

## ESTUDO DE CASO SOBRE UMA CRIANÇA COM TDAH: o diagnóstico clínico

DOI: 10.22289/2446-922X.V6N2A30

Cristiana Maria da **Silva**<sup>1</sup>  
Delza Ferreira **Mendes**  
Deivid de Oliveira **Barbosa**

### RESUMO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento do sujeito. Este estudo tem como objetivo identificar os critérios para avaliação psicodiagnóstica de uma criança que apresenta traços do TDHA e a eficácia das ferramentas diagnósticas empregados durante o processo de avaliação. Para isso, foi utilizado o relato de experiência de um caso clínico, ocorrido em uma Clínica de Psicologia de uma Faculdade do interior de Minas Gerais. A criança foi encaminhada para o atendimento psicológico, por apresentar comportamentos como baixo rendimento escolar, divagação durante a realização de tarefas, falta de persistência, dificuldade em manter o foco, desorganização e atividades motoras excessivas e em seguida foi feita a avaliação psicodiagnóstica. Através do estudo de caso foi possível confirmar e acompanhar o processo psicodiagnóstico da criança apresentando a mesma característica de TDAH encontradas nas pesquisas bibliográficas e confirmadas no psicodiagnóstico clínico.

453

**Palavras-chave:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Diagnóstico; Estudo de Caso.

### CASE STUDY ON A CHILD WITH ADHD: the clinical diagnosis

### ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a persistent pattern of neglect and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with non-functioning or non-development of a person. The following article focuses on identifying the criteria for a child psychodiagnostic assessment that presents traces of TDHA and the effectiveness of diagnostic tests undertaken during this assessment process. For this purpose, an experience report of a clinical case was made and held in a Psychology Clinic of a Faculty of the Interior of Minas Gerais. The child was directed to psychological care, for presenting behaviors such as low school performance, wandering during the performance of tasks, lack of persistence, difficulty in keeping focused, disorganization and excessive motor activities and then another psychodiagnostic assessment was done. This case study makes possible to confirm and accompany the psychodiagnostic process of the country presenting a characteristic of ADHD found in bibliographic research and confirmed non-clinical psychodiagnostics.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Diagnostic; Case Study.

<sup>1</sup> Endereço eletrônico de contato: cristiana.mariasilva@hotmail.com  
Recebido em 14/09/2020. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 20/10/2020.

# ESTUDIO DE CASO EN UN NIÑO CON TDAH: el diagnóstico clínico

## RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un patrón persistente de falta de atención y / o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo del sujeto. Este estudio tiene como objetivo identificar los criterios para la evaluación psicodiagnóstica de un niño que tiene características de TDAH y la efectividad de las herramientas de diagnóstico utilizadas durante el proceso de evaluación. Para esto, fue utilizado el informe de la experiencia de un caso clínico, que tuvo lugar en una Clínica de Psicología de una Facultad en el interior de Minas Gerais. El niño tuvo atención psicológica, por tener comportamientos como bajo rendimiento escolar, divagar mientras realizaba tareas, falta de persistencia, dificultad para mantener el enfoque, desorganización y actividades motoras excesivas, y luego se realizó la evaluación psicodiagnóstica. A través del estudio de caso, fue posible confirmar y monitorear el proceso psicodiagnóstico del niño que presentaba la misma característica del TDAH encontrada en la investigación bibliográfica y confirmada en el psicodiagnóstico clínico.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; Diagnóstico; Estudio de caso.

## 1 INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento, mais diagnosticado na população pediátrica, responsável por 30 a 40% dos encaminhamentos para atendimento específico (Conners, 2009). Levantamentos populacionais sugerem que cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, em variadas culturas, são diagnosticados com TDAH (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014). No que se refere a encaminhamentos à clínica psicológica e pediátrica percebe-se que as crianças em idade escolar, em torno de nove anos de idade, representam o principal público com sintomas característicos de TDAH (Conners, 2009).

Outro aspecto relevante é que, como salienta o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), o TDAH é mais comum nas pessoas do sexo masculino do que no feminino; geralmente em uma proporção de 2:1 em crianças e de 1,6:1 em adultos, com maiores probabilidades em pessoas do sexo feminino, apresentando-se inicialmente com sinais de falta de atenção ao se comparar com as do sexo masculino (APA, 2014).

Segundo Andrade e Scheuer (2004), o TDAH está entre os principais adoecimentos contemporâneos, sendo o motivo de “[...] 30% a 50% dos atendimentos em saúde mental nos Estados Unidos.” (p. 82). Em 2004, o referido transtorno foi considerado oficialmente como “[...] um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana.” (Caliman, 2008, p. 560).

Conforme apresentado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5:



A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A *desatenção* manifesta-se comportalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade em manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A *hiperatividade* refere-se à atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. Manifestações do transtorno devem estar presentes em mais de um ambiente (p. ex., em casa e na escola, no trabalho). A confirmação de sintomas substanciais em vários ambientes não costuma ser feita com precisão sem uma consulta a informantes que tenham visto o indivíduo em tais ambientes. É comum os sintomas variarem conforme o contexto em um determinado ambiente (APA, 2014).

Atualmente percebe-se uma demanda crescente de atendimentos e tratamentos voltados a pacientes acometidos pelo TDAH, o que implica em um número cada vez maior de crianças recebendo o diagnóstico de TDAH e a indicação para uso de medicamentos, intervenções terapêuticas e práticas pedagógicas específicas para esse público. Conforme apresentado por Bonadio e Mori (2013) esse cenário evidencia a necessidade de aprofundamento e reflexão sobre o diagnóstico e o tratamento desse transtorno do neurodesenvolvimento e as práticas desenvolvidas pelos profissionais atuantes nesse cenário, uma vez que esse processo trará fortes mudanças psicológicas, biológicas e sociais na vida dessas crianças.

455

Buscando expandir e aprofundar o conhecimento acerca da temática proposta, esse artigo trata-se de um estudo de caso sobre o psicodiagnóstico de um paciente encaminhado para o atendimento psicológico, com suspeita de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A criança foi encaminhada para o atendimento após apresentar baixo rendimento escolar, divagação durante a realização de tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco, desorganização, atividades motoras excessivas. Os resultados obtidos através desse estudo poderão auxiliar na complexa tarefa de obter o diagnóstico de TDAH em pacientes que apresentam queixas e sintomas similares aos previstos pelos critérios diagnósticos estipulados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Nesse sentido, o estudo teve como objetivo identificar os critérios utilizados para avaliação psicodiagnóstica apresentando a eficácia das ferramentas diagnósticas empregadas durante o processo de avaliação.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

No final da Primeira Guerra Mundial surgiu em alguns países a epidemiologia de encefalite, ocasionando uma extensão basilar para o TDAH, que uma vez detectada, tornou-se uma das primeiras exposições sobre modificações de comportamentos, tais como falar demais, tensões emocionais, dentre outros, o que suscitou autores a buscarem explicações e hipóteses sobre crianças com dificuldades de aprendizagens que apresentavam algum tipo de dano cerebral, cujas causas não eram definidas (Dumas, 2011).

Como apresentado por Dumas (2011), no transcorrer do século XX, o transtorno recebeu diferentes designações, como: Lesão Cerebral Mínima, Disfunção Cerebral Mínima, Hipercinesia, Síndrome Hiperkinética da Infância e Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade, sendo que atualmente é assinalado pelo DSM-5 (APA, 2014) como 'Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e pela Classificação de Doenças Internacionais' (CID-10) como 'Transtorno Hiperkinético.' (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993).

De acordo com Phelan (2004), o TDAH é um transtorno reconhecido pela OMS, cuja origem é, na maioria das vezes, genética, e que se manifesta durante o período de desenvolvimento infantil, mais especificadamente durante o período escolar. Segundo esse autor, os principais sintomas do transtorno são a distração e a hiperatividade/impulsividade, podendo esses sintomas manifestarem-se de forma isolada ou combinada.

Outros autores como Rotta, Ohlweiler e Riesgo (2006) acreditam que o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade “[...] é um transtorno neurobiológico, de causas ainda desconhecidas, mas com forte participação genética na sua etiologia.” (p. 365). Contudo esses autores não descartam a possibilidade de que a origem do transtorno possa ser individualizada por causas biológicas ocorridas antes, no decorrer e posteriores ao nascimento da criança, podendo ser ainda de ordem familiar, ambiental, social e cultural.

