

Patrícia Franco Assunção<sup>1</sup>

## Intervenção psicossocial no tdah durante a reabilitação

### *Psychosocial intervention in adhd during rehabilitation*

#### RESUMO

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é reportado como sendo mais comum em crianças com paralisia cerebral (PC) do que na população geral. Na Rede SARAH esse diagnóstico é predominante, tornando tal informação importante para o profissional de reabilitação infantil, bem como para os familiares das crianças atendidas. Este trabalho visa apresentar uma abordagem múltipla de tratamento de sintomas de déficit de atenção e hiperatividade em uma criança com PC durante seu tratamento de reabilitação, com foco nas intervenções psicossociais. Explica-se sobre a importância da parceria entre a equipe e a família, conforme fundamenta o Método SARAH. Técnicas cognitivo-comportamentais são abordadas como conhecimento necessário ao psicólogo da reabilitação infantil, mesmo sem atuação em moldes de psicoterapia. Os dados correspondem ao período de 2011 a 2016 e foram obtidos via prontuário eletrônico. A ampliação do repertório social, os ganhos na aprendizagem escolar e na autorregulação comportamental, o desenvolvimento de um autoconceito positivo e de habilidades de autocuidado foram resultados positivos, qualificando a relação entre criança e família. Entende-se, por fim, que um caso clínico pode auxiliar os profissionais da saúde a delinear condutas terapêuticas no tratamento de crianças com PC e TDAH associado.

**Palavras-chave:** TDAH; Paralisia cerebral; Terapia cognitivo-comportamental.

#### ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is reported to be more common in children with Cerebral Palsy than in the general population. In the SARAH Network this diagnosis is predominant, making such information important for the rehabilitation professional and for the families of the children attended. This paper aims to present a multiple approach to treat attention deficit hyperactivity symptoms in a child with Cerebral Palsy during his rehabilitation treatment, focusing on psychosocial interventions. It explains the importance of the partnership between the team and the family, based on the SARAH Method. Cognitive-behavioral techniques are approached as necessary knowledge to the child rehabilitation psychologist, even without acting in the form of psychotherapy. The data correspond to the period from 2011 to 2016 and were obtained via electronic medical records. The expansion of the social repertoire, gains in school learning and behavioral self-regulation, the development of a positive self-concept and self-care skills were positive results, qualifying the relationship between child and family. It is understood, finally, that a clinical case may help health professionals to delineate therapeutic behaviors in the treatment of children with Cerebral Palsy and Attention Deficit Disorder and Hyperactivity associated.

**Keywords:** ADHD; Cerebral palsy; Cognitive behavioral therapy.

<sup>1</sup> Especialista em Psicologia Hospitalar; Especialista em Atenção Psicossocial e Saúde Mental – (Psicóloga Hospitalar) – São Luís – MA – Brasil.

**Correspondência:**

**Patrícia Franco Assunção**

Instituição: Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

Rua Aziz Heluy, s/nº; Condomínio Vila Lagoa

Torre Farol, apto 1501

Ponta D'areia, São Luís - SP

CEP: 65077-657.

E-mail: pat.franco.a@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 1 de Fevereiro de 2019. cod. 726.

Artigo aceito em 5 de Junho de 2019.

## INTRODUÇÃO

A literatura científica indica maior prevalência de problemas de comportamento em crianças que apresentam lesão cerebral, incluindo sintomas de déficit de atenção e hiperatividade (Breslau, 1985; Duran & Goodman, 2000; Symons, Tervo, Kim, & Hoch, 2007; Brossard-Racine et al., 2012). Este estudo tem como objetivo apresentar o processo e os resultados do uso de uma abordagem múltipla de tratamento de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em uma criança com paralisia cerebral (PC) em programa de reabilitação infantil da Rede SARAH de Neuroreabilitação.

### PARALISIA CEREBRAL, TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E MÉTODO SARAH

A PC é um diagnóstico crônico e não progressivo caracterizado por “[...] desordem da postura e do movimento, secundária a uma lesão do cérebro em desenvolvimento” (Bax, 1964 apud Braga, 1995, p. 9). Segundo Braga (1995, p. 10), “[...] a lesão cerebral pode ocorrer nos períodos pré, peri e pós-natais”, sendo alguns dos fatores de risco: infecções uterinas, anoxia, malformações cerebrais, prematuridade, traumatismo cranioencefálico, entre outros.

