

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE: RELATO DE CASO INFANTIL

Cristina Pilla Della Méa

Psicóloga; Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais - UNISINOS; Especialista em Psicologia Clínica pela Faculdade Meridional - IMED; Docente e Supervisora de Estágios da Escola de Psicologia e do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental na Faculdade Meridional - IMED, Passo Fundo (RS), Brasil; E-mail: cristina.mea@imed.edu.br

Analia Marafon Cazarotto

Psicóloga pela Faculdade Meridional - IMED, Passo Fundo (RS), Brasil.

Márcia Fortes Wagner

Psicóloga; Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica - PUCRS; Docente da Escola de Psicologia da Faculdade Meridional - IMED; Coordenadora do NEPHS - Núcleo de Estudos e Pesquisas em Habilidades Sociais; Coordenadora da Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental da Faculdade Meridional - IMED, Passo Fundo (RS), Brasil.

RESUMO: O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) se caracteriza por sintomas de: desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. O tratamento deve ser multimodal, combinando o uso de psicofármacos com intervenções psicossociais e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das psicoterapias indicadas para tratar essa patologia. O presente estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso de uma criança de sete anos, com diagnóstico de TDAH, atendida na Clínica Escola de Psicologia de uma instituição de ensino superior do Rio Grande do Sul na abordagem cognitivo-comportamental. A análise e discussão dos resultados baseia-se nas sessões de psicoterapia realizadas com o paciente e responsável. A partir disso, pretendeu-se verificar o resultado da intervenção cognitivo-comportamental para o TDAH. Concluiu-se que a TCC apresentou resultados significativos no tratamento deste caso, evidenciando mudanças de comportamentos, como o aumento da organização e do rendimento escolar do paciente, facilitando a sua adaptabilidade social e o relacionamento com a família.

PALAVRAS-CHAVE: Relato de Caso Infantil; Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: REPORT ON A CASE INVOLVING A CHILD

ABSTRACT: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is characterized by the symptoms comprising lack of attention, hyperactivity and impulsiveness. The multimodal treatment includes drugs and psychosocial interventions. The Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is one of the psychotherapies indicated for the pathology. Current analysis presents the case of a 7-year-old child, diagnosed with ADHD, attended to at the School of Clinical Psychology of an institution run by a university in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, with a cognitive-behavioral approach. The analysis and discussion of results were based on psychotherapy sessions with the patient and its tutors. Results of the cognitive-behavioral intervention for ADHD were verified. CBT forwarded significant results in the treatment of the case, revealed changes in behavior such as an increase in organization and school performance, with a better social adaptability and relationship with the family.

KEY WORDS: A Child's Case; Cognitive-Behavioral Therapy; Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) se caracteriza por um frequente comportamento de desatenção, hiperatividade e/ou impulsividade causando prejuízo na vida social e escolar do paciente. Os sintomas aparecem na fase inicial do desenvolvimento da criança e devem estar presentes antes dos sete anos, ocasionando prejuízos funcionais simultaneamente em dois ou mais contextos de vida do sujeito (SADOCK; SADOCK, 2011). É importante destacar que qualquer criança pode apresentar sintomas de desatenção, impulsividade e ser ativa, mas isso, por si só, não vai diagnosticar o TDAH, pois nessa etapa do desenvolvimento infantil está ocorrendo um processo de amadurecimento (BARKLEY, 2008). Nesse sentido, mesmo a criança apresentando problemas de comportamento, ainda há uma grande dificuldade para diagnosticá-la com TDAH (SADOCK; SADOCK, 2011).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) refere que a idade mínima de início dos sintomas é por volta dos 12 anos. Os sintomas podem estar presentes em apenas um dos grupos (déficit de atenção, hiperatividade ou impulsividade), permitindo diagnosticar comorbidades. A classificação traz o desatento (apresenta seis ou mais dos sintomas de desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade / impulsividade, persistindo por, pelo menos, seis meses), o hiperativo-impulsivo (seis ou mais dos sintomas hiperativos / impulsividade, com menos sintomas de desatenção e, persistindo, por, pelo menos seis meses) e a combinada (atinge a maioria dos sujeitos, com seis ou mais sintomas de desatenção e hiperatividade), como os principais padrões de comportamento presentes no diagnóstico. Os sintomas podem ser avaliados em leve, moderado ou grave, de acordo com o comprometimento na vida do paciente, conforme indicado no Quadro 1 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A hiperatividade é o sintoma que mais caracteriza o TDAH das diferentes condições clínicas, pois está mais evidente em situações escolares e do que nos momentos prazerosos, como no esporte. Quando ela é o aspecto predominante da psicopatologia, a criança tem mais probabilidade de seguir um tratamento, se comparada

àquelas em que sobressai a desatenção. Em função dos sintomas, muitas vezes, essas crianças podem ser classificadas como preguiçosas em trabalhos escolares e/ou rotuladas como “burras”, ocasionando dificuldades na sua adaptação e no rendimento escolar (BARKLEY, 2008).