### 2.2 TDAH como psicopatologia

Para compreender o TDAH como uma manifestação psicopatológica é necessário realizar uma análise multifatorial, uma vez que versa sobre um transtorno neurobiológico com ampla ação genética, que incide sobre o funcionamento de neurotransmissores notadamente na parte frontal do córtex e em situações ambientais e de cunho hereditário como expõem Santos e Vasconcelos (2010). Costa (2009) também compactuava com essa premissa e atribuía a manifestação do



transtorno como um fenômeno neurobiológico de etiologia multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais.

A Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA) também reforça o argumento da manifestação/perspectiva biológica ao apresentar diversos estudos científicos evidenciando que portadores de TDAH apresentam mudanças na região frontal e nas suas vinculações com o restante do cérebro. A região frontal orbital é uma das regiões mais evoluídas no homem em comparação com diferentes espécies animais e é incumbida pela contenção da conduta (isto é, controlar ou coibir procedimentos impróprios), pela capacidade de conservar a atenção, memorizar, controlar-se, organizar e esquematizar. O que configura estar confuso nessa região do cérebro é a atuação de um conjunto de substâncias químicas denominadas neurotransmissoras (especialmente dopamina e noradrenalina), que transportam subsídios em meio às células nervosas (neurônios) (ABDA, 2017).

Dessa forma, a partir do padrão médico neurológico, o TDAH é analisado como sendo prováveis perturbações ou anormalidades cerebrais. Para a psicopedagogia, a hiperatividade infantil tem relação com carências perceptivas e problemas de aprendizagem. Em psiquiatria assinala-se por uma exagerada agilidade motora, falta de atenção e irritabilidade, critérios esses propostos pela Associação Americana de Psiquiatria (Bonadio & Mori, 2013).

457

### **2.3 Os sintomas do TDAH**

Toda manifestação sintomática do TDAH deve partir da avaliação do comportamento do paciente no ambiente ao qual ele está inserido e na observação das situações especiais nas quais eles aparecem. Eles assinalam para a presença de um modelo de comportamentos concretos, demonstrados em respostas às circunstâncias ambientais atribuladas, ou seja, o quadro sintomático característico do transtorno (Nogueira, 2011).

Alguns autores como Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde e Pinto (2007) afirmam que os sintomas do TDAH podem surgir desde os primeiros anos de existência, pois pode-se observar inquietações no desenvolvimento neurológico e emocional do sujeito, apresentando desde cedo um excesso de movimento, quando ainda na fase de gestação e depois do nascimento, logo nos primeiros meses, demonstram irritação, muito choro, e sono intranquilo.

A manifestação do TDAH é acompanhada do surgimento de um quadro sintomático que é interpretado como critério para formulação do diagnóstico. Esse quadro sintomático é dividido topologicamente em três subdivisões pelo DSM-5 (APA, 2014). A primeira faz referência à apresentação conjugada que se assinala com o preenchimento da desatenção e hiperatividade-impulsividade. A segunda refere-se ao aspecto predominante desatento que se alude ao aspecto da falta de atenção, que muitas vezes não se associa à hiperatividade-impulsividade. Finalmente,



a apresentação predominante-hiperativa/impulsiva que se distingue com o aparecimento da particularidade da hiperatividade-impulsividade, apresentando a desatenção.

No manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2014) são enumerados indícios que explicitam os sintomas do TDAH. Em relação à desatenção são enumerados nove indícios, tais como:

[...] dificuldade de manter atenção em tarefas, dificuldades em seguir instruções, esquecimento de atividades cotidianas, frequentemente aparenta não escutar as solicitações feitas, dificuldades em organizar tarefas e atividades, dificuldade em prestar atenção em detalhes ou comete erros por distração nas tarefas escolares, frequentemente perde materiais escolares, distrai facilmente por estímulos externos e reluta em atividades que necessitam de um esforço mental mais prolongado. (p. 60).

No que diz respeito à hiperatividade e impulsividade também são citados no DSM-5 (APA, 2014) nove sinais, sendo estes:

[...] remexe-se frequentemente ou batucar as mãos e pés, correr ou subir nas coisas em situações inapropriadas, tagarelice, frequentemente levanta-se em momentos em que se espera permanecer sentado, tem dificuldades para participar calmamente das brincadeiras, normalmente são pessoas elétricas e tem dificuldades em esperar sua vez. (p. 60- 61).

Nogueira (2011) afirma que não é difícil perceber os sintomas nos portadores de TDAH, uma vez que eles parecem ter uma bateria em constante atividade, a qual nunca descarrega. Quando parados, ficam movimentando-se ou mexendo os pés e as mãos; se continuam sentados por um tempo maior, modificam de posição, uma vez que não conseguem permanecer sentados ou tranquilos. Pegam tudo com as mãos, conversam demais, cantam, assobiam ou emitem ruídos com a boca mesmo que quando deveriam permanecer em silêncio e quietos. São menos efeitos ao descanso ou ao sono. Estão sempre procurando algo para comer ou chupar, morder as coisas tais como: materiais escolares, mangas das camisas e outros.

458

De acordo com Bonadio e Mori (2013), os sintomas do TDAH comprometem a criança tanto em seu comportamento quanto na sua área cognitiva. Apresenta também pequena tolerância à frustração, autoestima baixa e problemas de convívio com os demais. Podem aparecer em alguns casos condutas agressivas e provocadoras, principalmente pela dificuldade que apresenta em acolher regras e limites.

Há inconstância relativa à atenção, amplitude e opção de objeto impróprio. Desse modo, a percepção do fato será conseguida sobre o fundamento dessas oscilações. Portanto, a realidade apreendida reflete modificações; é uma constituição de parte da realidade. Sua atividade motora é demonstrada em hiperatividade, mostrando fraqueza motora e falhas no que se refere à psicomotricidade. Seu modo cognitivo é desordenado, o que é demonstrada através de um pensamento imprudente, explosivo, austero e condicionado do campo perceptivo.



Pesquisas realizadas por Graeff e Vaz (2008), Hernández (2007), Rohde e Halpern (2004) mostram que em muitos casos de pacientes diagnosticados com TDAH, a grande maioria dos sintomas anteriormente apresentados é identificada durante o processo avaliativo e consta no quadro sintomático do prontuário do paciente, o que evidencia a força e predominância desses sintomas no transtorno. Além disso, estudos realizados por esses autores que empregaram os critérios totais do DSM-5 para classificação do transtorno, mostraram que a constatação de todos os sintomas em um paciente em entorno de 3% a 6% da população investigada.

O quadro sintomático continua na vida adulta geralmente em 67% dos episódios (Lopes, Nascimento, & Bandeira, 2005), e ocasiona implicações à rotina da criança e de sua família, prejuízos no sistema educacional e maior ocorrência de comportamentos de precipitação na adolescência (Hernández, 2007). Sucessivamente relaciona-se ao fracasso educacional, execrável desempenho profissional, avaria na renda familiar, no contexto econômico-social.

#### **2.4 Os reflexos do TDAH na aprendizagem infantil**

O TDAH pode trazer consequências para o processo de aprendizagem, ainda que o déficit de atenção esteja ou não acompanhando a hiperatividade, pois segundo Rotta et al. (2006) “[...] frequentemente há o comprometimento do rendimento escolar, já que a atenção seletiva a estímulos relevantes é condição para a ocorrência das aprendizagens em geral, particularmente as escolas.” (p. 365).

459

De acordo com Nogueira (2011), a aprendizagem da criança ocorre com a participação efetiva do professor, e no que se refere à saúde mental do educando com TDAH, principalmente para a educação infantil, ele necessita ser trabalhado e norteado continuamente para que desenvolva suas capacidades possibilitando assim um bom resultado. Desse modo o professor passa de um observador de um transtorno para a qualidade de respeitável agente, na procura de intermediar a elevação do processo de humanização de seus educandos.