Há uma heterogeneidade significativa na natureza e na severidade das alterações motoras associadas à PC, que podem ser classificadas de acordo com tônus muscular aumentado (espástico), movimento involuntário/retorcido (atetóide) ou incoordenado (atáxico). Também pode-se classificar essas alterações pela topografia do prejuízo do movimento em: hemiplegia (alteração motora de um lado do corpo), diplegia (acometimento dos membros inferiores) ou tetraplegia (comprometimento dos quatro membros). Além disso, é comum a presença de comorbidades, como déficits sensoriais (visuais e auditivos), epilepsia, alterações neuropsicológicas, comprometimento cognitivo e problemas comportamentais (Almeida, Ruedell, Nobre, & Tavares, 2015). As características de desenvolvimento da criança com diagnóstico de PC, portanto, dependem das áreas cerebrais que foram afetadas e de sua extensão, repercutindo em seu potencial de locomoção, independência, aprendizagem e comunicação.

Crianças com lesão cerebral representam a maioria da população atendida na reabilitação infantil da Rede SARAH, de modo que se estruturou o Método SARAH (Braga, 2008), que consiste em princípios norteadores que embasam os profissionais na estruturação de um programa de estimulação do desenvolvimento. O Método SARAH é centrado na família, ou seja, preconiza a participação ativa do cuidador no programa de estimulação, já que é a família que efetiva, na prática, as orientações dadas pela equipe multidisciplinar após avaliações globais da criança no decorrer de seu desenvolvimento. Para isso, outro fundamento primordial diz respeito à contextualização das propostas de reabilitação, ou seja, cada orientação de estimulação ou intervenção

é realizada considerando a realidade vivenciada por cada família e criança acompanhada no programa (Braga, 2008). Assim, todo caso atendido é único e individual, necessitando de uma visão ecológica do profissional sobre a criança para traçar seu programa de reabilitação. Como ecológica se pode compreender a terminologia de Bronfenbrenner (2011), que considera o indivíduo como pertencente a múltiplos sistemas que se inter-relacionam de forma interdependente (p. ex., família, amigos, instituição de ensino, vizinhança, hospitais, cultura, valores sociais, etc.).

O conhecimento sobre a maior probabilidade de crianças com PC apresentarem problemas de comportamento é, portanto, um dado que deve ser considerado pelo profissional que atua com essa população (Duran & Goodman, 2000; Brossard-Racine et al., 2012). O estudo de Gross-Tsur, Shalev, Badihi e Manor (2002) aponta que déficit de atenção e impulsividade são sintomas comportamentais comuns em crianças com PC, sendo compatíveis com o diagnóstico de TDAH. Outros autores também afirmam que desordens neurocomportamentais incluindo desatenção, impulsividade e hiperatividade são vistas em crianças com PC e parecem ter um mecanismo similar ao TDAH, considerando também sua base orgânica (Breslau, 1985; Symons et al., 2007).

Em outro trabalho, Shank, Kaufman, Leffard e Warschawsk (2010) referem que indivíduos com PC se mostram como uma população de risco elevado para uma variedade de comprometimentos cognitivos, incluindo comprometimentos nas habilidades de atenção, nas funções executivas e no controle inibitório. Esses autores apontam que o TDAH é reportado como mais comum em crianças com PC do que na população geral, sendo elas um grupo de risco a ser considerado. Os dados de sua pesquisa demonstraram maior lentidão na velocidade de processamento e sintomas mais significativos de desatenção e hiperatividade nas crianças com PC do que no grupo-controle.

### CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

De acordo com a quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; APA, 2014), o TDAH se classifica entre os transtornos do neurodesenvolvimento, que se caracterizam por dificuldade no desenvolvimento com manifestação precoce e interferência significativa no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou ocupacional do sujeito, podendo estar associado a alguma condição médica/genética conhecida ou a um fator ambiental. Essas dificuldades de desenvolvimento podem abarcar desde limitações específicas (p. ex., na aprendizagem, nas habilidades sociais ou nas funções executivas) até um comprometimento intelectual global. O diagnóstico de TDAH requer um padrão persistente de inatenção, hiperatividade e/ou impulsividade, em maior grau do que o observado em outras pessoas da mesma faixa etária e desenvolvimento, sendo que os sintomas teriam início antes dos 12 anos de idade e poderiam ser vistos em, pelo menos, dois contextos diferentes.

Lyszkowski e Rohde (2011) lembram que o TDAH é um transtorno neurobiológico caracterizado por alterações nos níveis de neurotransmissores responsáveis pela atenção, pela motivação e pelo comportamento motor, de modo que os indivíduos afetados não conseguem regular sua atenção ou suas respostas a estímulos ambientais. Sabe-se que fatores genéticos e ambientais estão envolvidos, sendo que, destes últimos, causas pré, peri e pós-natais já correlacionadas ao diagnóstico de lesão cerebral também podem estar associadas ao TDAH (p. ex., prematuridade, anoxia e traumatismo cranioencefálico). Fala-se, portanto, de causas multifatoriais no desenvolvimento do transtorno (Miranda, Muskat, & Mello, 2013; Lopez-Villalobos, Lopez-Sanchez, & Andres-De Llano, 2019).

