado no grupo em tratamento (longitudinal) que uma paciente permaneceu na fase de alerta nas duas avaliações, sendo que na época da segunda avaliação havia perdido um familiar e se encontrava de luto. As outras duas pacientes do grupo pré-tratamento que estavam situadas na fase de alerta passaram para a fase normal na segunda avaliação. Além disso, as duas pacientes que estavam situadas na fase de resistência passaram para a fase de alerta na segunda avaliação. A redução significativa na média de escore de estresse total nas pacientes em tratamento sugere que houve eficácia do tratamento com aGnRH. O bloqueio puberal com aGnRH ameniza as transformações físicas e, conseqüentemente diminui o estresse. Esse estresse está relacionado à imagem corporal que é responsável também, pelo distanciamento nas relações interpessoais, devido um padrão pré-estabelecido imposto pela nossa sociedade; pelas verbalizações expressadas pelos pais,

familiares e colegas sobre modificações corporais e pela comparação do próprio corpo com o corpo do outro feito através do grupo de pares. [31,35,55,56].

No grupo controle, duas meninas se encontravam na fase de alerta, uma delas elaborava o luto pela perda de um familiar. A outra menina mostrava-se com dificuldade extrema para lidar com as mudanças corporais. Essa dificuldade não estava ligada especificamente as mudanças puberais, mas com uma insatisfação consigo e com a imagem corporal, que se arrastava desde a infância e estava comprometendo o seu processo de aprendizagem e desencadeando problemas alimentares.

Na literatura há poucas pesquisas que avaliam o estresse em indivíduos na fase puberal, porém há alguns estudos ressaltam o nível de estresse desencadeado pela insatisfação com a imagem corporal em adolescentes, mostrando uma preocupação excessiva dos jovens em relação ao aspecto físico [55,56,57].

Nos grupos pré-tratamento e em tratamento (longitudinal) predominou o estadiamento puberal M3-M4 e PP3-PP4; no grupo em tratamento (transversal) o estadiamento puberal predominante foi M3-M4 (mamas) e PP1-PP3 (pelos pubianos) e no grupo controle as meninas que estavam em idade adequada para o desenvolvimento puberal foi M3-M4 (mamas) e PP2-PP4 (pelos pubianos). No grupo em tratamento (transversal) houve relato de que não ocorreu avanço do estadiamento puberal desde o início do tratamento. Um estudo recente apontou que o aspecto físico mais preocupante e relevante para os pais e pacientes com PPC foi a altura final, contrapondo preocupações com os aspectos psicossociais do desenvolvimento mamário [31].

No presente estudo, algumas pacientes mencionaram um desconforto intenso diante dos comentários de suas colegas a respeito do desenvolvimento das mamas, o que provocou isolamento social demonstrado por brincadeiras solitárias. Algumas pacientes verbalizaram: *“Minha melhor amiga é minha vizinha, mas ela está muito chata. Quando ela vai brincar na minha casa, fica falando por que eu tenho peito e ela não tem. Por isso prefiro brincar sozinha, ela é muito chata.”*; *“Minhas amiguinhas da escola não tem peitinho e elas estão sempre perguntando por que eu já tenho peitinho.”* e *“Os meninos da escola ficam falando que eu tenho peitinho para todo mundo na hora do recreio”*.

Dessa forma a maturação precoce dos caracteres sexuais secundários geram angústia e conflito diante de uma aparência física tão discrepante do grupo de pares. É possível afirmar que as pacientes do grupo pré-tratamento não dispuseram de recurso interno suficiente para lidar com a situação de precocidade sexual [29,31,33,35].

O HTP-F foi escolhido para esta pesquisa devido a sua importância na investigação da personalidade, além de permitir a projeção direta dos conteúdos internos das pacientes sem a interferência da percepção do outro. Não há dados na literatura sobre a aplicação do teste projetivo HTP-F na avaliação da precocidade sexual.

Inicialmente, a primeira figura humana desenhada mostra a identificação com o gênero feminino ou masculino. De acordo com a faixa etária dessas pacientes é esperada identificação com o sexo feminino, fato que ocorreu com a maioria das pacientes nos diferentes grupos. Entretanto, no grupo pré-tratamento e em tratamento (longitudinal) a mesma paciente nas

duas avaliações psicológicas teve identificação com o sexo masculino. No grupo em tratamento (transversal) apenas uma paciente se identificou com o sexo masculino e no grupo controle quatro meninas se identificaram com o sexo masculino.

De forma interessante, na anamnese destas pacientes e controles que apresentaram identificação com o sexo masculino foi relatado que os pais estavam separados e as meninas não tinham nenhum contato com a figura paterna, e em duas meninas do grupo controle o pai era falecido. Portanto, a identificação das pacientes e das púberes com o sexo masculino estavam diretamente relacionado com ausência ou carência da figura paterna. Uma paciente do grupo em tratamento (transversal) que apresentou identificação com o sexo masculino demonstrou forte ligação e apego excessivo ao pai.

Para auxiliar a compreensão psicológica dos resultados obtidos no HTP-F nas pacientes com diagnóstico de PPCI nos diferentes grupos, é importante relembrar que emocionalmente tais pacientes deveriam estar vivendo a fase de latência, de acordo com suas faixas etárias. O encurtamento desse período e o adiantamento da fase genital promovido pela precocidade sexual foram irrecuperáveis com o tratamento medicamentoso [15,16].

A socialização com o grupo de pares, esperada para essa faixa etária foi substituída pela retração e isolamento. No entanto, o comportamento e os sentimentos oriundos da fase da puberdade foram vivido precocemente pelas pacientes como uma ameaça a sua integridade psíquica por não terem maturidade suficiente para reconhecer e entender o que estava acontecendo com elas e, muitas vezes, não conseguindo verbalizar as suas angústias [21,22].

A análise comparativa dos indicadores psicológicos no HTP-F nos diferentes grupos revelou que no grupo pré-tratamento os indicadores significativamente mais prevalentes foram *traços de introversão* quando comparado ao grupo em tratamento (longitudinal), *sexualidade aflorada* quando comparado ao grupo em tratamento (transversal) e *sentimento de inferioridade* comparado ao grupo controle.