Conforme Pinheiro (2010), a criança com TDAH não respeita regras em brincadeiras ou jogos, e, frequentemente, apresenta dificuldade de aguardar sua vez para falar. Costuma fazer barulho, não consegue ficar parada, tem grande necessidade de se movimentar, quando deveria ficar em silêncio. Percebe-se, ainda, que quando incentivadas a aguardar alguma gratificação ou trabalhar com objetivos para longo prazo optam, com frequência, por recompensas imediatas ou que exigem menos trabalho. Consequentemente, vivenciam sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, o que pode provocar desinteresse e ansiedade. Crianças com TDAH apresentam problemas com a regulação emocional e dificuldade em lidar com as frustrações, manifestando mais agressividade, raiva, tristeza e menos empatia com as pessoas (BARKLEY, 2008).

Tais sintomas do TDAH não são evidentes em um ambiente estruturado e controlado, ou seja, há situações que não se consegue verificar imediatamente o comportamento. Então, o paciente necessita ser avaliado diversas vezes e em diferentes contextos para realmente confirmar o diagnóstico. Nesse sentido, faz-se importante uma avaliação inicial, com uma anamnese detalhada com os pais, histórico familiar, os fatores de risco e proteção, informação de algum problema físico, uso de medicação e comorbidades. Nessa avaliação, serão conhecidos os sintomas, duração, frequência, intensidade e início (LYSZKOWSKI; ROHDE, 2008; MILLER; HINSHOW, 2012). A partir da entrevista, uma avaliação interdisciplinar pode ser solicitada, complementando com exames de neuroimagem e avaliação neuropsicológica, mas os instrumentos sozinhos podem não ser suficientes para fechar o diagnóstico (PÉREZ et al., 2009).

Pérez et al. (2009) acrescentam que a causa do TDAH é multifatorial e que há uma alteração neurobiológica adjacente, causada pela influência de fatores genéticos, ambientais e psicossociais. Há uma grande prevalência entre parentes biológicos, provando a relação de fatores genéticos com a origem do transtorno (MICK; FARAONE, 2008).

Quadro 1. Critérios diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

(continua)

Critérios Diagnósticos para (314.01): Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade
<p>A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):</p> <p>1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas / profissionais. Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <p>a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).</p> <p>b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).</p> <p>c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).</p> <p>d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).</p> <p>e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).</p> <p>f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).</p> <p>g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).</p> <p>h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).</p> <p>i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações).</p>
<p>2. Hiperatividade e impulsividade: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e tem impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas / profissionais: Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções. Para adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais), pelo menos cinco sintomas são necessários.</p> <p>a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.</p> <p>b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).</p> <p>c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude).</p> <p>d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.</p> <p>e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).</p> <p>f. Frequentemente fala demais.</p> <p>g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).</p> <p>h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p.ex., aguardar em uma fila).</p> <p>i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).</p>
<p>B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.</p>
<p>C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).</p>
<p>D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.</p>
<p>E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).</p>

(conclusão)

<p>CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para (314.01): Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade</p>
<p><i>Determinar o subtipo:</i></p> <p>314.1 (F90.2) Apresentação combinada: Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade / impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.</p> <p>314.0 (F90.0) Apresentação predominantemente desatenta: Se o Critério A1 (desatenção) é preenchido, mas o Critério A2 (hiperatividade / impulsividade) não é preenchido nos últimos 6 meses.</p> <p>314.1 (F90.1) Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: Se o Critério A2 (hiperatividade / impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.</p>
<p><i>Especificar se:</i></p> <p>Em remissão parcial: Quando todos os critérios foram preenchidos no passado, nem todos os critérios foram preenchidos nos últimos 6 meses, e os sintomas ainda resultam em prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou profissional.</p>
<p><i>Especificar a gravidade atual:</i></p> <p>Leve: Poucos sintomas, se algum, estão presentes além daqueles necessários para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam em não mais do que pequenos prejuízos no funcionamento social ou profissional.</p> <p>Moderada: Sintomas ou prejuízo funcional entre “leve” e “grave” estão presentes.</p> <p>Grave: Muitos sintomas além daqueles necessários para fazer o diagnóstico estão presentes, ou vários sintomas particularmente graves estão presentes, ou os sintomas podem resultar em prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional.</p>

Fonte: American Psychiatric Association (2014, p. 59-60).

Dados indicam que há uma concordância maior em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos. Além disso, irmãos de crianças hiperativas têm cerca de duas vezes mais risco de desenvolver o transtorno do que crianças pertencentes à população em geral, considerando a presença de sintomas predominantemente hiperativos ou desatentos (BARKLEY, 2008).