O TDAH pode dificultar os relacionamentos afetivos e sociais, e a impulsividade pode gerar rejeição entre colegas de escola e professores (Desidério & Miyazaki, 2007). As principais queixas em crianças com TDAH comumente estão relacionadas a mau desempenho acadêmico, problemas de comportamento ou dificuldade de relacionamento social que se destaca principalmente em ambiente escolar (Ribeiro, 2016). Isso porque a maioria das crianças com o transtorno, segundo Mazzoni e Tabaquim (2015), apresenta outras características comportamentais associadas, como agressividade, baixa tolerância à frustração, desobediência, humor instável, teimosia e baixa autoestima. Considera-se, ainda, que os problemas causados pelo TDAH envolvem uma combinação de três categorias inter-relacionadas: rebaixamento de inibição de respostas, dificuldade de autocontrole e prejuízo das funções executivas (Benczik & Casella, 2015). O conhecimento sobre o caráter primário e secundário dos comportamentos disfuncionais no TDAH é, portanto, imprescindível para o adequado diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico é clínico e deve ser realizado com a participação de equipe multidisciplinar, sendo fundamental considerar detalhadamente a história da criança, sua vida escolar, seu estado de saúde e as relações com o meio familiar e comunitário ao qual pertence.

Os principais instrumentos de avaliação incluem entrevistas e questionários respondidos por pais e professores, bem como observações do comportamento da criança. Sempre que possível, esta deve ser observada em contextos naturais e atividades rotineiras (escola, domicílio, brincadeiras), por se tratar de um aspecto qualitativo importante ao fornecer informações sobre a relação entre as queixas e os prejuízos funcionais (Malloy-Diniz, Mattos, Abreu, & Fuentes, 2016). Segundo Mazzoni e Tabaquim (2015), as avaliações neuropsicológicas também são válidas, já que crianças com TDAH demonstram disfunção no lobo frontal, evidenciando dificuldades em tarefas que envolvem controle inibitório do comportamento, atenção sustentada, autocontrole e planejamento.

Considerando-se a interação de fatores neurobiológicos e ambientais na etiologia do TDAH, defende-se atualmente uma abordagem global e interdisciplinar dos

sintomas, com intervenções farmacológicas e psicossociais combinadas (Oliveira & Dias, 2018).

A literatura mostra que os estimulantes ainda são considerados medicamentos de primeira escolha devido aos benefícios significativos que são observados em curto espaço de tempo. O metilfenidato (conhecido comercialmente como Ritalina) é o mais usado no Brasil (Domitrovic & Caliman, 2017), sendo considerado eficaz por diminuir ou eliminar os principais sintomas do TDAH em aproximadamente 70% dos casos.

Em relação às intervenções psicossociais, Lopez-Villalobos e colaboradores (2019), em uma revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para o TDAH em crianças e adolescentes, encontraram dados indicando eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) apoiada também em técnicas comportamentais. Acrescentam, ainda, que a orientação aos pais e aos professores é necessária para a melhora dos sintomas residuais fora do alcance da medicação. A TCC é um dos subtipos de psicoterapia mais utilizados com crianças portadoras de TDAH (Bellé, Pelisoli, & Bosa, 2007). Também é crescente sua aplicação no contexto hospitalar devido a vantagens como, por exemplo, seu caráter diretivo e estruturado, e emprego de técnicas específicas para diversos objetivos voltados ao manejo de problemas de saúde (Peron & Sartes, 2015). São várias as estratégias cognitivas, incluindo: educação quanto ao problema, autoinstrução, registro de pensamentos disfuncionais, solução de problemas, automonitoramento, autoavaliação, planejamento e cronogramas (Lyszkowski & Rohde, 2011). Técnicas comportamentais também são incorporadas e consideradas mais eficazes por não envolverem o potencial cognitivo da criança, muitas vezes afetado no TDAH: sistema de recompensa, custo de resposta, tarefas para casa, modelação e dramatizações (Lopez-Villalobos et al., 2019).

O relato de caso a seguir ilustrará as possibilidades, na prática da reabilitação, de intervenção do psicólogo com crianças com PC que apresentam o diagnóstico de TDAH como quadro associado. Ressalta-se o consentimento da avó, responsável legal pela criança, para a elaboração do trabalho, com apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

## RELATO DE CASO

### CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

LFC, atualmente com 13 anos de idade, apresenta diagnóstico de PC do tipo diplegia espástica. Como fatores de risco, foram identificados prematuridade, baixo peso ao nascimento, sepse e icterícia neonatal. A tomografia computadorizada de encéfalo evidenciou leucomalácia periventricular.