Analisando pontualmente estes indicadores, é importante ressaltar que as transformações físicas e psicológicas geram muita ansiedade que refletem mal estar e sentimento de incompreensão e isolamento. A introversão que é próprio da fase da puberdade também está associado com essa nova imagem corporal que precisa ser incorporada e reconstruída [29,31,33,34,35]. O sentimento de introversão no grupo em tratamento (longitudinal) demonstrou uma queda significativa quando comparado aos demais grupos.

Essa nova imagem e/ou novo esquema corporal passa a ser desconhecido, percebido como outro corpo e provoca estranheza para as pacientes e foi descrito por Lacan como estágio do espelho [58]. A reconstrução dessa imagem corporal é imaginária, Lacan diz: “*O corpo despedaçado encontra sua unidade na imagem do outro, que é sua própria imagem antecipada*” (LACAN, p. 74) [58]. Diante disso, foi observado nas pacientes do grupo pré-tratamento que elas não identificaram essas transformações corporais no grupo de pares, mas notaram que suas imagens estavam destoadas perante as outras meninas da mesma faixa etária, resultando em redução da autoestima e prejuízo da interação social [18,55,58].

Todavia, uma conotação negativa estabelecida pelo aspecto físico, principalmente, em uma cultura que valoriza o corpo, reflete em um sentimento de inferioridade. Esse sentimento de inferioridade está intimamente ligado com a insatisfação corporal que abala a autoestima [31,35,43,55].

Além disso, no grupo pré-tratamento alguns indicadores do HTP-F foram mais prevalentes, dentre eles, *traços de ansiedade, sexualidade aflorada, esquema corporal inadequado, interação social inadequada e sentimento de inferioridade*. A comparação da prevalência desses indicadores entre os grupos não resultou em significância estatística, provavelmente devido pequeno número de pacientes e controles.

Contudo a identificação dos indicadores referentes à dinâmica da personalidade tiveram um papel relevante, do ponto de vista psicológico refletindo o impacto do desenvolvimento puberal em idade cronológica inadequada marcado por conflito, crise de ajustamento e a manifestação da ansiedade, sexualidade desabrochando prematuramente, esquema corporal desarmônico e inadequado perante o grupo de pares e introspecção, dificultando os relacionamentos interpessoais. Nas pacientes do grupo pré-tratamento, tanto o aspecto físico e emocional estava inadequado, resultando na vivência dos conflitos concernentes à fase da puberdade, porém sem o amadurecimento apropriado, o que pode dificultar a introjeção e elaboração do processo promovido por essas mudanças.

Traços depressivos (sentimento de luto pela perda do corpo infantil, pela perda dos pais da infância, pela perda de identidade e do papel infantil) e sentimento de extroversão foram indicadores do HTP-F significativamente mais

prevalentes o grupo em tratamento (longitudinal) quando comparado ao grupo pré-tratamento. Esses mesmos indicadores foram prevalentes nesse grupo quando comparado com o grupo em tratamento (transversal) e grupo controle.

Na avaliação do grupo em tratamento (longitudinal) foi percebido que as pacientes conseguiram expor de fato os seus sentimentos e pensamentos para a psicóloga, mostrando um certo alívio em desabafar alguns incômodos e a cada encontro se sentiam mais a vontade e mais desinibidas. Essa liberdade de comunicação propiciou um benefício para as pacientes tornando-as mais expansiva. Entretanto, a intervenção medicamentosa foi de suma importância nos grupos em tratamento (transversal e longitudinal), de tal forma, que as pacientes demonstraram contentamento e descontração com a regressão ou estabilização das mamas, ou seja, adequando sua imagem corporal ao grupo de pares. Do ponto de vista psicológico, pode-se especular que o bloqueio puberal favorece a diminuição dos indicadores ligados a fase genital e, gradualmente, adequa a idade emocional da paciente.

É importante ressaltar que o grupo em tratamento (longitudinal) foi submetido ao HTP-F em duas ocasiões e o grupo em tratamento (transversal) em somente uma ocasião, e, além disso, o tempo de tratamento diferiu entre os grupos, o que pode explicar, pelo menos em parte, os resultados obtidos. Em relação ao indicador traços de extroversão, o grupo em tratamento (longitudinal) potencialmente pode ter estabelecido um vínculo de familiaridade com a psicóloga resultando na maior prevalência deste indicador.

Finalmente, este estudo piloto de caráter observacional demonstrou que os instrumentos escolhidos e aplicados foram adequados para identificar o

impacto psicológico a curto prazo da precocidade sexual. A ampliação do número de pacientes e controles, visando análises mais robustas, contribuirá para a estratégia intervencionista que se mostra necessária e pode ser benéfica em algumas pacientes com precocidade sexual.

6 CONCLUSÃO

1 - Os aspectos psicossociais nos diferentes grupos avaliados revelaram grande heterogeneidade, com potencial influência direta ou indireta nos resultados da avaliação psicológica.

2 - As pacientes com PPCI pré-tratamento apresentaram média de escore de estresse significativamente mais elevado quando comparado com o grupo em tratamento (longitudinal) e ao grupo controle. A média de escore de estresse das pacientes com PPCI no grupo em tratamento (longitudinal e transversal) tratadas com aGnRH não diferiram do grupo controle, sugerindo um efeito benéfico do bloqueio puberal.

3 - Os indicadores psicológicos mais prevalentes no grupo pré-tratamento foram sentimentos de introversão, sexualidade aflorada e sentimento de inferioridade comparados aos demais grupos. Após 1 ano de tratamento, os indicadores mais prevalentes foram sentimentos de extroversão e traços depressivos comparados ao pré-tratamento.

4 - Traços de ansiedade, esquema corporal inadequado, interação social inadequada apresentaram alta prevalência no grupo pré-tratamento, sem significância estatística em relação aos grupos em tratamento e controle. Tal resultado pode ser atribuído ao baixo poder estatístico dos testes aplicados, devido ao pequeno número de pacientes.

5 - Não houve diferença significativa na prevalência dos indicadores no HTP-F entre os grupos em tratamento (transversal) e controle, embora

aceitação da mudança corporal tenha sido mais prevalente no grupo em tratamento (transversal).

6 - Neste estudo piloto, a aplicação do HTP-F em meninas com PPCI apontou indicadores valiosos na dinâmica da personalidade, e poderá ser de grande utilidade na avaliação inicial, bem como na intervenção de meninas com precocidade sexual.