Os indivíduos portadores do TDAH, por apresentarem carência de atenção e também dos processos cognitivos, recebendo e processando as informações advindas das mais diversas fontes, não abrangem de forma adequada os sinais para o apropriado desenvolvimento dos intercâmbios sociais e a apreensão das regras que regem essas informações. Além do mais, apresentam certa dificuldade de monitorar seus ímpetos e respeitar as normas, têm limitações para solucionar problemas, podem até serem rípidos ou vagarosos, oferecem respostas impróprias, não conseguem ter controle sobre suas emoções e têm problema de convivência com os outros. Assim, Barkley et al. (2008) estima que “[...] mais de 50% das crianças portadoras de TDAH têm problemas significativos nos relacionamentos sociais com outras crianças.” (p. 48).



As relações sociais da criança são ampliadas no convívio e comunicação no âmbito familiar, e escolar, com colegas, amigos, parentes e com as demais crianças. Nesses relacionamentos sociais, quando bem desenvolvidos, os pequenos conseguem apreender e assimilar os costumes e as regras sociais constituídas em diferentes circunstâncias e situações, como comportar-se no ambiente escolar e nos diferentes locais públicos. Essas capacidades são aprendidas através da observação, repetição, experiência e resultados. Dessa forma, Vygotsky, citado por Rego (2002), em uma das teorias por ele defendidas refere-se à relação do indivíduo com o meio social e assevera o seguinte:

As características tipicamente humanas não estão presentes desde o nascimento do indivíduo, nem estão presentes desde o nascimento do indivíduo, nem são mero resultado das pressões do meio externo. Elas resultam da interação dialética do homem e seu meio sociocultural. (p. 72).

Segundo Bonet, Soriano e Solano (2008), essas crianças são geralmente recusadas nas atividades, brincadeiras e jogos pelo fato de não acatarem as normas; parecem permanecer sempre desatentas, têm dificuldade de aguardar sua vez de falar, são continuamente chamadas à atenção pelos professores, progenitores, familiares e profissionais da escola; são indisciplinadas e distraídas, falam muito, não ficam quietas, provocam seus companheiros e amigos e quando assentadas estão sempre movimentando os pés e/ou as mãos.

460

Por essas razões, essas crianças são tidas como desastradas, destroem as coisas, deixam os objetos caírem pelo chão, são barulhentas, são pouco cautelosas. Em função de seu jeito de difícil controle acabam sendo recusadas pelos companheiros e até mesmo por adultos, dificultam o ritmo dos trabalhos, principalmente em sala de aula, o que acaba refletindo no aproveitamento escolar (Mattos et al., 2007). A esse respeito Mattos et al. (2007) dizem ainda que:

Ter TDAH significa ter sempre que se desculpar por ter quebrado ou mexido em algo que não deveria, por fazer comentários fora de hora, por não ter sido suficientemente organizado... Ou seja, significa ser responsabilizado por coisas sobre as quais, na verdade, se tem pouco controle! Torna-se inevitável sensação de que se é um sujeito meio inadequado. (p. 76).

Segundo Mattos et al. (2007), o (TDAH) é um problema recorrente em crianças e jovens. Pode ocasionar diversos problemas na existência do indivíduo e, se não for descoberto e tratado de modo correto, pode continuar por toda a vida. TDAH é hoje causa de grande inquietação entre os educadores, de maneira especial no período da Educação Infantil. Eidt e Ferraciolli (2010) ressaltam que é “[...] uma tentativa muito comum o pensar e o falar que crianças agitadas em



demasia e incapazes de manter-se concentradas durante a realização de suas atividades escolares estejam na verdade sofrendo desse transtorno.” (p. 115).

De acordo com Coutinho, Mattos e Araújo (2007), as crianças portadoras de TDAH são perspicazes, todavia apresentam limitações em focalizar a atenção, escutar e se lembrar das coisas. Algumas podem ainda apresentar distração, impulsividade, agitação, ter restrições em relação à aprendizagem, organização, concluir atividades e até mesmo para angariar amizades. Dessa forma ressalta-se a importância do auxílio da escola na busca pela identificação desse transtorno prematuramente, o que proporcionará uma possibilidade de tratamento do quadro clínico antes dos sintomas causarem prejuízos funcionais na vida da criança.

É nesse sentido que Fonseca (2008) ressalta a importância da observação do professor no processo de ensino-aprendizagem de crianças com TDAH, tendo em vista que esses profissionais acompanham o desenvolvimento acadêmico de seus alunos, conseguindo identificar quando alguma coisa não está indo bem e, juntamente com os especialistas que militam na área de saúde e educação, pais e demais familiares da criança podem ampliar atividades que possibilitem a tais crianças desenvolver táticas eficientes de ensino e, desse modo, contribuir para a melhora acadêmica e social.

## 2.5 O diagnóstico clínico do TDAH

461

De acordo com APA (2014), o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela presença de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade em um grau inconsistente com o nível de desenvolvimento, impactando no funcionamento social, acadêmico e/ou profissional. Desatenção, hiperatividade e impulsividade são características que estão presentes no comportamento de qualquer pessoa, podendo variar em intensidade conforme o período de desenvolvimento, fatores ambientais e culturais, características de personalidade e outros diagnósticos clínicos – psiquiátricos ou não. Por isso, o diagnóstico de TDAH é complexo e exige treinamento e experiência por parte dos profissionais da saúde para diagnosticá-lo.

Hernández (2007), Lopes et al. (2005) ressaltam ainda que, não obstante a importância do transtorno, o diagnóstico é problemático devido, em princípio, por causa da variante apresentada nas taxas de preponderância deparadas.

Rotta et al. (2006) salientam que não existem exames psicométricos que, realizados em laboratórios ou até mesmo neurológicos, por si só comprovem um diagnóstico de TDAH, sendo então necessária a investigação quanto a elementos como histórico de família, análise clínica, neurológica e as escalas de comportamento. Barkley et al. (2008) e Benczik (2010) adicionam também a importância de realizar uma entrevista não só com a criança, mas também com o professor.



Alunos agitados e distraídos sempre acarretam inquietação. Antes de imputar um certo tipo de perturbação, entretanto, é necessário observá-los com atenção. A medicina, como aponta Topczewski (2011), ainda não computa informações irrefutáveis sobre modos de terapêutica, sendo que o TDAH é aquilatado como sendo um distúrbio psiquiátrico, dessa forma, avaliado como uma doença. No ambiente escolar, os sintomas de que uma criança tem esse transtorno necessitam ser anotados por um tempo de ao menos seis meses, antes de encaminhar a criança para um provável tratamento.

Lembram ainda Barkley et al. (2008) Benczik (2010) que é necessário destacar que os critérios utilizados não sejam empregados de modo impróprio, uma vez que os manuais jamais devem ser utilizados para rotular as pessoas. Da mesma forma é importante ter em mente que o diagnóstico é somente o princípio do tratamento, e não o seu término. O tratamento abarca diferentes abordagens, como observa Benczik (2010): “[...] intervenções psicoeducacionais (com a família, paciente e a escola), intervenções psicoterapêuticas, psicopedagógicas e de reabilitação neuropsicológicas e por fim, intervenções psicofarmacológicas.” (p. 26).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Estudo de caso como método de pesquisa

462

Para Yin (2005), “[...] o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real [...]” (p. 32) adequado quando “[...] as circunstâncias são complexas e podem mudar, quando as condições que dizem respeito não foram encontradas antes, quando as situações são altamente politizadas e onde existem muitos interessados.” (p. 32).

Martins (2008) destaca que “[...] mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado, o estudo de caso possibilita a penetração em uma realidade social, não conseguida plenamente por um levantamento amostral e avaliação exclusivamente quantitativa.” (p. 11).

Assim, o estudo de caso é compreendido como sendo “[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.” (Yin, 2005, p. 32). Afirma Fachin (2006) que sua principal particularidade é o estudo aprofundado, considerando-se a apreensão como um todo do contexto pesquisado.

Yin (2005) observa ainda que a opção pelo estudo de caso é apropriada quando se almeja inquirir o como e o porquê de um conjugado de acontecimentos recentes. O autor assegura que o estudo de caso é uma averiguação baseada na experiência, que admite o estudo de um fato



contemporâneo de acordo com as circunstâncias da vida real, de maneira especial quando os limites entre o fato e a conjuntura não estão visivelmente deliberados.