Contudo, Barkley (2008) enfatiza que os sintomas também podem surgir sem haver essa predisposição genética, embora seja na minoria dos casos. O autor informa que isso ocorre em crianças que estão mais expostas a perturbações significativas ou que apresentam lesão neurológica. Nesse sentido, Sadock e Sadock (2011) trazem que fatores psicológicos, como eventos estressantes, a falta de equilíbrio familiar e situações geradoras de ansiedade, podem contribuir para o surgimento do TDAH. Em pacientes com esse diagnóstico, constata-se a existência de uma diminuição dos neurotransmissores como a dopamina e a noradrenalina, as quais são substâncias químicas que levam informações de uma célula a outra. Isso faz com que a atividade do córtex pré-frontal, que é responsável pelas funções executivas, também seja reduzida (COELHO et al., 2010; MALLOY-DINIZ et al., 2008; PINHEIRO, 2010).

Da mesma forma, percebe-se que alguns

pré-natais também influenciam no desenvolvimento do transtorno, como as exposições tóxicas, a prematuridade e o dano pré-natal ao Sistema Nervoso Central (SNC) (SADOCK; SADOCK, 2011). Junto a isso, pode-se destacar o uso de álcool e de outras drogas durante a gravidez, bem como algumas questões endocrinológicas (PÉREZ et al., 2009). Outros fatores também são os corantes, os conservantes alimentares e o açúcar que podem contribuir no desenvolvimento do transtorno, entretanto, nenhuma evidência científica indica que esses fatores causem o TDAH (SADOCK; SADOCK, 2011).

Dentre as crianças, os meninos apresentam três vezes mais probabilidade de apresentarem TDAH e de cinco a nove vezes mais probabilidade do que as meninas (BARKLEY, 2008; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2009). Cabe ressaltar, ainda, que o TDAH pode estar associado a diversas comorbidades, como: Transtorno Bipolar, Transtorno de Aprendizagem, Transtorno da Leitura, Transtorno da Matemática, Transtorno da Expressão Escrita e, quando os sintomas persistem até a fase da adolescência, existe risco de desenvolver Transtorno de Conduta ou Transtorno Relacionado a Substâncias (MALLOY-DINIZ et al., 2008; PÉREZ et al., 2009; SADOCK; SADOCK, 2011). Para Manor et al. (2010), pacientes com TDAH que apresentam comorbidade possuem

predisposição maior ao suicídio, fazendo-se necessária a identificação das psicopatologias associadas e das situações de risco para um tratamento adequado (REINHARDT; REINHARDT, 2013).

A abordagem de tratamento do TDAH deve ser multimodal, combinando terapia medicamentosa, com intervenções psicossociais e tratamento psicológico (BARKLEY, 2008; VICTOR; GREVET; ROHDE, 2011; SADOCK; SADOCK, 2011; YOUNG; AMARASINGHE, 2009). Segundo Pereira e Mattos (2011), a medicação é necessária para a melhora de sintomas primários, mas os sintomas interpessoais de baixa autoestima, dificuldades em organização, planejamento, o medo de aprender e envolver-se com novas atividades acadêmicas ou profissionais comprometem a qualidade de vida do indivíduo. Para o tratamento farmacológico ser eficaz, é necessário informar ao paciente e seus pais do objetivo e dissipar as suas compreensões errôneas sobre a medicação, auxiliando o paciente a lidar melhor com as situações (SADOCK; SADOCK, 2011).

A psicoterapia para crianças com TDAH visa modificar comportamentos considerados patológicos, disfuncionais, que geram um sofrimento psíquico. Uma das formas de psicoterapia que tem mostrado eficácia é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (ANTSHEL; BARKLEY, 2008), configurando-se como uma das abordagens mais indicadas, juntamente com a psicoeducação (KNAPP et al., 2008; MILLER; HINSHOW, 2012; MONTOYA; COLOM; FERRIN, 2011; SILVA; TAKASE, 2013). A TCC baseia-se na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano. Dessa forma, um evento comum do cotidiano pode gerar várias formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o evento em si que gera emoções e comportamentos, e sim a interpretação que se faz sobre ele, ou seja, as emoções e comportamentos são influenciados pelos pensamentos (BECK, 2013; KNAPP; BECK, 2008).

A teoria cognitiva compreende que é fundamental trabalhar questões atuais da vida do paciente, sendo a história pregressa abordada para a compreensão do problema atual e das crenças dos pacientes, o que a torna uma abordagem diretiva. Outro ponto que diferencia a TCC de outras abordagens é a psicoeducação, na qual o

terapeuta aborda questões para exemplificar o modelo, ensinando o paciente sobre a natureza de seus problemas e a terapia. Na TCC infantil, as sessões são estruturadas e se utiliza constante avaliação, com adaptação das técnicas cognitivo-comportamentais, permitindo que a terapia seja breve e focal, visto que os pacientes apresentam melhoras significativas em curto período de tempo, comparado a outras abordagens (BECK, 2013; RANGÉ; SOUZA, 2008). O paciente deve ser incentivado a participar ativamente e assumir responsabilidades, gerando maiores níveis de motivação e comprometimento (LYSZKOWSKI; ROHDE, 2008).