7 ANEXOS

ANEXO A – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq)

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE MENINAS COM PUBERDADE PRECOCE CENTRAL IDIOPÁTICA ANTES E APÓS O BLOQUEIO PUBERAL E NA VIDA ADULTA
Pesquisador Responsável: VINICIUS NAHIME DE BRITO **Versão:** 1
Pesquisador Executante: TAIS ALENCAR SANTOS MENK **CAAE:** 02455513.0.0000.0068
Co-autores: Marlene Inácio, Ana Claudia Latronico, Berenice Bilharinho de Mendonça
Finalidade Acadêmica: Mestrado
Instituição: HCFMUSP
Departamento: CLÍNICA MÉDICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 9300

Número do Parecer: 201.902

Data da Relatoria: 21/02/13

Apresentação do Projeto: Trata-se de projeto de pesquisa na modalidade acadêmica (Mestrado) a ser desenvolvido junto ao HC FMUSP, no setor de endocrinologia e metabologia e cujo título é: Avaliação Psicológica de Meninas com Puberdade Precoce Central Idiopática Antes e Após o Bloqueio Puberal e na Vida Adulta.

Objetivo da Pesquisa: Os objetivos da pesquisa são: (I) Avaliar os aspectos psicológicos de pacientes com puberdade precoce central idiopática (PPCI) ao diagnóstico e durante o bloqueio puberal. (II) Investigar o impacto do bloqueio puberal sobre variáveis relacionadas à mudança corporal, atitude e comportamento emocional. (III) Avaliar o impacto da PPCI e do seu tratamento na idade adulta. (IV) Comparar os resultados da avaliação psicológica das pacientes com PPCI versus um grupo controle pareado para a idade e sexo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Pela modalidade da pesquisa, prospectiva e com uso de instrumentos como questionários, escalas de avaliação e testes projetivos os riscos são mínimos. Em termos de benefícios destaca-se a possibilidade de detecção de alterações psicológicas em crianças com Puberdade Precoce Central.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Projeto muito bem escrito e com delineamento preciso dos objetivos e da metodologia de coleta e análise dos dados. Ampla e atualizada revisão de literatura acerca do tema/objeto.

Recomendações: Sugere-se alteração no prazo do cronograma apresentado no anexo relativo ao projeto (.doc) e no Cadastro do projeto de pesquisa (.pdf). Neste último, conta apenas a data de ingresso e saída do programa de pós-graduação (mestrado), quando, em verdade, deveria ser apresentado o cronograma de execução da pesquisa em todas as suas fases.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Nenhuma.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Avaliação da CONEP: Não.

Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com o item IX.2 da Resolução CNS nº 196/96 – cabe ao pesquisador: **a)** desenvolver o projeto conforme delineado; **b)** elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **c)** apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; **d)** manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; **e)** encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; **f)** justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Professora Dra. Berenice Bilharinho de Mendonça
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
Em Endocrinologia

São Paulo, 21 de Fevereiro de 2013

Prof. Dr. Luiz Eugênio Garcez Leme
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa-CAPPesq

ANEXO B – Comissão Setorial de Ética em Pesquisa da Divisão de Psicologia (COSEPE)

São Paulo, 19 de dezembro de 2012

Ilmo. Sr.
Vinícius Nahime de Brito

Prezado Senhor,

Informamos que o projeto denominado “*Avaliação psicológica de meninas com puberdade precoce central idiopática antes e após o bloqueio puberal e na vida adulta*”, a ser desenvolvido na Divisão de Clínica Médica – Serviço de Endocrinologia e Metabologia do ICHC/FMUSP, sob sua responsabilidade, foi aprovado pela COSEPE (Comissão Setorial de Ética em Pesquisa da Divisão de Psicologia) sob nº 05/2012.

Segue em anexo os pareceres da COSEPE (16 pags).
Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Dra. Glaucia Rosana Guerra Benute
Diretor Técnico de Serviço de Saúde
Divisão de Psicologia - ICHC
CRP 06/48475-3

ANEXO C – Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE)

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “Avaliação Psicológica de Meninas com

Puberdade Precoce Central Idiopática Antes e durante o Bloqueio Puberal com análogos de GnRH”

PESQUISADOR: TAÍS ALENCAR SANTOS MENK

CARGO/FUNÇÃO: PSICOLOGA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº.CRP06/59426

UNIDADE DO HCFMUSP: DIVISÃO CLÍNICA MÉDICA - SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X ☐

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 MESES

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1. Senhor (a) responsável pela paciente, que está sendo convidada a participar de um estudo chamado “Avaliação Psicológica de Meninas com Puberdade Precoce Central Idiopática Antes e durante o Bloqueio Puberal com análogos de GnRH”. Essas informações estão sendo fornecidas para participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo avaliar o comportamento emocional e psicológico das crianças com Puberdade Precoce Central Idiopática, no momento do diagnóstico e durante o tratamento com análogos de GnRH (bloqueio puberal) proporcionando um tratamento interdisciplinar. A paciente participará de alguns encontros que serão agendados conforme a disponibilidade do responsável, da paciente e do psicólogo;
2. Será realizada uma entrevista para obter informação sobre a história clínica da paciente e um questionário psicossocial, ambos serão respondido pelo responsável. Em seguida, solicitarei que a criança desenhe livremente uma casa, uma árvore e uma pessoa de cada sexo (este teste projetivo é chamado HTP), posteriormente pedirei que a criança responda a algumas perguntas sobre os desenhos. Em seguida, farei perguntas com o objetivo de medir o nível de estresse utilizando a Escala de Stress Infantil (ESI). A entrevista e a aplicação dos testes serão realizadas em ambiente que garanta a privacidade dos participantes. Finalmente, um questionário psicossocial envolvendo perguntas gerais será respondido pelos pais ou responsáveis com o objetivo de conhecer melhor o ambiente sócio econômico da família.
3. O desconforto desse estudo pode incorrer na sensação de invasão de sua intimidade. Caso isto ocorra, você tem livre tomada de decisão de continuar ou não na pesquisa.
4. O benefício ao participar desse estudo será aprimorar o conhecimento dos aspectos psicológicos nos diferentes grupos relacionados à Puberdade Precoce, contribuindo para o sucesso integral de seu tratamento;
5. O responsável pela paciente tem o direito de obter informações em qualquer etapa da pesquisa e ter acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora executante é a Taís Alencar Santos Menk que pode ser encontrada no endereço Av: Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 - 5 andar, Bloco 4B. Fone: 2661-9525. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 2661-6442 ramais 16, 17, 18 – e-mail: cappelq@hcnet.usp.br;
6. O responsável da paciente terá liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, caso a pesquisa cause algum desconforto ao participante, sem que isto prejudique a continuidade do seu tratamento médico na instituição;
7. As informações obtidas serão analisadas somente pelo pesquisador responsável e pelo pesquisador executante. Os dados obtidos serão armazenados e protegidos com confidência, sigilo e privacidade.
8. O responsável irá ter acesso às informações, sobre os resultados do teste projetivo HTP e a escala de estresse que serão aplicados. Os dados do questionário sobre os aspectos psicossociais servirão apenas para uma análise quantitativa.
9. Esclareço que não cabe indenização, porque os possíveis danos causados pela pesquisa são de risco mínimo e não são passíveis de indenização.
- 10 - Compromisso do pesquisador executante de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo “Avaliação Psicológica de Meninas com Puberdade Precoce Central Idiopática Antes e durante o Bloqueio Puberal com análogos de GnRH”.