Gil (2009) assinala algumas finalidades dos estudos de caso: 1) descobrir ocorrências da vida real nas quais os limites não estão nitidamente definidos; 2) resguardar o caráter unitário do elemento estudado; 3) delinear a ocorrência da situação em que está sendo realizada certa investigação; 4) estabelecer conjecturas ou desenvolver teorias e 5) elucidar as variáveis ocasionais de determinado acontecimento em ocasiões complicadas que não admitam a utilização de levantamentos e experimentos.

O estudo de caso como metodologia, segundo Martins (2008), não faz alusão a uma opção metodológica somente, mas refere-se à escolha de um determinado elemento a ser analisado, que tanto pode recair sobre um ser humano, um programa, uma entidade, um empreendimento ou um certo grupo de pessoas que partilham o mesmo ambiente social e o mesmo conhecimento. A fundamental diferença que há entre o estudo de caso e as demais probabilidades de pesquisa é a atenção do pesquisador que foca na busca da “[...] compreensão de um particular caso, em sua idiossincrasia, em sua complexidade.” (Yin, 2015, p. 256).

Martins (2008) afirma que o estudo de caso pode ser assinalado como o estudo intenso de um objeto, de modo a possibilitar vasto e particularizado conhecimento sobre este, o que seria praticamente irrealizável por meio de outros procedimentos de investigação. Segundo o autor, o estudo de caso destaca-se como uma forma de organizar informações e congregar subsídios, tão abundantes e minuciosos quanto possível, acerca do objeto de estudo, de modo a resguardar seu caráter unitário. O todo do objeto pode ser mantido através da magnitude do equilíbrio dos dados, por meio de diversos níveis de diagnóstico, da concepção de apontadores e tipos de dados, bem como da influência mútua entre os dados analisados e a extensão temporal em que se dá o acontecimento.

Para Lakatos e Marconi (2011), o estudo de caso agrupa a maior quantidade de dados particularizada, utilizando de várias técnicas de pesquisa, que têm em vista entender uma determinada situação e apresentar a complicação de um episódio.

Gil (2008) ressalta que o estudo de caso é diferenciado pela inquirição intensa e exaustiva de um ou de alguns objetos, de modo a possibilitar o seu conhecimento amplo e minucioso, o que em face de outros tipos de delineamentos é mais complicado de alcançar.

Segundo Yin (2010) o estudo de caso utilizado como estratégia de pesquisa pode ser empregado para três finalidades: exploratório, descritivo e exploratório. O estudo de caso pode ainda ser único ou múltiplo, mas a eleição de caso único é ressaltante unicamente quando se refere a um caso determinante na avaliação de uma teoria bem estabelecida, um caso que se deseja ou que valha a pena demonstrar, ou ainda que sirva a um propósito significativo.



Conforme Martins (2008), o objeto de pesquisa em um estudo de caso pode ser de um ou mais indivíduos, grupos, organizações, acontecimentos, países ou regiões. É uma estratégia de pesquisa empregada em distintas áreas, até mesmo na empresarial, onde o caso é um componente do profissional que comporta agrupar subsídios relativos a um determinado episódio, produto, acontecimento ou fato social presente, situado em seu contexto particular, com o desígnio de reunir os elementos importantes acerca do objeto, para dissipar as desconfiças, elucidar questões relacionadas, e assim, orientar ações futuras.

Turato (2003) defende a opinião de que é importante contar com um arcabouço teórico de referência antes de começar o trabalho, mas o mesmo carece ser vasto e não instituir um componente que impeça o surgimento de novas ideias e conceitos elucidativos.

Yin (2010) enfatiza a importância do tipo de questões sugeridas para assinalar os estudos de caso de diferentes modalidades de pesquisa sociais. O autor evidencia que essa estratégia de pesquisa é utilizada normalmente quando as questões que despertam o interesse do estudo fazem referência ao como e ao porquê; quando o pesquisador tem controle insuficiente sobre os fatos e quando o foco se refere a um acontecimento hodierno em um contexto natural.

O estudo de caso, de acordo com Turato (2003), é importante para a construção de hipóteses e teorias, uma vez que suas principais intenções são delinear o fenômeno, suscitar teorias e testá-las. Para o autor, a constituição de teorias amparadas no estudo de caso, necessita atentar-se aos aspectos: demarcar adequadamente o desígnio do problema e decidir os possíveis fatores ou variáveis que serão analisados.

Martins (2008) ressalta a seriedade de se realizar a escolha dos dados por motivos teóricos, tais como: perguntas onde a teoria não encontra respostas e se há contradições nelas constatadas em conferência com a realidade, uma vez que vários estudos de caso são efetuados somente pela facilidade de ingresso à organização, ou por existir alguma coisa ressaltante a ser pesquisado do ponto de vista teórico.

### **3.2 Razões da escolha do método de pesquisa: estudo de caso**

Para a realização do presente trabalho, imaginou-se empregar o método qualitativo descritivo, no sentido de ponderar que existe uma analogia diligente entre o mundo em que se vive e o sujeito arrolado no estudo. Esse modo de pesquisa propicia que os objetivos sejam mais efetivamente alcançados na proporção em que permite analisar, minutar, avaliar e confrontar episódios ou acontecimentos a partir do sentido que entrevistados atribuem aos seus atos.

Sendo assim, esse procedimento permite explicar e decodificar as ideias e conhecimentos demonstrados pelos entrevistados, conseguindo uma melhor disposição e apreciação dos dados obtidos. Conforme Cervo, Bervian e Silva (2007), o exemplo de pesquisa qualitativa descritiva



possibilita “[...] conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto individualmente como em grupo e/ou de comunidades mais complexas.” (p. 61).

Cervo et al. (2007) ainda asseveram que esse método de pesquisa pode adquirir várias formas, dentre elas realçam: “Estudos Descritivos, Pesquisa de Opinião, Pesquisa de Motivação, Estudo de Caso e Pesquisa Documental.” (p. 61). Nesse contexto, o modo da exposição desse trabalho se assinala por um Estudo de Caso, tendo em vista que sob a ótica desses autores, um estudo de caso é: “[...] a pesquisa sobre determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo de seu universo, para examinar aspectos variados de sua vida.” (p. 62).

A técnica utilizada de aplicação de questionários torna-se mais cômoda uma vez que estes podem ser respondidos sem que os entrevistadores estejam presentes, permitindo que os partícipes da pesquisa respondam ao questionário de modo cauteloso e com um tempo maior. Essa Metodologia possibilita ainda mais tempo para a revisão bibliográfica. Essas são as conveniências encontradas que motivaram a escolha dessa técnica.

É nessa direção que se buscou conseguir arrolar os dados alcançados na pesquisa com as ocasiões vivenciadas no decorrer da mesma e no compartilhar de experiências de que serei privilegiada ao estagiar com indivíduos dádivosos e abertos e dispostos a oferecerem-me elementos significativos.

465

## 4 O CASO CLÍNICO

### 4.1 Descrição do caso

De acordo com as informações repassadas pelos pais do paciente nas entrevistas preliminares, o encaminhamento da criança para o atendimento psicológico ocorreu como uma resposta às condutas incompatíveis que o paciente vem apresentando no ambiente escolar e familiar, tais como: comportamento agitado e impulsivo, mudanças repentinas de humor, heteroagressividade e declínio no desempenho acadêmico.

A conduta atípica do paciente no ambiente escolar fez que com a equipe de formadores formulassem um relato manuscrito elaborado pela professora do 1º ano do ciclo de alfabetização, o qual foi encaminhado aos pais do paciente e posteriormente apresentado nas entrevistas preliminares. Segundo esse documento, a criança demonstra em alguns momentos ser prestativa, atenciosa, educada e carinhosa e em outros momentos apresenta falta de concentração e conduta opositora/desafiadora. A professora também relata que o paciente tem oscilações de desempenho acadêmico. Às vezes realiza todas as atividades propostas em sala de aula com excelência,



contudo, em alguns momentos é necessário o auxílio da professora para que o paciente produza academicamente; caso contrário ele negligencia o conteúdo ofertado. No que refere-se ao relacionamento social do paciente no ambiente escolar, a professora relata que a criança não segue as regras de convívio social; grita em momentos inoportunos, arremessa objetos escolares, agride os colegas e não respeita as normas institucionais, tais como: não correr pelos corredores, permanecer nas filas de organização, respeitar os horários, manter a higiene e organização da escola, dentre outras. A equipe de ensino da escola informa que ao comparar o progresso acadêmico do paciente, é notável um atraso em relação aos demais alunos da mesma faixa etária e mesmo ano de ensino, esse atraso fica ainda notável ao analisar o desenvolvimento do paciente quanto à leitura e escrita (dificuldade na coordenação motora fina ao traçar as letras).