A TCC infantil foi desenvolvida com adaptação de técnicas utilizadas nos adultos, criando manuais específicos para cada transtorno. Como geralmente não é a criança que busca o tratamento, a abordagem com os pais e professores se faz necessária. Por isso, a aliança terapêutica é essencial, sendo comum que, inicialmente, sintam-se desconfortáveis frente ao terapeuta, gerando ansiedade, medo e até certa oposição. Técnicas lúdicas motivam a ida à terapia, tornando-a mais confortável (HALDER; PERGHER, 2011), pois o brinquedo é uma forma de entrar no mundo infantil e identificar suas cognições, emoções e comportamentos de acordo com o seu problema, além de permitir a expressão de sentimentos de tristeza, alegria e preocupações (ZAFFARI; CHAVES; PICCOLOTO, 2011).

Dessa maneira, os procedimentos terapêuticos devem ser adequados à idade, ou seja, adaptadas às capacidades verbais e cognitivas da criança. O terapeuta deve ser criativo e utilizar diversas técnicas e métodos, como jogos, marionetes, histórias e questionários. Quando a criança expressa sentimentos, o terapeuta identifica o problema e estimula a busca de diferentes formas para a resolução dos problemas. O terapeuta tem a função de ajudar a desenvolver essas habilidades para que ocorra uma mudança (HALDER; PERGHER, 2011).

Cabe ao terapeuta estimular a parceria, fazendo com que a criança compreenda seus problemas e descubra novas maneiras de pensar e agir, participando ativamente, identificando metas, revisando-as, experimentando, praticando e monitorando seu desempenho. Assim, a criança aprende o autoquestionamento e a desafiar-se por meio de testagem de hipóteses. Lyszkowski e Rohde

(2008) destacam os principais componentes da estrutura da sessão: registro da evolução do sintoma como comportamento, sentimento e pensamento, revisão da sessão anterior e da tarefa de casa, agenda de assuntos, nova tarefa e *feedback* do paciente.

Pereira e Mattos (2011) trazem um Modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental para o TDAH que inclui sessões estruturadas com a criança e com a família. Esse modelo se constitui de doze sessões, nas quais é trabalhado: contrato e definição das recompensas; psicoeducação sobre o TDAH; lista de problemas e lista de recompensas; modelo cognitivo e o ABC; pensamentos alternativos; técnica de solução de problemas; autoinstrução; organização, planejamento e registro de atividades; revisão das técnicas aprendidas e avaliação dos resultados. Com os pais, indica-se quatro sessões, nas quais é estabelecido o contrato, o sistema de pontos e a psicoeducação sobre o TDAH; educação quanto ao modelo cognitivo, ABC; pensamentos alternativos; solução de problemas, organização, planejamento e registro de atividades, revisão das técnicas aplicadas e avaliação dos resultados (KNAPP et al., 2008).

Oliveira e Soares (2011) sugerem técnicas: Registro de Pensamentos Disfuncionais para compreensão do problema, teatro com fantoches para solução de problemas; desenho para ilustrar expectativas; filmes para os comportamentos ligados à distração; tarefas de casa; dramatização para trabalhar comportamentos alternativos e agenda para organização e impulsividade. Santos e Vasconcellos (2010) acrescentam ainda técnicas de autoinstrução, autoavaliação, planejamento e cronogramas.

O presente estudo visa descrever um relato de caso infantil com o diagnóstico de TDAH dentro do modelo de tratamento da TCC. Pretende-se colaborar para a comprovação da efetividade da técnica, além de contribuir com a literatura científica do tema.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório. Um estudo de caso pode ser definido como uma análise descritiva e qualitativa que permite ao

pesquisador investigar com mais profundidade a história de vida de um indivíduo, para posteriormente pensar sobre formas de intervenções (DIEDRICH, 2009).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional (IMED) (CAAE nº 11140713.7.000.5319). O participante foi selecionado de forma intencional. A amostra compõe-se de um (01) menino de 7 anos encaminhado pelo neurologista para atendimento psicológico, após avaliação e diagnóstico de TDAH. Foi explicado para a criança e sua responsável sobre o sigilo das informações para preservar a identidade do participante e, após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 DESCRIÇÃO DO CASO

Carla (nome fictício), avó materna, buscou atendimento psicológico para o neto Vitor (nome fictício) na Clínica Escola de Psicologia de uma instituição de ensino superior do Rio Grande do Sul. Vitor tem 7 anos e cursa o segundo ano do Ensino Fundamental de uma Escola Pública. Foi diagnosticado pelo neurologista com TDAH (tipo combinado) em 2011 e faz uso de Ritalina LA, 10mg, uma vez ao dia. Segundo a avó, Vitor apresenta sintomas como agitação, falta de atenção e concentração, agressividade, baixa tolerância à frustração, dificuldade em organizar seus brinquedos e problemas na disciplina de matemática. Foi relatado que, quando ia à creche com 5 anos, já havia sido sugerido que fizesse tratamento, devido à agitação psicomotora.