LFC e sua família residem na região Norte do Brasil. LFC foi admitida na unidade SARAH de São Luis em janeiro de 2007, com pouco mais de 2 anos de idade. Seu programa

de reabilitação incluía abordagens sobre o diagnóstico de PC à família, reavaliações periódicas do desenvolvimento neuropsicomotor pela equipe interdisciplinar, orientações de estimulação global, bem como incentivo ao processo de escolarização regular. Discussões e intervenções ortopédicas visando a melhora da marcha também eram metas do tratamento da criança.

Até então, as avaliações do desenvolvimento global haviam sido realizadas pela equipe da fisioterapia, pedagogia e pediatria de forma qualitativa, e indicavam que LFC cursava com bom potencial cognitivo geral e de linguagem, porém com dificuldades específicas nas habilidades atencionais e visuoespaciais, havendo interferência também das funções executivas. Já era possível observar características de impulsividade e agitação, sendo que o comportamento sempre foi pontuado pela família como um eixo alterado do desenvolvimento relacionado ao repertório social, com condutas de heteroagressividade e voluntariedade exagerada que começavam a interferir no funcionamento da criança nos contextos familiar e comunitário. Os relatos da família também sugeriam que LFC evoluía com dificuldade em demonstrar reciprocidade emocional em situações de sofrimento alheio, pouca preocupação com o impacto de suas ações sobre o outro, pouca habilidade de raciocínio moral, dificuldade em aceitar regras, opondo-se à disciplina, e ausência de reflexão sobre atitudes e consequências.

Houve um afastamento do acompanhamento em 2008, sendo demandado retorno ao tratamento em 2010, quando as queixas comportamentais foram intensificadas. Como LFC residia em outro estado e necessitava de revisão global, optou-se pelo seguimento via internação, com permanência média de dez dias e retornos acordados conforme disponibilidade da família (geralmente a cada quatro meses), o que se manteve ao longo dos anos. Ao programar a internação, a equipe também solicitou o apoio da psicóloga do programa, a qual se tornou sua principal referência profissional quanto ao acompanhamento dos eixos psicossocial, cognitivo e comportamental.

## **CARACTERIZAÇÃO DA QUEIXA, AVALIAÇÃO E PLANO DE INTERVENÇÃO**

Nessa fase da reabilitação, a psicóloga se aproximou da criança e da família com o objetivo de clarificação das queixas trazidas, sendo possível discriminar dados da dinâmica familiar, percepções de cuidadores, professores e equipe de reabilitação para melhor compreensão do caso e discussão em equipe. Pode-se conceber esse processo de forma semelhante à conceitualização de caso encontrada na prática clínica nos moldes da TCC (Neufeld & Cavenage, 2010). O psicólogo cognitivo-comportamental busca avaliar a queixa de forma investigativa, considerando peculiaridades do sujeito e do seu entorno para levantamento de dados (culturais, do desenvolvimento, das estruturas cognitivas, dos padrões comportamentais, da história de vida, etc.) e de hipóteses que

nortearão a escolha de técnicas e sua aplicação, contribuindo com a construção de um programa terapêutico (Neufeld & Cavenage, 2010), o que se assemelha à prática dos profissionais de reabilitação que atuam desde a avaliação até a intervenção, definindo metas imediatas e de acompanhamento a partir do conhecimento particular da criança, da família e de seu contexto.

Na anamnese, identificou-se mudança constante da dinâmica familiar, da rotina da criança e das figuras de autoridade, com interferência inclusive no programa de reabilitação devido à alternância de cuidadores responsáveis pela condução do tratamento. A mãe e a avó materna apresentavam dificuldade de comunicação e divergência de opinião sobre condutas educativas com LFC. Percebia-se inconsistência na família quanto à disciplina, oscilando entre permissividade e intransigência ante os comportamentos inadequados. Observou-se, ainda, que as cuidadoras desenvolviam uma visão bastante negativa sobre a criança, com tendência a evitar situações-problema por julgarem antecipadamente uma reação inadequada por parte de LFC.

Também foi relatado que, devido às características de comportamento, a frequência em escola regular foi repensada e a família optou pelo ensino especial. Houve, portanto, vivência breve no sistema regular, o que também interferiu na troca com pares, no estabelecimento de vínculos afetivos duradouros e no desenvolvimento de habilidades sociais e de repertório comportamental adequado em situações-problema.