Antes de direcionar o paciente para o atendimento psicológico, a criança foi encaminhada para o atendimento psicopedagógico. Segundo informações contidas no parecer psicopedagógico, o paciente é inteligente, capaz de conseguir uma boa escolarização e relacionamento social saudável. De acordo com a psicopedagoga, quando se exige um esforço de raciocínio do paciente, este manifesta comportamentos de escape e fuga, perdendo interesse muito rápido nas atividades propostas, o que dificulta o fechamento dos conteúdos e a elaboração do conhecimento. O documento alerta ao fato de o paciente manifestar fortes evidências de um perfil TDAH durante as atividades propostas no ambiente escolar e informa que o paciente possui comportamentos indesejáveis, e que tais comportamentos não são sintomas do TDAH e sim uma forma alternativa que a criança encontrou para chamar a atenção dos pais.

466

Os pais relatam que buscaram suporte médico para lidar com as demandas do paciente, e encaminharam a criança a um neurologista. Segundo os pais, após consulta o médico diagnosticou o paciente com TDAH e prescreveu um tratamento farmacológico com doses diárias de Ritalina 10 mg, ingeridas meia hora antes do início das aulas do paciente. Os pais relatam que o medicamento é ingerido pela criança somente nos dias úteis de aulas, e que durante o período de efeito do medicamento o paciente apresenta um comportamento calmo e concentrado, contudo, após algumas horas do momento da ingestão, o comportamento impulsivo, desatento e agitado do paciente retornam.

De acordo com o relato de Paulo Mattos, fundador da ABDA, o efeito da medicação indicada para o tratamento do TDAH é significativo, no entanto, é imprescindível o acompanhamento terapêutico (Mattos, 2004). Na bula da Ritalina está especificado que o medicamento é parte do tratamento, e não o único instrumento, como muitas vezes é usado.

Ritalina é indicado como parte de um programa de tratamento amplo que tipicamente inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais para estabilizar as crianças com uma síndrome comportamental caracterizada por 27 distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade. (Ritalina..., [201?]).



Para Teixeira (2013), a medicação provocará uma melhoria na capacidade motora, no processamento de informações e na percepção de estímulos externos. O medicamento tem um início de ação rápida, e cerca de 30 minutos após a administração o portador de TDAH já é capaz de perceber os efeitos da substância: melhoria da capacidade atencional, diminuição do comportamento hiperativo, diminuição da inquietação e da agitação.

Os pais relatam que no ambiente familiar o paciente demonstra intolerância à frustração, manifestando auto agressividade sempre que contrariado ou impedido de fazer o que deseja. Possui medo de ficar sozinho, medo do escuro e medo de monstros de ficção científica. Manifesta enurese noturna e comportamentos agressivo ao interagir com seu irmão mais velho. Não respeita a autoridade dos pais e de sua avó materna, ao ser punido por comportamentos indevidos; o paciente demonstra irritabilidade e utiliza de chantagens emocionais como forma de barganha nos castigos (ameaça fugir de casa ou agir com agressividade).

A anamnese realizada com a Professora relata que a criança apresenta dificuldade em leitura e escrita, é irrequieto quando não faz uso do medicamento. A criança é agressiva com os colegas, com a professora e com os demais. Tem dificuldades em realizar cálculos, o raciocínio matemático muito lento, apresenta dificuldades em português, nem sempre compreende o texto lido, exceto quando alguém lê para ele. Nos trabalhos de grupo interage com os colegas, resolve situações na mesma proporção que os demais, porém apresenta maiores dificuldades nos conteúdos quando se compara com os colegas. No ponto de vista emocional, às vezes fica nervoso, não consegue usar o banheiro da escola quando necessita. Quando está em uso do medicamento é tranquilo.

467

#### **4.2 Recursos clínicos utilizados na avaliação psicodiagnóstica**

O presente estudo foi realizado com autorização da Instituição bem como a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Patos de Minas (FPM) sob o nº de parecer 3.165.903. Vale destacar que foram cumpridas todas as exigências éticas previstas em pesquisas envolvendo seres humanos regulamentadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A participação na pesquisa foi livre e esclarecida sendo utilizado tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) quanto o termo de Assentimento.

A coleta de dados dessa pesquisa foi realizada inicialmente através de duas entrevistas clínicas e uma entrevista de anamnese, que consistiram em um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigida pelo psicólogo responsável pelo atendimento, utilizando de conhecimentos psicológicos em uma relação profissional.



Em seguida foram desenvolvidas três sessões livres (para promover o envolvimento e estabelecer o vínculo terapêutico com o paciente para com o processo psicodiagnóstico) utilizando-se da técnica de observação clínica e a realização da atividade lúdica: “A hora do jogo.” Esse recurso terapêutico mostrou-se bastante eficaz ao possibilitar um bom rapport para com a criança, além de permitir que o avaliando projete, durante as vivências lúdicas, questões relacionadas à queixa que estará sendo investigada, permitindo assim a coleta de novos dados.

Posteriormente foi realizada a administração de técnicas e instrumentos psicológicos. Visando atender aos critérios de idade e demanda apresentado pelo paciente, foram selecionados os seguintes instrumentos investigativos:

O teste projetivo da “Casa- Árvore-Pessoa” (H-T-P) de John N. Buck produzido em 1964 para “[...] obtenção de informações sobre como a criança experiencia sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar [...]” (Buck, 2009, p. 1), e para “[...] estimular a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflito dentro da situação terapêutica.” (Buck, 2009, p. 1), utilizando assim informações como recursos psicodiagnóstico.

Aplicação do questionário SNAP-IV de Swanson, Nolan e Pelham adaptado para o Brasil que é “[...] instrumento desenvolvido para avaliação de sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade em crianças e adolescentes [...]”, nos pais e professores do participante da pesquisa (Mattos et al., 2006, p. 296). Apesar de não ser um teste psicológico, é uma escala amplamente estudada e recomendada pela ABDA e validada pelo Grupo de Estudos do Déficit de Atenção da UFRJ e pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da UFRGS.

Administração da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças - 4a Edição (WISC-IV) criada por David Weschsler para avaliar a capacidade intelectual e o processo de resolução de problemas do paciente, além da obtenção de construtos específicos do paciente, como índice de Compreensão Verbal (ICV), índice de Organização Perceptual (IOP), índice de Memória Operacional (IMO), índice de Velocidade de Processamento (IVP), que auxiliarão na investigação do quadro sintomático do paciente, conforme as recomendações contidas no manual técnico do WISC-IV (Wechsler, 2013).

Conforme previsto nas mais variadas literaturas que abordam a avaliação psicodiagnóstica do TDHA, este deverá ser feito utilizando-se de informações essencialmente clínicas, ou seja, a consolidação dos dados e formulação diagnóstica será realizada conforme classificação e enquadramentos dos sintomas identificados e dos construtos mensurados pelo paciente em consonância com o Manual de Diagnóstico e Estatística – IV Edição (DSM-4), verificando a paridade de informações entre as evidencias coletadas e os critérios por este manual estabelecidos (Hutz, 2016).

Por fim foi realizada a entrevista devolutiva ao paciente e seus responsáveis seguindo as recomendações previstas na resolução Nº 10/05 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e a



elaboração dos documentos referente à avaliação psicodiagnóstica, seguindo as recomendações do Manual de Elaboração de Documentos Decorrentes de Avaliações Psicológicas regulamentado pela resolução Nº 017/2002 do CFP.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 As entrevistas clínicas e anamnese

Buscando atender as recomendações apresentadas por autores como Barkley et al. (2008), a avaliação do paciente foi realizada inicialmente com uma minuciosa investigação clínica da história do paciente, dentro de um processo amplo que possibilitou a utilização de vários recursos instrumentais (entrevistas, escalas, testes psicológicos).