Vitor vive com a avó e a tia. A avó tem 42 anos e trabalha como atendente de creche. A tia tem 27 anos, formada em Administração e trabalha como manicure. A avó relata que a mãe do menino, Paula (nome fictício) o deixou aos seus cuidados aos 6 meses, pois cumpria pena em regime aberto por roubo. Paula engravidou aos 17 anos e foi morar com o pai do bebê. O relacionamento durou poucos meses e terminou antes da criança nascer, em razão de brigas constantes entre o casal. Paula resolveu voltar a morar com sua mãe e perdeu o contato com o pai do menino, que foi assassinado quando ele tinha 2 anos. O paciente não tem contato com a família do pai e tem

como referência materna a avó, a qual chama de mãe.

3.1 APRESENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para o tratamento do TDAH, é importante que as sessões de TCC sejam padronizadas, mais objetivas e produtivas, gerando autocontrole e auxiliando o paciente em sua organização. Nesse sentido, no que se refere aos procedimentos de intervenção utilizados, em todas as sessões, foram feitas: revisão da sessão anterior, revisão da tarefa de casa, resumo da sessão, atividade lúdica e automonitoramento (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008). No final de cada sessão, ainda, a responsável pela criança relatava o comportamento do paciente na semana, as tarefas de casa e, então, era prescrita nova tarefa. A sequência dos principais temas trabalhados nas sessões pode ser identificada no Quadro 2.

Quadro 2. Principais temas trabalhados nas sessões

	Tema abordado
Sessões com o paciente	
Sessões Iniciais 1ª a 3ª sessão	Contrato, Aliança Terapêutica, Definição dos Objetivos do Tratamento, Psicoeducação TDAH, Educação quanto ao Modelo Cognitivo, Lista de Problemas e Listas de Recompensas e Automonitoramento.
Sessões Intermediárias 4ª a 11ª sessão	Automonitoramento, Sistema de Economia de Fichas, Resolução de Problemas, Autoinstrução e Cronograma de Atividades.
Sessões Finais 12ª a 16ª sessão	Avaliação do Tratamento, Revisão das Técnicas Utilizadas, Avaliação e Fechamento dos Encontros.
Sessão com a avó	Contrato e Aliança Terapêutica, Psicoeducação TDAH, Educação quanto ao Modelo Cognitivo, Pensamentos Alternativos e Técnica de Solução de Problemas, Revisão das Técnicas Utilizadas, Avaliação e Fechamento dos Encontros.

Fonte: Dados da pesquisa

Na primeira sessão com Vitor, foi proposto inicialmente dois jogos para poder criar uma aliança terapêutica. Durante a sessão, foi esclarecido o contrato, método de atendimento e sigilo. Petersen e Wainer (2011) observam que, para criar uma aliança terapêutica com a criança, é essencial ter um ambiente divertido e agradável, o que resulta em um bom trabalho. A partir

disso, foram definidos os objetivos da terapia: melhorar o comportamento em casa (obedecer a avó), diminuir a hiperatividade, organizar o quarto e estudar mais para ter boas notas, principalmente em matemática.

Na segunda sessão, o foco principal foi a psicoeducação sobre o TDAH e educação quanto ao modelo cognitivo. A terapeuta sugeriu para Vitor duas brincadeiras. No primeiro momento, foi utilizado um jogo de quebra-cabeça e, depois, uma história em quadrinhos, mostrando situações de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Na psicoeducação, o terapeuta ensina o paciente e a família sobre os sintomas e as características decorrentes do TDAH (PEREIRA; MATTOS, 2011). A psicoeducação do transtorno pode ser feita por meio de leitura em sites da *Internet*, folhetos que trazem o assunto do TDAH e leituras de histórias. Dessa forma, o paciente pode compreender melhor sua situação e aceitar com mais facilidade a psicoterapia (LYSZKOWSKI; ROHDE, 2008).

Na terceira sessão, foi realizada uma lista de problemas e de recompensas, sendo que os problemas são aqueles que devem ser melhorados e as recompensas são aquelas que o responsável concorda em presentear se a criança obtiver comportamento desejado. Como problemas, Vitor e a avó delimitaram falta de estudo, desorganização do quarto e brinquedos, hiperatividade, desatenção e, como recompensas, foi colocado: ir ao shopping tomar sorvete com o amigo; andar de skate na praça e ganhar um DVD. Essa técnica é muito utilizada com crianças e adolescentes com TDAH. Já que o sistema de motivação interno desses pacientes está comprometido pelo transtorno, é necessário que exista uma estimulação externa, para que consigam realizar tarefas repetitivas e de pouco interesse, até que façam as atividades por motivação própria (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008).