Eu discuti com a Taís Alencar Santos Menk- Psicóloga, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura da responsável legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Taís Alencar Santos Menk

Data ____ / ____ / ____

ANEXO D – Entrevista Semiestruturada

1. IDENTIFICAÇÃO

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

NOME: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ RELIGIÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

NOME DO CONJUGE: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ RELIGIÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

ABORTOS: _____ QUANTOS ? _____

NOME DOS FILHOS: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

SEXO: _____

NOME DOS FILHOS: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

SEXO: _____

NOME DOS FILHOS: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

SEXO: _____

ENDEREÇO (RES.): _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____ FONE: () _____

NOME DA EMPRESA: _____

ENDEREÇO (COM.): _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____ FONE: () _____

PATERNIDADE: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

MATERNIDADE: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

RENDA FAMILIAR: R\$ _____ NÚMERO DE IRMÃOS: _____

**HÁ MAIS ALGUÉM DA FAMÍLIA SENDO ATENDIDA POR PSICÓLOGO OU
PSIQUATRA ?**

2. ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS

ALGUÉM DA FAMÍLIA JÁ ESTEVE DOENTE: () SIM () NÃO

QUAL DIAGNÓSTICO ? _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ MEDICAÇÃO: _____

QUANTO TEMPO ? _____ FOI INTERNADO: () SIM () NÃO

EM QUE HOSPITAL: _____ QUANTAS VEZES: _____

QUAIS OS MOTIVOS ? _____

ALGUÉM NERVOSO NA FAMÍLIA: () SIM () NÃO QUEM ? _____

COMO É ESSE NERVOSISMO: _____

ALGUÉM TEM PROBLEMAS MENTAIS: () SIM () NÃO QUEM ? _____

ALGUÉM BEBE OU JOGA ? () SIM () NÃO QUEM ? _____

ALGUÉM USA DROGAS ? () SIM () NÃO QUEM ? _____

ALGUÉM FUGIU DE CASA ? () SIM () NÃO QUEM ? _____

ALGUÉM TEM DIABETES ? () SIM () NÃO QUEM ? _____

ALGUÉM TEM PROBLEMAS DE PRESSÃO: () SIM () NÃO QUEM ? _____

ALGUÉM TEM ANEMIA, ASMA, ALERGIA, ETC. () SIM () NÃO

QUEM ? _____ QUE TIPO DE DOENÇA ? _____

ALGUÉM TEM CRISES OU CONVULSÕES? () SIM () NÃO QUEM? _____

DESDE QUANDO: _____ HOUVE ALGUMA MUDANÇA NA CRISE:
() SIM () NÃO

QUAL ? _____ HÁ QUANTO TEMPO: _____

TRANSFUSÃO DE SANGUE ? () SIM () NÃO

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

VOCÊ JÁ ESTEVE DOENTE ? () SIM () NÃO

QUAL O DIAGNÓSTICO ? _____

INÍCIO: __/__/__ TÉRMINO: __/__/__ TOMOU MEDICAÇÃO: _____

FOI INTERNADO: () SIM () NÃO QUANTO TEMPO ? _____

QUAL HOSPITAL ? _____

APRESENTAVA ALTERAÇÕES NOS SENTIDOS COMO:

O QUE SENTE ? _____

O QUE VÊ ? _____

O QUE OUVI ? _____

ALTERAÇÃO NO APETITE ? _____

QUANTAS REFEIÇÕES POR DIA ATUALMENTE ? _____

4. ASPECTOS GERAIS

ADEQUAÇÃO DA ROUPA: _____

POSTURA/ CONDUTA: _____

ALGO QUE CHAME ATENÇÃO: _____

5. ASPECTOS CORPORAIS

HIGIENE: _____

FERIMENTOS/MACHUCADOS: _____

MOVIMENTAÇÃO: _____

FALA: _____

6. EXAME PSÍQUICO

ATENÇÃO: _____

SENSO-PERCEPÇÃO: _____

MEMÓRIA: _____

ASSOCIAÇÃO DE IDÉIAS: _____

JULGAMENTO E RACIOCÍNIO: _____

ORIENTAÇÃO/ CONSCIÊNCIA: _____

EMOTIVIDADE/AFETIVIDADE: _____

IMAGINAÇÃO: _____

7. EXAMES COMPLEMENTARES

TESTES PSICOLÓGICOS: _____

ELETROENCEFALOGRAMA: _____

RADIOGRAFIA CRANIANA: _____

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: _____

EXAME DE SANGUE: _____ TIPO DE SANGUE: _____

EXAME DE URINA: _____ EXAME DE FEZES: _____

OBSERVAÇÕES :

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA :

ENCAMINHAMENTO :

DATA: ____/____/____

TAÍS ALENCAR SANTOS MENK

ANEXO E – Questionário Psicossocial

Questionário de Avaliação dos Aspectos Psicossociais Crianças

Identificação do Paciente

Número do Protocolo:

Nome da Paciente:

Durante a gestação fez pré-natal? 1. Sim () 2. Não ()

Houve algum problema de saúde durante a gravidez?

1. Sim () 2. Não ()

Se sim, qual?

Havia preferência pelo sexo do bebê?

1. Menina () 2. Menino () 3. Indiferente ()

Parto: 1. Normal () 2. Cesárea () 3. Fórceps ()

Prematuro: sim () não ()

Peso () Comprimento ()

O bebê teve algum problema ao nascer? 1. Sim () 2. Não ()

Se sim, qual?