O objetivo dessa investigação ampla submerge, além do objetivo central de constatar a presença ou ausência do TDAH, a outras questões como investigar as condições acadêmicas, psicológicas, familiares e sociais para se esboçar um plano de intervenção adequado para o tratamento do quadro (Calegari, 2002). É importante destacar que o clínico buscou manter uma visão mais extensa do paciente, não restringindo a avaliação a um modelo sintomático, evitando assim perder de vista os aspectos psicodinâmicos do processo.

469

A investigação clínica do paciente iniciou-se, conforme sugerido por Calegari (2002), através da entrevista com os pais do paciente, abrangendo várias áreas: a) preocupações e queixas principais dos pais (duração, frequência, início, oscilações, repercussões dos sintomas); b) dados demográficos sobre a criança e a família (idade data de nascimento, parto, escola onde estuda a criança, nome de professores e coordenadores); c) desenvolvimento (motor, intelectual, acadêmico, emocional, social e da linguagem); d) história familiar pregressa (possíveis transtornos mentais na família, dificuldades conjugais, dificuldades econômicas ou profissionais, estressores psicossociais incidentes sobre a família); e) história escolar (pode ser revisada série por série, buscando verificar desempenho acadêmico e social); f) tratamentos anteriores ou suspeitas diagnósticas.

Através das entrevistas realizadas com pais, familiares e professores foi possível estruturar e preencher a entrevista de anamnese do paciente, instrumento que segundo Silva e Bandeira (2016) tem caráter investigativo, prioriza o levantamento de informações cronologicamente organizadas e guiam a tomada de decisão sobre como prosseguir com a avaliação do paciente.

Seguindo as recomendações apresentadas por esses autores, a anamnese foi formulada com um modelo de entrevista semiestruturada, o que possibilitou ao psicólogo uma flexibilidade para adequar as questões referentes ao background sócio educacional do paciente, bem como



permitiu adicionar perguntas relevantes ao processo investigativo, algo que não seria possível se fosse utilizada uma anamnese totalmente estruturada.

As entrevistas possibilitaram identificar várias evidências de um possível quadro clínico de TDHA. Dentre as principais evidências identificadas, podemos destacar a existência de um diagnóstico clínico em uma das figuras parentais do paciente.

Durante a entrevista de anamnese, o pai do paciente relatou que aos 8 anos de idade havia sido diagnosticado com TDAH e que nunca passou por nenhum acompanhamento terapêutico ou médico, e que ainda sofre os efeitos sintomáticos do transtorno contudo, com o passar dos anos conseguiu desenvolver um amadurecimento emocional que possibilitou um melhor manejo do transtorno.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, como expõem Barkley et al. (2008), geralmente quando é precocemente diagnosticado, quase sempre é originado de transtorno ou de sintomas presentes nos progenitores. A ocorrência do TDAH em familiares de crianças que apresentam tal diagnóstico, segundo o autor, é maior que a deparada na população, podendo chegar até dez vezes mais, de acordo com o que declarou o pai do paciente durante a entrevista de anamnese.

A entrevista de Anamnese também possibilitou o acesso do psicólogo a documentos médicos que atestam uma variação no comportamento e atenção do paciente, além de prescrições médicas que buscam, através de indicações farmacológicas e terapêuticas, a remodelação de comportamentos e a maximização da atenção do paciente. As informações obtidas mostram que o paciente havia sido submetido a avaliações médicas e diagnosticado por esses profissionais com TDAH, contudo os pais do paciente optaram por conseguir uma opinião profissional de um psicólogo.

Durante as entrevistas, o psicólogo responsável pelo atendimento também teve acesso a relatórios escolares e avaliações psicopedagógicas do paciente, realizadas no espaço escolar. Esses documentos relatavam o comportamento do paciente no ambiente escolar e suas principais dificuldades acadêmicas e sociais, tais como dificuldade em manter-se concentrado em atividades como escrita e leitura, falta de paciência com os colegas, inquietação comportamental e agressividade. Conforme apresentado pelo DSM-5 (APA, 2014), as características apresentadas pelo paciente e descritas nos relatórios e avaliações psicopedagógicas são fortes indícios de um possível quadro sintomático de TDAH.



## 5.2 A observação em campo

### 5.2.1 O ambiente familiar

No ambiente familiar pode-se constatar que o paciente possui dificuldade em realizar tarefas simples como cuidar de sua própria higiene pessoal (não toma banho sozinho nem escova os dentes sem o auxílio dos pais) e organizar seu quarto. Apresenta um comportamento hiperativo e desatendo, corre pela casa, não permanece sentado durante as refeições, negligencia as orientações emitidas por adultos, inclusive dos pais.

Uma das características predominantes identificadas no paciente em seu ambiente familiar é a falta de paciência. A criança não consegue aguardar o horário previamente estabelecido das refeições, está sempre querendo antecipar os compromissos da família, não consegue ficar concentrado por muito tempo ao realizar atividades escolares como dever de casa e demais estudos que devem ser realizados em ambiente extraclasse, não consegue ficar sentado por muito tempo assistindo algo na televisão ou no celular.

As principais queixas apresentadas pelos pais do paciente em relação ao ambiente escolar são relacionadas aos comportamentos agressivos da criança. Segundo os pais, o paciente age de forma agressiva sempre que é contrariado ou quando algo não sai conforme ele gostaria que saísse, e que normalmente esse comportamento é percebido nas interações do paciente com seu irmão mais velho. Quando o paciente está brincando com seu irmão mais velho e por algum motivo surgiu um conflito entre ambos, a resposta comportamental emitida pelo paciente é de agressão ou birra.

Os pais do paciente relatam que estão dez esperançosos quanto a uma melhora do quadro clínico do paciente, pois acreditam que os medicamentos e a terapia não conseguirão mudar a conduta da criança. Benczik (2000) destaca a necessidade dos pais receberem orientação para melhor lidar com seus filhos com TDAH, ressaltando a psicoeducação, o desenvolvimento de consciência sobre as dificuldades que o filho enfrenta diariamente, a fim de abandonarem a falsa crença de que a criança é desinteressada, preguiçosa e não se esforça ou que é ruim ou teimosa, não sabendo diferenciar desobediência de incompetência. Enfim, a maior parte dos comportamentos de crianças com TDAH é decorrente da dificuldade e inabilidade, mais do que por teimosia. Dessa forma, os pais poderão perceber a melhora do quadro clínico do paciente e conseqüentemente visualizaram uma projeção de resultados mais positivos.

### 5.2.2 O ambiente escolar

De acordo com as observações realizadas no ambiente escolar e os relatos fornecidos pelos professores e demais profissionais envolvidos na educação do paciente pode-se constatar algumas



características comportamentais e cognitivas do mesmo passíveis de serem analisadas como um quadro sintomático, sendo elas: baixo rendimento escolar, autoestima baixa, divagação durante a realização de tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco, desorganização, atividades motoras excessivas, dificuldade em se relacionar com os colegas, pequena tolerância à frustração, condutas agressivas e provocadoras, principalmente pela dificuldade que encontrou em acolher regras, limites e oscilações na distribuição de atenção com a constante manifestação de oscilações no manejo de objetos, pensamento imprudente, conduta explosiva, ações condicionadas ao campo perceptivo.

As informações fornecidas pelos profissionais de educação responsáveis pela formação básica do paciente atestam que as características anteriormente apresentadas persistem há pelo menos um ano. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o perfil identificado é compatível com os critérios diagnósticos de um paciente portador de TDAH, uma vez que o paciente apresentou vários dos sintomas básicos do transtorno e esses sintomas estão persistindo por um tempo maior que seis meses, tempo esse que o DSM-5 classifica como o mínimo necessário para a formulação do diagnóstico.

Ao analisar os comportamentos e o modo de funcionamento cognitivo do paciente identificado, pode-se constatar que a percepção do avaliando é conseguida sobre o fundamento das oscilações, portanto, a realidade apreendida reflete modificações, a atividade motora é demonstrada em hiperatividade, com falhas no desenvolvimento motor e falhas na psicomotricidade. Seu modo cognitivo é desordenado e organiza-se através de um pensamento imprudente, explosivo, austero e condicionado no campo perceptivo. Desse modo, sua percepção do fato será conseguida sobre o fundamento dessas oscilações.