Na quarta sessão, iniciou-se o automonitoramento. A terapeuta começou a trabalhar as emoções, mostrando uma folha com rostos de um menino expressando diferentes sentimentos e pediu que Vitor identificasse o que a caricatura estava expressando. Assim, o paciente foi conseguindo diferenciar pensamentos de sentimentos e entender que eles influenciam no comportamento. O automonitoramento ajuda a desenvolver autocontrole para reconhecer e monitorar condutas indesejáveis

(PEREIRA; MATTOS, 2011). Este deve ser adaptado à idade do paciente e, com crianças, planilhas coloridas, desenhos ou figuras ajudam na adesão ao exercício. Inicialmente, as planilhas ajudam a monitorar a presença dos sintomas no dia a dia, mas, no decorrer da terapia, ajudam a avaliar a melhora dos sintomas (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008).

Na quinta sessão, foi novamente trabalhado com o Vitor automonitoramento através de figuras de meninos que expressavam diferentes formas dos sentimentos. Posteriormente, foi feito um *role-play* de uma das situações do seu cotidiano: quando ele passa com a avó por uma loja de brinquedos no retorno da escola para casa e quer entrar todas as vezes. Quando a avó não deixa, ele fica bravo, irritado e chora. Nessa situação, foi pensado com Vitor alternativas de pensamentos e comportamentos. Conforme Knapp e Luz (2008), a dramatização (*role-play*) é uma técnica que pode ser utilizada com a finalidade de obter e questionar pensamentos automáticos, provocar reações emocionais e modificar crenças. Ao final, foi feito o automonitoramento e o resumo da sessão.

Na sexta sessão, introduziu-se o Sistema de Economia de Fichas que funciona a partir de uma lista de recompensas e de problemas realizada nas sessões iniciais, com um *ranking* de gratificações do menor custo ao maior. Durante a semana, a criança ganha pontos conforme seu comportamento e, se acumular pontos, poderá trocá-los por bonificações. Essa técnica visa reforçar comportamentos esperados a partir de premiações para cada comportamento adequado realizado. O paciente escolheu como bônus jogar computador; ir ao shopping; andar de skate e ganhar um DVD de seu desenho favorito. O sistema de motivação interno de pacientes com TDAH, por vezes, encontra-se comprometido, sendo necessária estimulação externa, para realizarem tarefas repetitivas e de pouco interesse, até que façam por motivação própria (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008).

Na sétima sessão, foi revisto o sistema de economia de fichas. A terapeuta continuou trabalhando as emoções de Vitor que desenhou uma careta de um menino triste, um alegre e um com raiva e, ao lado, fez um termômetro para ver a intensidade do sentimento. Ao final desse encontro, foi feito o automonitoramento e a troca de bônus juntamente com a avó.

Na oitava sessão, foi aplicada a técnica de solução de problemas, a fim de ajudar Vitor a pensar em alternativas nas situações nas quais os sintomas de hiperatividade e desatenção aparecem. A técnica tem cinco passos: identificar o problema, gerar alternativas, analisar consequências, escolher uma alternativa e avaliar resultados. A terapeuta utilizou uma história em quadrinhos para trabalhar essa técnica de forma lúdica. Com o treinamento, a criança aprende a seguir alguns passos, identificando o problema e pensando em alternativas para solucioná-los (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008).

A nona sessão com o paciente teve como objetivo continuar com a solução de problemas. Para isso, a terapeuta usou fantoches, buscando que Vitor encontrasse alternativas para resolver problemas como, por exemplo, a dificuldade que ele tem em matemática e pensasse o que poderia fazer para melhorar na matéria, qual seria a consequência das alternativas escolhidas e qual ele poderia colocar em prática. Ainda nessa sessão, foi passada a tarefa de casa para a avó que era tentar aplicar esses passos da técnica solução de problemas em situações que ocorressem durante a semana.

A décima sessão com Vitor constituiu-se na aplicação da técnica de autoinstrução. No primeiro momento, a terapeuta mostrou um jogo de memória e explicou que a autoinstrução iria ser inicialmente praticada junto com o jogo. Depois, foi utilizado na sessão um labirinto para Vitor tentar aplicar os passos aprendidos. A técnica de autoinstrução trabalha a capacidade do paciente de falar de si mesmo, posto que o auxilia a construir padrões de fala interior que possam instigar seu comportamento mais adaptativo (ZAFFARI; CHAVES; PICCOLOTO, 2011). Para pacientes com TDAH, serve para ajudar no controle do comportamento desatento e impulsivo (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008). Para tanto, deve-se escolher algumas situações problemáticas e treinar com o paciente algumas alternativas de solução. Utilizando essa técnica de autoinstrução, o terapeuta poderá demonstrar como o paciente resolve tais situações em seu dia a dia (PEREIRA; MATTOS, 2011).