Quantas pessoas na família:

Sexo Social: Feminino

Data de Nascimento:

Local de Nascimento:

Escolaridade:

1. Fundamental Incompleto () 2. Fundamental Completo () 3. Ensino Médio

Incompleto () 4. Ensino Médio Completo () 5. Superior Incompleto ()

6. Superior Completo () 7. Pós-Graduação/especialização ()

8. Mestrado/Doutorado ()

Identificação dos Pais ou Responsáveis

Nome do Responsável:

Idade da Menarca da Mãe:

Alguém da família teve Puberdade Precoce: 1. Sim () 2. Não ()

Qual o parentesco?

Estado Civil dos Pais: Solteiro () Casado () Separado ()

Se for separado, desde quando os pais estão separados?

Qual o motivo da separação?

Nesse período a paciente já apresentava sinais de puberdade?

1. Sim () 2. Não ()

Quanto tempo depois foi diagnosticado?

Naturalidade do Pai:

Naturalidade da Mãe:

Você tem religião: Sim () Não ()

Qual?

1. Católica () 2. Evangélica () 3. Budista () 4. Muçulmana ()

5. Kardecista () 6. Afro-Brasileiras () 7. Ateísmo ()

Profissão do Pai:

Profissão da Mãe:

Parentesco entre os pais:

1. Nenhum () 2. Primos 1º Grau () 3. Primos 2º Grau ()
4. Outros ()

Quantos Filhos tem o casal:

Qual o sexo dos filhos? 1. Feminino (N=) 2. Masculino (N=)

Nome e Idade dos filhos por ordem do nascimento:

Aspectos econômicos:

Renda familiar total: R\$

Casa própria () Casa alugada ()

Número de cômodos da casa:

Número de Filhos com Puberdade Precoce:

Escolaridade do pai:

1. Fundamental Incompleto () 2. Fundamental Completo () 3. Ensino Médio Incompleto () 4. Ensino Médio Completo () 5. Superior Incompleto ()
6. Superior Completo () 7. Pós-Graduação/especialização ()
8. Mestrado/Doutorado ()

Escolaridade da mãe:

1. Fundamental Incompleto () 2. Fundamental Completo () 3. Ensino Médio Incompleto () 4. Ensino Médio Completo () 5. Superior Incompleto ()
6. Superior Completo () 7. Pós-Graduação/especialização ()
8. Mestrado/Doutorado ()

Histórico do Tratamento

Qual a idade da paciente aos primeiros sinais do problema?

Qual alteração foi notada inicialmente?

1. Brotos Mamários () 2. Aparecimento de pelos/Odores ()
3. Menarca () 4. Velocidade do crescimento ()

Quem percebeu as mudanças na paciente?

1. Paciente () 2. Mãe () 3. Pai () 4. Irmãos () 5. Parente () 6. Outros ()

Quem lhe informou sobre Diagnóstico de Puberdade Precoce?

1. Endocrinologista () 2. Pediatra () 3. Outra Especialidade ()

Qual a idade da paciente quando soube do diagnóstico?

Quais foram os sentimentos (reação) da paciente:

1. Tristeza () 2. Raiva () 3. Preocupação () 4. Não aceitação da doença ()
5. Não compreensão da doença () 6. Sensação de ser diferente ()
7. Normal () 8. Envergonhado () 9. Aliviado () 10. Não me lembro ()

Quais foram os sentimentos (reação) do responsável:

1. Tristeza () 2. Raiva () 3. Preocupação () 4. Não aceitação da doença ()
5. Não compreensão da doença () 6. Sensação de ser diferente ()
7. Normal () 8. Envergonhado () 9. Aliviado () 10. Não me lembro ()

Como achava que seria o tratamento?

Qual o medicamento utilizado em seu tratamento?

Você tem dúvidas sobre o tratamento? 1. Sim () 2. Não ()

Que tipo de dúvida?

Aspectos Sociais

Que tipo de brincadeira a paciente prefere?

1. Boneca () 2. Casinha () 3. Pega-Pega () 4. Esconde-Esconde ()
5. Jogos de Bola () 6. Jogos de Luta () 7. Jogos de Computador/Vídeo
Game () 8. Desfile/Maquiar () 9. Conversa em grupos de amigos ()

Realiza tarefas domésticas? 1. Sim () 2. Não ()

Qual?

Qual o responsável que a paciente se identifica?

1. Mãe () 2. Pai () 3. Ambos ()

Sua aparência física antes do diagnóstico?

1. Vaidosa () 2. Desleixada () 3. Normal ()

Sua aparência física após o diagnóstico de Puberdade Precoce?

1. Vaidosa () 2. Desleixada () 3. Normal ()

Tem problemas de integração social com outras garotas da mesma idade?

1. Sim () 2. Não ()

Sente-se discriminada pelas pessoas diante das modificações físicas/corporal?

1. Sim () 2. Não ()

Se sim, Porque?

Em que lugar isso acontece?

1. Família () 2. Parentes () 3. Escola () 4. Vizinhança () 5. Outros ()

O que faz aos finais de semana?

1. Passear e visitar parentes () 2. Brincar () 3. Ler/Ouvir Música ()
4. TV () 5. Trabalhos Manuais () 6. Viajar () 7. Conversar com amigos ()
8. Conversas na Internet () 9. Jogos no computador/Vídeo Game ()
10. Esporte () 11. Dormir ()

Pratica alguma atividade física? 1. Sim () 2. Não ()

Se sim, qual?

Tem vergonha do seu corpo?

1. Sim () 2. Não ()

Se sim, o que deixa envergonhada?

ANEXO F – Escala de Estresse Infantil (ESI)

MLML.001.8

Escala de Stress Infantil – ESI

CADERNO DE APLICAÇÃO

Marilda Emmanuel Novaes Lipp / Maria Diva Monteiro Lucarelli

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: ____/____/____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Ocupação: _____ Data da Aplicação: ____/____/____
dia mês ano

Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

INSTRUÇÕES: Você encontrará nas questões abaixo coisas que as crianças podem ter ou sentir. Você deverá mostrar **o quanto** acontece com você o que está descrito em cada questão, pintando os desenhos assim:

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

1. Estou o tempo todo me mexendo e fazendo coisas diferentes. ⊕
2. Demoro para conseguir usar o banheiro. ⊕
3. Tenho dificuldade de prestar atenção. ⊕
4. Eu me sinto assustado na hora de dormir. ⊕
5. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer. ⊕

© 2008, 2005 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Rua Simão Álvares, 1020 – Vila Madalena – Pinheiros/SP – Brasil
CEP 05417-020 – Tel.: (11) 3034-3600 – www.casadopsicologo.com.br

O presente Caderno de Aplicação
é impresso em cores.
Caso desconfie de sua autenticidade,
ligue para (11) 3034-3600.