472

Portanto, a realidade apreendida reflete modificações; é uma constituição de parte da realidade. Sua atividade motora é demonstrada em hiperatividade, mostrando fraqueza motora e falhas no que se refere à psicomotricidade. Seu modo cognitivo é desordenado, o que é demonstrado através de um pensamento imprudente, explosivo, austero e condicionado no campo perceptivo. De acordo com Bonadio e Mori (2013), todos esses sinais são sintomas do TDAH que comprometem a criança e interferem drasticamente no processo de ensino e aprendizagem.

### 5.3 A hora do jogo

O estabelecimento do vínculo terapêutico foi obtido através de um processo amplo e sistemático, que envolve, entre outros recursos, a Hora do jogo. Essa técnica utilizada possibilitou a fixação da atenção do paciente para o processo psicodiagnóstico, fazendo com que a criança despertasse o interesse nas brincadeiras lúdicas e conseguisse projetar suas demandas psicoemocionais dentro do ambiente terapêutico. Esse recurso mostrou-se bastante útil, pois



possibilitou o manejo da comunicação intrapessoal adequada para a capacidade de compreensão do paciente, além de fornecer acesso às formas de pensar e ao mundo da criança, abrindo espaço para futuras compreensões e modificações cognitivas, emocionais e comportamentais, conforme apresentado por Hadler e Pergher (2011).

Schmidt e Nunes (2014) afirmam que a Hora do Jogo é um teste que tem como objetivo conhecer a realidade da criança a partir do seu brincar livre e espontâneo. Nesse caso, a atividade lúdica é considerada uma forma de expressão das crianças. Durante os jogos lúdicos contidos na Hora do jogo o paciente manifestou algumas evidências clínicas como comportamento hiperativo ao brincar, desatenção e perda de interesse em brincadeiras que requerem um certo nível de atenção concentrada, dificuldade em lidar com o fracasso, preferências por brincadeiras e brinquedos que representem comportamentos agressivos como espadas e objetos que podem ser arremessados, desorganização, desrespeito às regras dos jogos, e em alguns casos, negligência totalmente as regras dos jogos e utiliza os brinquedos conforme suas próprias regras.

Em atividades lúdicas onde foi solicitado que o paciente construísse uma realidade fictícia a partir de estímulos como bonecos, cenários e animais, o mesmo projetou seu ambiente familiar colocando-se (através do boneco que representava o paciente) como sendo o centro da família. Todas as atividades e todas as pessoas necessariamente precisavam estar vinculadas ao boneco que representava o paciente para fazerem parte do cenário construído. Em todas as realidades fictícias criadas pelo paciente, sua mãe possuía um papel crucial na trama e seu pai, um papel secundário, o irmão mais velho sempre era projetado como um ego auxiliar e sua avó materna, como uma pessoa de suporte logístico.

473

#### **5.4 O teste projetivo da Casa- Árvore-Pessoa (HTP)**

O teste HTP foi administrado devido ao fato de ser um instrumento projetivo de aplicação simples que possibilitou a identificação de várias características latentes e inconscientes do paciente, além de conseguir informações extremamente relevantes sobre as relações e vínculos familiares da criança. A utilização desse recurso clínico para esses fins investigativos é amplamente sugerida e recomendada por autores como Freitas e Cunha (2000).

Ao analisar os resultados obtidos através da técnica do desenho, pôde-se obter as seguintes características latentes do paciente: agressividade, hostilidade, insegurança emocional, dependência afetiva, imaturidade, sensibilidade defensiva, tendência a comportamentos impulsivos, busca de satisfação emocional, necessidades de atender com imediatismo os mais variados tipos de impulsos, negativismo, rejeição à sugestão e dificuldade em aceitar instruções por acreditar que submeter-se seria um sinal de fraqueza, indicando fortemente uma falha patológica no contato com a realidade.



Através do desenho pôde-se notar também que o paciente pressupõe ausência ou fragilidade na estruturação familiar, social e ou do “Self”, suspeitas de um desajustamento funcional da personalidade ou uma desordem do sistema nervoso central, além de uma necessidade de confirmação da sexualidade, sendo capaz de expressar uma confusão em relação ao papel de seu próprio sexo.

Ao analisar os desenhos produzidos pelo pacientes através de literaturas complementares ao manual do teste como Segabinaze et al. (2016), pode-se aferir que o indivíduo apresenta autodefesa, agressividade, aspecto de regressão, defesa contra o mundo, desejo de proteção sobre os próprios impulsos, dedicação, afeição, empreendimento, conflito no objeto de interesse, arrogância, vaidade e egocentrismo; encontra dificuldade em enfrentar a realidade.

### **5.5 A aplicação do questionário SNAP-IV**

Buscando mensurar e quantificar os sintomas do TDAH, o paciente foi submetido à avaliação da Escala SNAP-IV TDAH versão brasileira apresentada por Paulo Mattos em 2006 (Mattos et al., 2006), instrumento indicado pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção estruturado a partir dos sintomas do DSM-5 e da APA, como recurso complementar para auxiliar no diagnóstico do transtorno.

Os resultados obtidos através da escala SNAP-IV demonstram que o paciente apresenta sintomas de hiperatividade e impulsividade acima do esperado para uma criança da mesma faixa etária, o que pode ser interpretado como uma evidência extremamente significativa de um quadro sintomático de Transtorno de Déficit de atenção hiperatividade TDAH.

474

### **5.6 Administração da Escala Wechsler (WISC-IV)**

Foi administrada a Escala Wechsler (2013) de Inteligência para Crianças para avaliar a capacidade intelectual e o processo de resolução de problemas do paciente, obtendo-se os seguintes resultados em cada índice fatorial e fator geral de inteligência descritos a seguir.

De acordo com o resultado objeto, o paciente apresentou um índice fatorial de compreensão verbal caracterizado como média superior, o que pode ser interpretado, de acordo com o manual da Escala Wechsler, como um paciente capaz de interpretar, com certo nível de facilidade, um discurso simples e compreender um discurso complexo.

No que se refere ao índice fatorial de organização perceptual, o paciente apresentou um perfil superior, o que pode ser interpretado de acordo com o manual do instrumento como um paciente capaz de perceber os estímulos à sua volta e organizá-los mentalmente sem muito esforço cognitivo.



O instrumento também possibilitou aferir o índice fatorial de memória operacional do paciente, classificada de acordo com o manual do instrumento como média, esse resultado sugere que o paciente consegue armazenar, organizar e assimilar informações à medida em que realiza determinadas tarefas, sejam elas informações antigas ou recentes.

O último índice fatorial avaliado foi a velocidade de processamento. O resultado mediano obtido pelo paciente demonstra que ele possui uma celeridade na realização de processamentos de informação razoável para sua idade.

Por fim a escala WISC-IV demonstrou, através do índice do fator geral de inteligência que o paciente está com seu desenvolvimento cognitivo dentro do esperado para a sua faixa etária e que as fragilidades cognitivas identificadas são insuficientes para caracterizar um prejuízo cognitivo.

### **5.7 A integração dos dados coletados e o Diagnóstico Psicológico**

A integração de dados em uma avaliação psicológica é algo fundamental além de ser um princípio técnico para formulação de um diagnóstico profissional bem fundamentado (Segabinazi et al., 2016), buscando atender esse princípio, o diagnóstico do paciente foi realizado através da integração dos resultados anteriormente apresentados, analisando-os de acordo com os critérios diagnósticos apresentados pelo principal manual técnico disponível sobre saúde mental, o DSM-5.

Através do processo de avaliação psicodiagnóstico, composto por entrevistas, aplicação de instrumentos e observação clínica e em campo, pode-se concluir o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade com especificador de gravidade Moderada, caracterizado pela existência de sintomas e/ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” presentes na vivência familiar, social e acadêmica do paciente.

475

### **5.8 A entrevista devolutiva**

A avaliação psicodiagnóstica do paciente foi encerrada com a realização da entrevista devolutiva. Essa entrevista, segundo Albornoz (2016), é fundamental para o processo psicodiagnóstico, pois engloba, de forma sintetizada, todos os momentos vivenciados durante as etapas anteriores, conduzindo a um fechamento e um abrir portas para novos direcionamentos.