Na décima primeira sessão, em função das dificuldades escolares, foi construído com Vitor e a avó um cronograma semanal, com um período para

estudos, atividades da escola e tarefas diárias. As crianças e adolescentes com TDAH não conseguem fazer um planejamento futuro para suas tarefas, não tendo tempo suficiente para poder executar. A elaboração de um calendário semanal auxilia nesse sentido e deve ser instigante e criativo, contendo períodos de lazer, tempo para atividades físicas, a fim de diminuir o máximo de energia, irritabilidade e a tensão muscular ou emocional (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008; PEREIRA; MATTOS, 2011).

Na décima segunda sessão, foi feita a avaliação do tratamento e verificou-se uma dificuldade em lembrar as técnicas trabalhadas na terapia. Por essa desatenção, avaliou-se que deveria realizar mais quatro sessões, com revisão das técnicas aprendidas. Posteriormente, foi feita nova avaliação e percebeu-se melhora nos sintomas de atenção, hiperatividade, impulsividade, organização de seu quarto e brinquedos e no desempenho escolar.

Ao longo da terapia, foram realizados quatro encontros com a avó. Ressalta-se a importância da participação dos pais ou responsáveis para o tratamento da criança, sendo imprescindível nas tarefas de casa para que as técnicas funcionem (PEREIRA; MATTOS, 2011). Com a avó, foi realizado o contrato e feito uma aliança terapêutica; psicoeducação sobre o TDAH; educação quanto ao modelo cognitivo; pensamentos alternativos e técnica de solução de problemas, revisão das técnicas utilizadas.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A coleta de dados e análise dos resultados foram feitas através das sessões realizadas com a criança com diagnóstico prévio de TDAH e com sua avó (responsável pelo paciente), a qual avaliou que essa modalidade de terapia trouxe benefícios a ela e ao neto. A avó relatou que, depois de conhecer a patologia do neto, aprendeu a ter mais paciência com ele. Enfatizou que Vitor está mais calmo, obedecendo às ordens dadas por ela, mais organizado (consegue guardar os brinquedos depois de brincar), menos agitado e melhorou o rendimento em matemática (na última avaliação, alcançou nota máxima). Ressaltou que o cronograma semanal foi a tarefa que mais funcionou com Vitor.

Durante o tratamento, a terapeuta entrou em contato com a escola disponibilizando uma sessão para a professora, mas não houve retorno. Além dos pais e familiares, a escola tem papel importante na vida da criança e deve ser incluída no tratamento (LYSZKOWSKI; RODHE, 2008).

De acordo com Sadock e Sadock (2011), os professores contribuem significativamente no processo de avaliação e tratamento do TDAH, de modo que intervenções na vida escolar da criança são indicadas. Jou et al. (2010) ressaltam a importância de oferecer às escolas mais informações sobre o TDAH e esclarecer os sintomas para evitar diagnósticos errados (MONTROYA; COLOM; FERRIN, 2011). Barkley (2008) acrescenta que é necessário oferecer aos professores manejo correto de crianças com TDAH para que ocorra modificação do comportamento em sala de aula. Neste contexto, técnicas da TCC são úteis para a adaptação da criança em técnicas de estudo, auxiliando a melhorar as dificuldades de aprendizagem (PÉREZ et al., 2009).

Após o tratamento na linha cognitivo-comportamental, foi possível perceber que o paciente apresentou bons resultados, pois demonstrou estar mais atento e organizado, obtendo melhoras no rendimento escolar. Quanto à convivência com os familiares, também demonstrou evolução, tornou-se mais colaborativo e, com o cronograma semanal, reduziu o esquecimento de tarefas e conseguiu encontrar algumas alternativas para seus problemas.

A aliança terapêutica foi um ponto imprescindível para a evolução do paciente e o comparecimento em todas as sessões demonstrou que houve boa vinculação. Criou-se um ambiente alegre, lúdico e colaborativo, que contribuiu para o menino expor seus empenhos e dificuldades. A participação ativa da responsável também foi importante para o bom andamento do tratamento.

5 CONCLUSÃO

Através da utilização das técnicas de psicoeducação, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e automonitoramento realizadas com o paciente durante a terapia, tornou-se possível observar de forma mais adequada a diminuição das características desadaptativas relacionadas ao TDAH. Embora não

tenham sido empregadas estratégias padronizadas de avaliação, o presente estudo sugere que aplicação da TCC proporcionou resultados significativos para o caso, considerando os objetivos estabelecidos em psicoterapia pelo paciente e a família, bem como a diminuição dos sintomas de hiperatividade, desatenção e impulsividade. Pode-se observar, inclusive, que o aumento do rendimento escolar, da organização e a melhora no seu ajustamento social facilitaram a adaptação e a interação de maneira mais positiva do indivíduo em relação à sua família.