As observações livres da criança no contexto da reabilitação, que compõem a metodologia de avaliação ecológica, evidenciaram dificuldade de contato espontâneo com pares e de seguimento de algumas regras coletivas, pouca tolerância para aguardar sua vez nas atividades e para permanecer até o seu término, comportamento voluntarioso com reações de choro diante de contrariedades e baixa tolerância à frustração. Entende-se por avaliação e reabilitação ecológica uma prática de investigação ou intervenção em que se observa um determinado aspecto do sujeito de forma mais global, valorizando a sua *performance* em atividades da vida real e não em ambientes controlados (Silva, Rodrigues, & Pereira, 2012). Logo, nas internações, LFC realizava atividades de criação artística, grupo de estimulação com foco nas funções executivas, grupos de iniciação esportiva, brincadeiras populares dinâmicas, tarefas de autocuidado e vida prática, além das atividades de cunho pedagógico. Nessas atividades, a criança era acompanhada pela família, tinha contato com pares e, quando necessário, era mediada pela equipe de reabilitação, incluindo a atuação da psicóloga, que também realizava a observação comportamental. A impressão inicial foi que LFC apresentava um repertório comportamental limitado e habilidades sociais deficitárias para resolução de problemas, de modo que a família foi orientada especialmente quanto à técnica de modelação para aprendizagem de comportamentos funcionais.

Seguindo com a proposta de caracterização do comportamento, aplicou-se uma escala de rastreio com a

avó para verificar a incidência de sintomas de TDAH, sendo usada a Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (MTA-SNAP – IV), Escala de Pontuação para Pais e Professores, apresentada por Mattos, Serra-Pinheiro, Rohde e Pinto (2006), que indicou alterações clinicamente significativas referentes aos comportamentos de desatenção, hiperatividade e impulsividade. De acordo com Domitrovic e Caliman (2017), a escala SNAP é a mais usada no Brasil para a realização do diagnóstico em crianças e adolescentes.

O caso de LFC foi, portanto, discutido com o psiquiatra consultor internacional da Rede SARAH em uma de suas visitas à unidade. Ele considerou os critérios compatíveis com TDAH. Apesar da frequência de comportamentos disruptivos, ponderou-se que os sintomas primários do TDAH atuam como fatores que predisõem outros problemas comportamentais (p. ex., agressividade, condutas desafiadoras/opositoras), não sendo estes considerados uma comorbidade psiquiátrica.

A partir de então, o psiquiatra e a psicóloga propuseram múltiplas intervenções como metas de reabilitação a curto e médio prazos: definição pela família de um único cuidador responsável pela criança e por seu tratamento, início de tratamento farmacológico, abordagens psicoeducativas com a família sobre o TDAH, orientações aos professores, ampliação da rede de apoio no município de origem para suporte próximo com acompanhamento psiquiátrico e psicológico, retomada da escolarização regular e iniciação esportiva.

É válido pontuar que o programa de reabilitação da criança consistia, também, de acompanhamento do padrão de marcha e de intervenções ortopédicas, mas a equipe interdisciplinar atua de forma conjunta ao definir as metas prioritárias em cada fase do desenvolvimento.

## IMPLEMENTANDO AS INTERVENÇÕES

Primeiramente, a equipe médica repassou a definição do diagnóstico de TDAH à família. A psicologia, então, investiu nas abordagens psicoeducativas para favorecer a compreensão da sintomatologia, da etiologia, da prevalência e de tratamentos indicados visando a adesão às condutas que seriam sugeridas como importantes para o manejo dos sintomas. O estudo de Oliveira e Dias (2018) explica que o termo psicoeducação é usado para referir à oferta de informações relevantes ao paciente, aos familiares, aos educadores ou demais profissionais da saúde sobre o diagnóstico em si, seu tratamento e prognóstico. Também está relacionado à busca por esclarecimento de dúvidas e de informações distorcidas. Segundo Desidério e Miyazaki (2007), tais orientações realizadas com os pais objetivam facilitar o convívio familiar, ajudar a entender o comportamento do portador de TDAH e ensinar as técnicas usadas para manejo dos sintomas a fim de prevenir problemas futuros.

Essas medidas são relevantes, também, por reconhecermos que a família de uma criança com deficiência

lida com vários fatores estressores em seu papel de cuidador, sendo que as características comportamentais e o repertório de habilidades sociais dos filhos são considerados fortes preditores de estresse parental (Assunção, 2011; Freitas, Rocha, & Haase, 2014). Assim, a preparação da família com estratégias cognitivo-comportamentais pode modificar o impacto dos problemas de comportamento na saúde do cuidador e melhorar a relação com criança.

A equipe da neurologia e psiquiatria do SARAH definiu e explicou a proposta de tratamento medicamentoso que, no caso de LFC, tinha como propósito minimizar os sintomas do TDAH para auxiliar a família na reestruturação de crenças e de rótulos negativos sobre a criança, pois já havia uma visão bastante desfavorável de seu comportamento em função das dificuldades que gerava no funcionamento social, na participação escolar e nas relações pessoais. A redução dos sintomas seria, portanto, a base para trabalhar com a família aspectos importantes do processo educativo de LFC na medida em que minimizaria a frequência de comportamentos estressores para as cuidadoras e possibilitaria uma ressignificação de crenças sobre a criança. O metilfenidato (Ritalina) foi a medicação de escolha no caso, considerando sua eficácia e seu baixo custo.