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕

ANEXO G – Teste HTP-F de paciente com PPCI

Pré-tratamento – IC: 7,4 anos

Interpretação: O parecer foi breve e apontei somente a diferença encontrada em cada desenho da mesma paciente, realizado em dois momentos distintos: antes e durante o tratamento. O desenho da casa apresenta janela demonstrando que a paciente observa o mundo externo, sendo passiva diante das situações que são apresentadas e a ausência de porta indica isolamento do convívio social e uma dificuldade de contato interpessoal (traços de introversão).

Em tratamento (longitudinal) – IC: 8,4 anos

Interpretação: Esse desenho foi realizado após 1 ano em tratamento (longitudinal). Nessa casa a paciente não desenha a janela somente a porta mostrando uma mudança no comportamento indicando que ela está pronta para agir e conhecer o mundo a sua volta. Além disso, demonstra uma busca pelo contato e a necessidade de interação social. A maçaneta da porta indica uma atitude defensiva da paciente diante da sua falta de segurança nos contatos.

Pré-tratamento – IC: 7,4 anos

Interpretação: No desenho da árvore o tronco firme indica um ego forte e estruturado e a forma do tronco reto demonstra uma pessoa correta, exemplar e mostra um comportamento rígido. A presença de frutos indica imaturidade emocional, porém é considerada normal diante da faixa etária da paciente.

Em tratamento (longitudinal) – IC: 8,4 anos

Interpretação: No desenho da árvore o tronco continua estruturado e firme indicando que mantém um ego forte e saudável. A presença de galhos e raízes mostram um grau de agressividade ou irritabilidade. Não há mais representação das frutas.

Pré-tratamento – IC: 7,4 anos

Interpretação: Na primeira figura humana a paciente mostrou uma identificação com o sexo feminino e a idade que atribuiu ao desenho foi superior a idade cronológica da paciente mostrando um desejo de crescer. Os ombros quadrados revelam atitude superdefensiva, os braços estendidos significam que a paciente é passiva e conformada diante da situação do cotidiano e os braços curtos indicam inadequação no contato e uma dificuldade nos relacionamentos interpessoais. A cintura apertada revela um controle precário das emoções e um desejo de seduzir.

Em tratamento (longitudinal) – IC: 8,4 anos

Interpretação: Essa figura humana desenhada pela paciente revela um corpo harmônico mostrando uma aceitação das mudanças corporais e o braço cumprido demonstra que está pronta para o contato com as pessoas e para o convívio social.

Pré-tratamento – IC: 7,4 anos

Interpretação: O segundo desenho da figura humana é sempre do sexo oposto ao desenhado na primeira figura e a idade que atribuiu ao desenho é superior a idade cronológica da paciente mostrando um desejo de crescer. Os ombros quadrados revelam uma atitude superdefensiva e os braços estendidos ao ambiente mostra uma passividade frente aos obstáculos e os braços curtos revelam uma dificuldade de contato. As pernas bem cumpridas indicam uma necessidade de autonomia.

Em tratamento (longitudinal) – IC: 8,4 anos

Interpretação: A paciente desenha um corpo harmônico demonstrando aceitação das mudanças corporais. A idade que atribuiu a esse desenho é inferior a idade da paciente, indicando uma regressão emocional a um estágio anterior da vida considerado mais feliz ou marcante. Os braços alongados revelam um contato interpessoal adequado com os demais.

Pré-tratamento – IC: 7,4 anos

Interpretação: Na história familiar essa paciente tem uma irmã gêmea, porém no desenho da família não adiciona sua irmã como membro integrante, significando uma necessidade de obter atenção e a afetividade dos pais para si. Nesse desenho a paciente aparece como uma menina independente dos cuidados dos pais.

Em tratamento (longitudinal) – IC: 8,4 anos

Interpretação: A história familiar sobre a irmã gêmea se repete também nesse desenho. Entretanto, a paciente desenha um bebê (regredida) mostrando uma pessoa dependente do cuidado, afeto e atenção dos pais direcionados somente para ela. Em suma, em alguns momentos a paciente quer agir como independente e autônoma e em outros se comporta como um bebê totalmente frágil e dependente dos cuidados dos genitores, no intuito de suprir sua necessidade de atenção e afeto.

ANEXO H – Inquérito HTP-F

Teste de Personalidade Inquérito do HTP(House, Tree e Person)

Desenho da casa: Muito bem, vejamos agora se inventamos uma história sobre essa casa como se fosse uma novela ou uma peça de teatro. Por exemplo:

1. De quem é essa casa ?
2. Quantas pessoas moram nela ?
3. Quantos andares têm?
4. Falta alguma coisa nessa casa?
5. Você gostaria de morar nela?
6. Se você fosse dono(a) dessa casa e pudesse fazer com ela o que bem entendesse, qual o cômodo que você escolheria para você ? Por quê ?
7. Quando você olha para a casa, ela parece estar perto ou longe de você ?
8. Se você estivesse olhando essa casa, como você a estaria vendo ?
() na altura dos olhos () abaixo () acima dos seus olhos
9. Em que essa casa faz você lembrar ou pensar ?
10. Essa casa é:
() Feliz () Triste () Amiga x() Agressiva () Confiável () Barulhenta
Por quê ?
11. Você acha que a maioria das casas é assim ?
12. Alguém ou alguma coisa já machucou essa casa ? Por quê ?
13. De que essa casa necessita a mais ?

Desenho da árvore:

1. Seqüência do desenho:
2. Que tipo de árvore é essa que você desenhou ?
3. Onde ela poderia estar situada ?
4. Quem a plantou ? Por quê ?
5. Que idade ela tem ?
6. Você pensa nela como estando :
() Viva Por que você acha que ela está viva ?
() Morta Existe alguma parte morta nessa árvore ?
 Por que você acha que morreu ?
 Há quanto tempo morreu ?
7. Essa árvore, para você, parece mais com um homem ou com uma mulher ?
 Por quê ?
8. Essa árvore está sozinha ou em um grupo de árvores ?
9. Olhando essa árvore, você tem a impressão de que ela está :
() Acima () Abaixo () No mesmo plano que você
10. Como está o clima nessa figura ?
11. Há algum vento soprando nessa figura ?
12. Em que essa árvore faz você lembrar ou pensar ?
13. Essa árvore está sadia ?
14. Por que você acha que ela está sadia ?
15. Do que essa árvore mais necessita ?
16. Alguém ou alguma coisa já feriu essa árvore ?