Uma das limitações deste estudo foi a dificuldade no contato com a escola, situação que poderia ter proporcionado maior desenvolvimento do paciente no âmbito escolar. Outro aspecto a destacar é que sintomas do TDAH, como a desatenção, influenciaram no número de sessões padronizadas do protocolo de tratamento, pois o paciente necessitou mais quatro sessões para trabalhar e relembrar algumas técnicas aprendidas.

Como sugestão para futuros estudos, seria interessante a realização de psicoterapia com um acompanhamento mais prolongado, no intuito de poder avaliar a manutenção dos ganhos obtidos com a psicoterapia para indivíduos com o diagnóstico de TDAH, especialmente crianças. Da mesma forma, recomenda-se também como possibilidade de estudos futuros a investigação da TCC para crianças em idade escolar com o mesmo diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTSHEL, K. M.; BARKLEY, R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. **Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America**, v. 17, n. 2, p. 421-437, 2008.
- BARKLEY, R. A. et al. **Transtorno de déficit de atenção / hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- COELHO, L. et al. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na criança: aspectos neurológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. **Acta Médica Portuguesa**, v. 23, n. 4, p. 689-696, 2010.
- DIEDRICH, M. **Be-a-bá da metodologia de trabalhos acadêmicos e científicos: uma orientação prática a alunos de graduação e de pós**. 2. ed. Passo Fundo: IMED, 2009.
- JOU, G. I. et al. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 1, p. 29-36, 2010.
- KNAPP, P. et al. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: KNAPP, P. **Terapia cognitivo comportamental no transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 18-22.
- KNAPP, P.; BECK, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa em terapia cognitiva. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 54-64, 2008.
- KNAPP, P.; LUZ, E. JR. Terapia cognitivo-comportamental dos comportamentos adictivos. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 616-640.
- LYSZKOWSKI, L. C.; RODHE, L. A. Terapia cognitivo-comportamental no TDAH. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 716-731.
- MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Neuropsicologia no transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. In: FUENTES, D. et al. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 241-255.
- MANOR, I. et al. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents – a pilot study. **European Psychiatry**, v. 25, n. 3, p. 146-150, 2010.
- MICK, E.; FARAONE, S. V. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 261-284, 2008.

- MILLER, M.; HINSHOW, S. P. Attention - deficit/ hiperactivity disorder. In: KENDALL, P. C. **Child and adolescent Therapy cognitive- Behavioral Producedures**. 4. ed. New York: The Guilford Press, 2012. p. 61-91.
- MONTOYA, A.; COLOM, F.; FERRIN, M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. **European Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 166-175, 2011.
- OLIVEIRA, C. G.; ALBUQUERQUE, P. B. Diversidade de resultados no estudo do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 93-102, 2009.
- OLIVEIRA, R. G.; SOARES, S. C. Terapia cognitivo-comportamental para crianças. In: ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 467-476.
- PEREIRA, A.; MATTOS, P. Tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In: RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 493-506.
- PÉREZ, F. M. et al. **La atención primaria y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH): consenso multidisciplinar y evidencias para la puesta em práctica**. Madrid: ACINDES, 2009.
- PETERSEN, C. S.; WAINER, R. Princípios Básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental de Crianças e Adolescentes. In: PETERSEN, C. S.; WAINER, R. **Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 16-31.
- PINHEIRO, S. C. A. S. **Crianças com transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH) no ambiente escolar**. 2010. 66f. Monografia (Graduação em Pedagogia) – Universidade do Estado da Bahia, Salvador.
- RANGÉ, B.; SOUZA, C. R. Terapia Cognitiva. In: CORDIOLI, A. V. **Psicoterapias: Abordagens Atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 263-284.
- REINHARDT, M. C.; REINHARDT, C. A. U. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, comorbidades e situações de risco. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 124-130, 2013.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual conciso de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SANTOS, L. F.; VASCONCELLOS, L. A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 717-724, 2010.
- SILVA, J. V. A.; TAKASE, E. Um caso clínico de TDAH: possibilidades, dificuldades e limites no processo terapêutico. **Revista Científica CENSUPEG**, v. 1, n. 1, p. 111-121, 2013.
- VICTOR, M. M.; GREVET, E. H.; ROHDE, L. A. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. In: CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos: consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 471-484.
- YOUNG, S.; AMARASINGHE, J. M. Practitioner review: non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, n. 2, p. 116-133, 2010.
- ZAFFARI, N. T.; CHAVES, L. B.; PICCOLOTO, L. B. Técnicas de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes. In: WAINER, R.; PICCOLOTO, R.; PERGHER, G. K. **Novas Temáticas em Terapia Cognitiva**. Porto Alegre: Sinopsys, 2011. p. 281-298.

Recebido em: 05 de agosto de 2014

Aceito em: 04 de novembro de 2014