Para seguimento dessas metas, no entanto, era importante a definição de um cuidador de referência para LFC, uma vez que a configuração familiar vinha se modificando constantemente ao longo dos anos, o que impactava diretamente em seu processo educativo e no programa de tratamento. Devido à alternância de cuidadoras, vários entraves ocorreram e repercutiram no andamento do tratamento (p. ex., houve interrupção da Ritalina introduzida, não houve busca efetiva por acompanhamento psicológico/psicoterápico ou mudanças no processo de escolarização).

Analisando esse contexto, em 2013, a avó optou por assumir de fato seus cuidados e sua reabilitação e se tornou a responsável legal da criança, possibilitando a retomada das propostas de tratamento já traçadas. Houve intenção de reintrodução da Ritalina, sendo que a dose inicial correspondia a 25 mg/dia, distribuídos no turno da manhã e no final da tarde. Atualmente, ela faz uso de 30 mg/dia, distribuídos em três períodos conforme as atividades de sua rotina consideradas de maior demanda atencional pela avó e pelo neurologista externo. É importante ressaltar que a equipe de neurologia do SARAH atuou diretamente na implementação do tratamento, com orientações à família sobre indicação, acompanhamento de respostas e revisões trimestrais para ajustes da dosagem até regularização desse atendimento no município de origem.

Para o monitoramento das respostas da criança ao tratamento, considerou-se importante uma avaliação neuropsicológica antes do início da terapia medicamentosa. Para tanto, aplicou-se o BRIEF – Inventário de Funções Executivas (Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2000) com a cuidadora. A percepção da avó apontou um comprometimento global das funções executivas de LFC, principalmente na

iniciativa para desenvolver qualquer atividade e na habilidade de planejamento/organização, sendo relatada necessidade constante de direcionar a criança em todas as etapas de uma tarefa ou situação-problema.

Dados do funcionamento intelectual da LFC a partir do Raven – Matrizes Progressivas Coloridas (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999) não foram obtidos devido ao padrão de desatenção e intolerância para atividades dirigidas, o que interferiria no resultado.

Em paralelo, a psicóloga deu seguimento às demais metas de reabilitação estabelecidas, relacionadas às intervenções psicossociais, como indicado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Resumo das intervenções psicossociais e da sua aplicação na reabilitação após definição da cuidadora de referência da criança

Propostas de intervenção	Aplicação na reabilitação
• Abordagem psicoeducativa com a família	Orientação sobre TDAH e prejuízo das funções executivas
• Orientação sobre estratégias cognitivo-comportamentais no TDAH	Importância da mediação do adulto para resolução de problemas e automonitoramento, modelação, desenvolvimento de habilidades sociais estabelecimento de rotinas
• Desenvolvimento de repertório mais funcional de manejo comportamental	Vivência prática com a família nas atividades da reabilitação instruindo a atenção positiva ao comportamento adequado
• Orientações à escola	Compartilhamento das estratégias para manejo do TDAH em sala de aula via relatório
• Início de psicoterapia em TCC e treinamento de pais	Encaminhamento com dados das avaliações e intervenções já realizadas na reabilitação para contribuir com o seguimento em serviço de seu município
• Acompanhamento próximo com psiquiatra infantil	Relatório elaborado em conjunto com a equipe médica contendo dados das avaliações, diagnóstico de TDAH e medicação iniciada
• Orientação sobre a importância da prática esportiva no TDAH	Acompanhamento junto ao educador físico na vivência inicial de natação durante a internação, incentivando a continuidade no cotidiano

Abordagens sobre as estratégias cognitivo-comportamentais associadas à modelação eram realizadas com a família e, posteriormente, com LFC. Considerando o contexto de reabilitação e o regime de internação hospitalar, tais orientações foram iniciadas em 2013 com a cuidadora de referência e retomadas a cada retorno, não havendo atendimentos nos moldes de sessões clínicas com tempo estimado para a intervenção.

A troca de informações com a escola ocorria com frequência, principalmente via relatórios, com o objetivo de contribuir com o planejamento do trabalho pedagógico

elaborado para a criança. Os educadores eram orientados sobre os dados das avaliações globais realizadas pela equipe interdisciplinar e recebiam sugestões de estratégias para manejo dos sintomas do TDAH em sala de aula, como, por exemplo, envolver a criança nas aulas estimulando sua participação ativa, oferecer atividades breves com maior rotatividade, alternar atividades mais fáceis/prazerosas com atividades desafiadoras, manter a criança em posição mais próxima da professora, trabalhar de forma positiva seu desempenho e participação nas aulas, incentivar o papel de ajudante da professora e analisar que tipos de recursos facilitam sua atenção sustentada. O potencial de LFC para escolarização regular também era exposto à avó, mas ainda havia preferência da família pelo ensino especial. Ressalta-se que, na reabilitação infantil, a parceria entre a equipe de profissionais e os professores da criança é fundamental, sendo que a troca de informações é bastante valorizada no acompanhamento do paciente. Os cuidadores também atuam mediando esse diálogo, já que são os verdadeiros agentes de reabilitação das crianças na prática.