Desenho da Pessoa 1:

1. Isso é: () um homem () uma mulher
 () um menino () uma menina
2. Quem é ele(a) ? Quantos anos tem ?
3. O que ele(a) está fazendo ?
4. Ele (a) se dá melhor com o pai ou com a mãe ?
5. O que ele(a) quer ser ?
6. Qual é a parte mais bonita de seu corpo ? E a mais feia ?
7. Como ele(a) se sente ? Por quê ? O que mais o(a) preocupa ?
8. Prefere ficar só ou no meio de outras pessoas ? Tem muitos amigos ?
 Mais velhos ou mais novos ?
9. O que ele(a) mais quer da vida ?
10. A melhor qualidade dele(a) é
 A pior é:
11. De que ele(a) tem medo ? De que essa pessoa mais precisa ?
12. Você gostaria de ser como essa pessoa ?
13. O que as pessoas falam dele(a) ? E os familiares ?
14. Alguém já feriu essa pessoa ? Por quê?
15. Imagine que o sol seja uma pessoa que você conhece. Quem seria ?
16. Você acha que a maioria das pessoas se sente assim ?
17. Qual é o clima dessa figura ? Que tipo de roupa está vestindo ?
18. Estuda ou trabalha ? O que mais quer da vida ?
19. Namora ? Tem vida sexual ativa ?
20. Se casado (a), vive bem com o companheiro(a) ? As relações sexuais são gratificantes ?

Desenho da Pessoa 2:

1. Isso é: () um homem () uma mulher
 () um menino () uma menina
2. Quem é ele(a) ? Quantos anos tem ?
3. O que ele(a) está fazendo ?
4. Ele (a) se dá melhor com o pai ou com a mãe ?
5. O que ele(a) quer ser ?
6. Qual é a parte mais bonita de seu corpo ? E a mais feia ?
7. Como ele(a) se sente ? Por quê ? O que mais o(a) preocupa ?
8. Prefere ficar só ou no meio de outras pessoas ? Tem muitos amigos ?
 Mais velhos ou mais novos ?
9. O que ele(a) mais quer da vida ?
10. A melhor qualidade dele(a) é
 A pior é:
11. De que ele(a) tem medo ? De que essa pessoa mais precisa ?
12. Você gostaria de ser como essa pessoa ?
13. O que as pessoas falam dele(a) ? E os familiares ?
14. Alguém já feriu essa pessoa ? Por quê?
15. Imagine que o sol seja uma pessoa que você conhece. Quem seria ?
16. Você acha que a maioria das pessoas se sente assim ?
17. Qual é o clima dessa figura ? Que tipo de roupa está vestindo ?
18. Estuda ou trabalha ? O que mais quer da vida ?
19. Namora ? Tem vida sexual ativa ?
20. Se casado (a), vive bem com o companheiro(a) ? As relações sexuais são gratificantes ?

Desenho da Família de Origem:

1. Seqüência do desenho:
2. Quem são as pessoas que desenhos ?
3. Aí estão todos os seus familiares ?
4. Quem está faltando ?
5. Por que não está aí ?
6. Quem é a pessoa com quem você melhor se relaciona nessa família ?
Por quê?
7. Quem é a pessoa com quem você tem mais dificuldades em se relacionar ?
Por quê ?
8. Quem é a pessoa mais feliz desse grupo e por quê ?
9. Quem é a mais triste ou a menos feliz ? Por quê ?
10. Em que família você estava pensando quando estava desenhando ?

8 *REFERÊNCIAS*

1. Pikunas J - *Desenvolvimento humano*. Tradução: Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: McGraw-Hill; 1979. p. 273-330.
2. Becker D - *O que é adolescência?* São Paulo: Nova Cultural; 1986. p. 1-97.
3. Brito VN *et al* - Puberdade normal, precoce e atrasada. In: Maciel RM, Mendonça BB, Saad MJ- *Endocrinologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 227-255.
4. Brito VN - *Valores de LH, FSH Testosterona e estradiol dosados pelo método fluorimétrico em indivíduos normais: Aplicação no diagnóstico da puberdade precoce*. Dissertação de mestrado - Orientadora: Dra. Berenice Bilharinho de Mendonça. São Paulo. 1998; 1-98.
5. Monte O, Longui CA, Calliari LEP - Puberdade precoce: dilemas no diagnóstico e tratamento. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* São Paulo. 2001; 45(4): p. 321-8.
6. Abreu AP, Dauber A, Macedo DB *et al* - Central precocious puberty caused by mutations in the imprinted gene MKRN3. *N. Engl J Med.* 2013; 368 p. 2467-2475.
7. Carel JC - Can we increase adolescent growth? *Eur J Endocrinol.* 2004; U101-108.
8. Cunha JA - *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas: Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 680.
9. Lourenço B, Queiroz LB - Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. *Rev. Med.* São Paulo. 2010. 89(2): p. 70-5.

10. Marshall WA, Tanner JM - Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child*. 1969; 44:291-303.
11. Piaget J - *Epistemologia Genética*. Petropolis:Vozes;1970. p.110.
12. Piaget J - *A equilibração das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar; 1975. p. 175.
13. Mousinho R, Schmid E, Pereira *et al* - Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem seguir neste percurso. *Revista psicopedag*. [online] 2008; 25(78): p. 297-306.
14. Ré AHN - Crescimento, maturação e desenvolvimento na infância e adolescência: implicações para o esporte. *Motricidade*. 2011; 7 (3): p. 55- 67.
15. Freud S - *Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade*. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago; 1989. In: Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.(7): p.195-209.
16. Enck EMN – O encurtamento da latência e a puberdade precoce: Um problema dos tempos atuais. *Congresso Brasileiro de Psicanálise*: Porto Alegre. 2007; p. 1- 19.
17. Outeiral J - *Adolescer*. 2ª edição atual. RJ: Revinter; 2008.
18. Aberastury A, Knobel M - *Adolescência normal*. Tradução Suzana M. Garogary Ballve 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981. p. 1- 92.
19. Bretas JRS - *A mudança corporal na adolescência: A grande metamorfose*. 12(72): p. 29-38.
20. Muuss ER - *Teorias da adolescência*. 5ª Edição. São Paulo: Interlivros; 1966. p. 1- 144.