A entrevista devolutiva foi feita inicialmente com os pais do paciente, apresentando durante esse momento todos os resultados obtidos na avaliação diagnóstica e seus possíveis desdobramentos. Em seguida foi promovido um diálogo aberto com o propósito de esclarecer quaisquer dúvidas que os pais do paciente possuírem em relação à classificação nosológica de TDAH de seu filho.



Após esclarecimentos sobre o processo avaliativo e o diagnóstico da criança, os pais foram orientados sobre medidas cabíveis que podem auxiliar no tratamento e acompanhamento de seu filho, bem como foi realizado o encaminhamento da criança para o atendimento psicoterápico e psiquiátrico.

Em seguida foi realizada a entrevista devolutiva com a criança; para a realização desse processo foi necessário promover uma adequação linguística condizente com a faixa etária do paciente. Essa iniciativa foi necessária para que a criança conseguisse compreender dentro de suas limitações cognitivas e emocionais, qual o seu diagnóstico clínico. A entrevista devolutiva também possibilitou uma preparação do paciente para o rompimento clínico entre a criança e o psicólogo, bem como a preparação do paciente para os novos acompanhamentos em saúde mental a que ele será submetido após o encerramento da avaliação.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O procedimento de avaliação diagnóstica de um paciente com suspeitas de Transtorno de Déficit de Atenção e/ou hiperatividade TDAH é extremamente abrangente, envolvendo na maioria dos casos a coleta de dados com os pais do paciente, a investigação clínica realizada diretamente com a criança, a observação do paciente em seus ambientes social, escolar e familiar e a administração de instrumentos psicométricos e projetivos.

476

A obtenção de um diagnóstico assertivo depende do levantamento de múltiplas evidências sintomáticas que, analisadas integralmente, possibilitem a constatação de resultados confiáveis sobre o atual estado psicoemocional do paciente investigado. Esses resultados (diagnóstico) servirão posteriormente como ponto de partida para uma proposta de intervenção psicoterápica e médica que buscará a promoção de saúde mental do paciente e, conseqüentemente, a maximização de sua qualidade de vida.

Pode-se concluir, através deste trabalho, que o TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento extremamente complexo e que exige do profissional da saúde mental um alto nível e preparo técnico científico para diagnosticá-lo de forma ética e assertiva. Durante a construção desse trabalho pôde-se perceber a necessidade de maiores reflexões acerca da temática, uma vez que existe uma carência de conteúdos científicos disponíveis que explicitem de forma clara o processo de avaliação diagnóstica de pacientes com esse transtorno, descrevendo os processos clínicos e recursos instrumentais indicados para uma avaliação confiável.



## 7 REFERÊNCIAS

- Albornoz, A. C. (2016). Devolução das informações do psicodiagnóstico. In: C. S. Hutz et al. (Orgs.). *Psicodiagnóstico*. (pp. 160-171). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Americana de Psiquiatria - APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed.* Porto Alegre: Artmed.
- Associação Americana de Psiquiatria - APA. (1994). *Diagnóstico e Manual Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. Washington, DC.
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção - ABDA. (2018). *Diagnóstico-Crianças*. Brasília, DF, 2017. Recuperado em 12 de dezembro, 2019 de <https://tdah.org.br/diagnostico-criancas/>.
- Andrade, E. R., & Scheuer, C. (2004). Análise da eficácia do metilfenidato usando a versão abreviada do questionário de Conners em Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. *Revista Arquivos de Neuropsiquiatria*, 62(1), 81-85.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Robin, A. L., Lovett, B. J., Smith, B. H., Cunningham, C. E. et al. (2008). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da Escala de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: versão para professores*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benczik, E. P. (2010). *Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade: diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 477
- Bonadio, R. A. A., & MORI, N. N. R. (2013). *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: diagnóstico e prática pedagógica*. Maringá: Eduem.
- Bonet, T., Soriano, Y., & Solano, C. (2008). *Aprendendo com crianças hiperativas: um desafio educativo*. São Paulo: Cengage Learning.
- Buck, J. N. (2009). *Casa-Árvore-Pessoa: técnica projetiva de desenho*. (2a ed.). São Paulo: Vetor.
- Calegari, M. (2002). Avaliação psicológica do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In M. Calegari. *Avaliações e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566.
- Cervo, A., Bervian, P. A., & Silva, R. (2007). *Metodologia Científica*. (6a ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Conners, C. K. (2009). Diagnóstico e avaliação do TDAH. In: C. K. Conners. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. (pp. 15-44). Porto Alegre: Artmed.
- Costa, T. (2009). O desejo do analista e a clínica psicanalítica com crianças. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 7(2), 86-102.



- Coutinho, G., Mattos, P., & Araujo, C. (2007). Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(1), 13-16.
- Dumas, J. E. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Eidt, N. M., & Ferracioli, M. U. 2010. *O ensino escolar e o desenvolvimento da atenção e da vontade*. Campinas, SP: Alínea.
- Fachin, O. (2006). *Fundamentos de metodologia*. (5a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Freitas, K. N., & Cunha, J. A. (2000). Desenho da Casa, Árvore e Pessoa (HTP). In: J. A. Cunha. *Psicodiagnóstico V*. (5a ed. rev.). (pp. 519-527). Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2009). *Estudo de Caso*. São Paulo: Atlas.
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP*, 19(3), 341-361.
- Hadler, A., & Pergher, G. K. (2011). O uso da brincadeira na terapia Cognitivo-Comportamental In: R. Wainer, N. M. Piccoloto, & G. K. Pergher. *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva*. v. 1. (pp. 417-442). Porto Alegre: Sinopsys.
- Hernández, F. (2007). *Catadores da cultura visual: transformando fragmentos em nova narrativa educacional*. Porto Alegre: Mediação.
- Hutz, C. S. (2016). *Avaliação em Psicologia Positiva-94*. Porto Alegre: Artmed.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2011). *Metodologia científica*. (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno do déficit de atenção / hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 65-74.
- Martins, G. A. (2008). Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 2(2), 9-18.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). A apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 290-297.
- Mattos P. et al. *Consenso brasileiro de especialistas sobre diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção/ Hiperatividade em adultos (TDAH)*. 2007. Recuperado em 03 de junho, 2019 de [http://www.tdah.org.br/consenso\\_final.pdf](http://www.tdah.org.br/consenso_final.pdf).
- Mattos, P. (2004). *No mundo da Lua: perguntas e respostas sobre o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Lemos Editorial.



- Nogueira, M. O. G. (2011). *Dificuldades de aprendizagem: um olhar psicopedagógico*. Curitiba: IBPEX.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento - CID -10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Phelan, T. W. (2004). *TODA/TDAH: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade*. São Paulo: M. Books.
- Ritalina, Cloridrato de metilfenidato: comprimido*. ([201?]). Taboão da Serra: Anovis Industrial Farmacêutica. Bula de remédio.
- Rego, T. C. (2002). *Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Petrópolis: Vozes.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: atualização. *Jornal de psiquiatria*, 80(2), supl., p. S61-S70.
- Rotta, N. T., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. S. (2006). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. (1a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Santos, L. F., & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26(4), 717-724.
- Segabinaze, J. D., Zortea M., Zanon C., Bandeira D. R., Giacomoni C. H., & Hutz C. S. (2016). Escala de afetos positivos e negativos para adolescentes: adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12.
- Schmidt, M. B., & Nunes, M. L. T. (2014). O brincar como método terapêutico na prática psicanalítica: uma revisão teórica. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 18-24.
- Silva, M. A., & Bandeira, D. R. (2016). A entrevista de anamnese. In C. S. Hutz et al. *Psicodiagnóstico*. (pp. 52-67). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, G. (2013). *Desatentos e hiperativos: manual para alunos, pais e professores*. (2a ed.). Rio de Janeiro: BestSeller.
- Topczewski, A. (2011). *Hiperatividade: como lidar?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Wechsler, D. (2013). *WISC-IV: manual técnico*. São Paulo: Pearson.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (3a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (6a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (5a. ed.). Porto Alegre: Bookman.