## RESULTADOS

Mudanças positivas foram percebidas no funcionamento global de LFC com a implementação dessas intervenções no cotidiano. A avó seguiu como a principal responsável por sua reabilitação e por seus cuidados gerais. A criança manteve o tratamento medicamentoso com doses ajustadas pelo psiquiatra da cidade de origem com quem iniciou acompanhamento e, também, iniciou psicoterapia com ênfase no manejo dos sintomas do TDAH a partir de técnicas cognitivo-comportamentais ensinadas a ela e aos familiares com os quais coabita. Além disso, efetivou a participação em natação em sua rotina.

Nove meses após uso regular de Ritalina, o Inventário BRIEF (Gioia et al., 2000) foi reaplicado com a avó. Diferentemente da primeira avaliação, o controle emocional, a flexibilidade cognitiva e a regulação comportamental foram habilidades consideradas preservadas, sendo essa a mudança comparativa mais significativa no período. As habilidades metacognitivas ainda são deficitárias e, apesar da redução na maioria dos escores que compõem os domínios das funções executivas sinalizando ganhos, LFC segue com indicação de investimento nessa área, principalmente nas habilidades de automonitoramento e planejamento/organização.

A melhora atencional possibilitou, dessa vez, a aplicação do instrumento psicométrico Raven (Angelini et al., 1999), indicando capacidade intelectual correspondente à média inferior da população de mesma faixa etária. Não foi observada dificuldade de manter a atenção diante de estímulos concorrentes durante essa testagem, o que possibilitará ampliar a avaliação neuropsicológica com baterias mais longas nos próximos retornos.

A Tabela 2 ilustra o desempenho da criança nos principais testes aplicados para avaliação de suas respostas às intervenções.

**Tabela 2.** Escores da criança nos principais testes, antes e após as intervenções múltiplas para o TDAH

Instrumentos	Escores antes Bruto (escalonado)	Escore após Bruto (escalonado)	Interpretação final
Matrizes Progressivas Coloridas (Raven: escala especial)	-	18 (-)	Médio inferior
Inventário de Funções Executivas (BRIEF)	28 (72)	23 (72)	Prejudicado
Inibição	18 (68)	16 (62)	Preservado
Flexibilidade	25 (69)	18 (54)	Preservado
Controle emocional	24 (87)	18 (68)	Prejudicado
Iniciativa	24 (70)	22 (66)	Prejudicado
Memória de trabalho	35 (82)	31 (75)	Prejudicado
Planejamento/organização	17 (66)	18 (69)	Prejudicado
Organização de materiais	21(72)	23 (78)	Prejudicado
Monitoramento	71 (77)	57 (64)	Preservado
Regulação comportamental	121 (79)	112 (74)	Prejudicado
Metacognição	192 (80)	161 (71)	Prejudicado
Funções executivas globais			

No BRIEF, consideram-se prejudicados os domínios com escore escalonado acima de 65.

Houve repercussão positiva também na aprendizagem. Apesar das alterações que LFC apresenta nas habilidades perceptomotoras que dificultam o grafismo, a redução dos sintomas de TDAH, as estratégias de manejo adotadas pelos professores e o apoio pedagógico particular promoveram ganhos no processo de letramento.

Mudanças no repertório social da criança foram observadas por toda a equipe de reabilitação: expressão assertiva de opiniões, realização e seguimento de acordos, participação em atividades coletivas com regras, manifestação de afeto por pares etários e habilidade de julgamento social em desenvolvimento. Atualmente, a avó não apresenta condutas de vigilância constante da criança, que interage em grupos sem a necessidade de supervisão de um adulto para a resolução de possíveis conflitos.

Com o desenvolvimento de um repertório social mais adequado e da habilidade de regulação comportamental, a família retomou atividades de lazer com a criança, o que retroalimenta suas experiências e estimula seu desenvolvimento global. Uma visão positiva da família sobre LFC predomina atualmente, sendo frequentes os elogios sobre seu comportamento e suas habilidades.

LFC também está desenvolvendo percepções positivas sobre si e sobre as relações que estabelece nos contextos escolar, social e familiar, conforme dados da Escala de Autoconceito Infantil-Juvenil (EAC-IJ), de Sisto e Martinelli (2004). Já inicia habilidades metacognitivas ao refletir sobre seu próprio comportamento e tratamento, observando melhora do engajamento atencional em uso de Ritalina.