21. Erikson E - *Infância e sociedade*. Tradução Gildásio Amado – Rio de Janeiro: Zahar; 1971. p. 404.
22. Erikson E - *Identidade: Juventude e crise* – Rio de Janeiro: Zahar; 1976. p. 1-65.
23. Campos SCS - *A imagem corporal e a constituição do eu* . Belo Horizonte: Reverso; 2007; 29(54): 63-70.
24. Conselho Federal de Psicologia - Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão / *Conselho Federal de Psicologia*. - Brasília: CFP, 2010; p. 15-73.
25. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF - Validação da versão brasileira do “Child Behavior Check-list” (CBCL) Inventário de comportamento na infância e adolescência: dados preliminares. *Revista ABP-APAL*. 1995; 17(2): 55-66.
26. Duarte CS, Bordin IAS - Instrumentos de avaliação. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22 (Supl. II): 55-8.
27. Carel JC, Eugster EA, Rogol A *et al* - Consensus statement on the use of gonadotropin-releasing hormone analogs in children. *Pediatrics*. 2009; 123(4): p. 752-762.
28. Ehrhardt AA, Meyer-Bahlburg HF – *Psychosocial aspects of precocious puberty*. *Horm Res*. 1994; 41 Suppl 2: p.30-5.
29. Xhrouet-Heinrichs D, Lagrou K, Heinrichs C *et al* - Longitudinal study of behavioral and affective patterns in girls with central precocious puberty during long-acting triptorelin therapy. *Acta Paediatric* .1997; 86(8): p.808-815.
30. Angold A, Costello EJ, Worthman CM - Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*. 1998; 28(1):p.51-61.

31. Baumann DA, Landolt MA, Wetterwald R *et al* - Psychological evaluation of young women after medical treatment for central precocious puberty. *Horm Res.* 2001; 56 (1-2): p. 45-50.
32. Johansson T, Ritzén EM - Very long-term follow-up of girls with early and late menarche. *Endocr. Dev.* 2005. 8: p. 126-36.
33. Blumenthal H, Leen-Feldner EW, Trainor CD *et al* - Interactive roles of pubertal timing and peer relations in predicting social anxiety symptoms among youth. *J Adolesc Health* 2009; 44(4) p. 401– 403.
34. Reardon LE, Leen-Feldner EW, Hayward C - *A critical review of the empirical literature on the relation between anxiety and puberty.* *Clin Psychol Rev.* 2009. 29(1): p.1-23.
35. Eun YK, Moon IL - Psychosocial aspects in girls with idiopathic precocious puberty. *Psychiatric Investig.* 2012. 9 (1): p.25-28.
36. Bleger J - *Entrevista e grupos.* Temas de Psicologia. Porto Alegre: Martins Fontes. 1998.
37. Inácio M - *Aspectos psicossociais e sexuais de pacientes com distúrbio do desenvolvimento sexual a longo prazo* - Tese de Doutorado Orientadora: Profa. Dra. Berenice Bilharinho de Mendonça. 2010; p.150.
38. Lipp MEV, Lucarelli MDM - *Escala de Stress Infantil (ESI).* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
39. Buck JN - *H.T.P.: Casa-Árvore-Pessoa. Técnica projetiva de desenho: Manual e guia de interpretação* - Trad: Renato Cury Tardivo; revisão Iraí C. Boccato Alves. 1ª edição- São Paulo: Vetor. 2003; p. 65.
40. Corman L - *O teste do desenho da família.* São Paulo: Mestre Jou. 1979; p. 180.

41. Palmer L, Farrar AR, Valle M *et al*. An Investigation of the Clinical Use of the House-Tree-Person Projective Drawings in the Psychological Evaluation of Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*. 2000. 5(2) p.169-175.
42. Peres RS - O desenho como recurso auxiliar na investigação psicológica de crianças portadoras de surdez. *Psic: Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 2003. 4(1), p. 22-29.
43. Silva MFX, Amaral AEV - A Auto-Estima no CAT-A e HTP: Estudo de Evidência de Validade Avaliação Psicológica. 2006; 5(2), p.205-215.
44. Peres RS, Santos MA, Rodrigues AM *et al* - Técnicas Projetivas no Contexto Hospitalar: Relato de uma experiência com House-Tree-Person (HTP).2007; RIDEP 23(1) p. 41 – 62.
45. Pereira E, Menegatti C, Percegon L *et al* - Aspectos psicológicos de pacientes diabéticos candidatos ao transplante de ilhotas pancreáticas. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*. 2008; 59(1).
46. Amparo DM, Brasil KTR, Wolff LS - Adolescência e Psicose: Traumatismo e Violência do Pubertário. *Revista Internacional de Psicología*, 2010. 44(3), p. 507-514.
47. Selye H - *The stress of life*. New York: Mc Graw Hill; 1956; p.1-324.
48. Noronha APP, Primi R, Alchieri, JC - *Guia de referencia: Testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
49. Van Kolck OL - *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico* .São Paulo: EPU. 1984; p. 96.
50. Ocampo MLS *et al* - *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins fontes, 2009.

51. Hammer EF - *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos* - São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
52. Grassano E - *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. trad. Leila Salomão L.P.C. Tardivo – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
53. Siegel S, Castellan NJ - *Estatística não paramétrica para ciências*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
54. SigmaStat for Windows - Version 3.5. systat software, 2006 edition. New York, Hafner, 1954.
55. Straatmann G - *Estresse, estratégias de enfrentamento e a percepção da imagem corporal em adolescentes: relações com o estado nutricional*. Tese de Doutorado Orientador: Sebastião de Sousa Almeida. 2010; p. 83.
56. Bignotto MM - *A Eficácia Do Treino De Controle Do Stress Infantil*. Tese Doutorado Orientadora: Marilda Emmanuel Novaes Lipp. 2010; p. 98.
57. Bertoletti J, Santos SCG - *Avaliação do Estresse na Obesidade Infantil*. 2012. 43(1): p. 32-38.
58. Lacan J - *O estádio do espelho como formação do eu*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990; p. 96 - 103.