Os últimos atendimentos com a psicologia ocorreram em novembro de 2016 devido ao andamento de propostas ortopédicas, sem outras demandas por parte da família. Os relatos de ganhos no funcionamento socioadaptativo desde

o início das intervenções são constantes nas revisões em equipe. LFC desenvolveu algumas habilidades de autocuidado e de independência em tarefas como banho e vestuário, com redução do apoio para efetivar as etapas das tarefas. Sabe-se que atividades semelhantes promoviam conflitos entre a criança e a família devido ao comportamento de recusa, o que não mais ocorre nessas situações rotineiras. Atualmente, a avó mantém-se próxima e auxilia na organização e no planejamento de tarefas com pistas verbais, estimulando as funções executivas.

## DISCUSSÃO

Os dados de avaliações quantitativas com instrumentos específicos e, principalmente, das avaliações qualitativas realizadas com LFC nesses cinco anos de acompanhamento apontam resultados positivos após as intervenções farmacológicas e psicossociais para tratamento do TDAH no contexto da reabilitação. Esse resultado corrobora a literatura sobre a eficácia do tratamento medicamentoso em crianças com TDAH e PC (Gross-Tsur et al., 2002; Symons et al., 2007) e da TCC no tratamento de problemas de comportamento (Lopez-Villalobos, Lopez-Sanchez, & Andres-De Llano, 2019; Lyszkowski & Rohde, 2011; Ribeiro, 2016).

Neste relato específico, observou-se que a melhora dos sintomas de TDAH favoreceu o aprendizado escolar e a autorregulação comportamental, bem como possibilitou a ampliação do repertório social e a melhora do vínculo entre cuidadora e criança. Esses ganhos vão ao encontro dos estudos que pontuam o quanto o TDAH impacta negativamente as relações sociais, afetivas e do meio escolar (Benczik & Casella, 2015; Ribeiro, 2016). Também se ilustrou que a redução dos sintomas primários pode beneficiar outros eixos do desenvolvimento, o que possibilita investimento em novas

propostas de reabilitação (p. ex., estimulação das habilidades de independência, das funções executivas e da coordenação visuomotora). Além disso, a melhora comportamental foi importante para a efetivação de metas de reabilitação relacionadas ao quadro ortopédico.

É notória a importância da família para a efetivação e o resultado do tratamento indicado quando a população infantil é o alvo da intervenção. Como os prejuízos decorrentes do transtorno em crianças aparecem mais no contexto escolar e familiar, é necessário investimento em treinamento de pais e professores, os quais enfocam a psicoeducação dos cuidadores como intervenção fundamental (Ribeiro, 2016).

O Método SARAH (Braga, 2008) já reconhece o papel da família como agente de reabilitação na estimulação da criança com lesão cerebral e, em casos de TDAH associado, portanto, as abordagens psicoeducativas ao cuidador são fundamentais em várias etapas do acompanhamento. O conhecimento do psicólogo sobre a TCC também se mostra necessário diante das orientações e intervenções que são delineadas como parte do programa de tratamento da criança com PC e TDAH associado, mesmo que o contexto de reabilitação não envolva uma atuação como psicoterapeuta clínico. A atuação em equipe também foi abordada, confirmando sua relevância em todas as etapas da reabilitação da criança, salientando a importância de o plano de tratamento e a escolha das técnicas a serem aplicadas levarem em consideração o prejuízo dos sintomas, as comorbidades, a motivação do paciente e a disposição da família (Ribeiro, 2016).

Assim, o programa de reabilitação de LFC seguirá com novas metas e intervenções, com retornos planejados para acompanhamento da aprendizagem, complementação das avaliações neuropsicológicas, orientações para estímulo das funções executivas e de tarefas práticas, e reavaliação do grafismo e do padrão de marcha após intervenção cirúrgica. Abordagens psicoeducativas com a criança também são metas para o futuro e serão delineadas conforme as demandas trazidas pela família, que podem se modificar a cada momento.

## CONCLUSÃO

Este estudo elucida a importância do conhecimento sobre o caráter primário e secundário dos comportamentos disfuncionais do TDAH para adequado diagnóstico e intervenção, principalmente em criança com lesão cerebral. O diagnóstico é clínico, realizado por equipe interdisciplinar e precisa considerar a história da criança e seu contexto de vida. Avaliações ecológicas e neuropsicológicas somam-se no processo. As intervenções psicossociais embasadas na TCC e o manejo medicamentoso também são promissores no tratamento do TDAH associado a PC, mesmo no contexto de reabilitação, como observado no caso clínico apresentado. Por fim, enfatiza-se a importância da família para a efetivação e o resultado do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, T.C.S., Ruedell, A.M., Nobre, J.R.S., & Tavares, K.O. (2015). Paralisia cerebral: Impacto no cotidiano do cuidador. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19(03), 171-178.
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Angelini, A.L., Alves, I.C.B., Custódio, E.M., Duarte, W.F., & Duarte, J.L.M. (1999). *Matrizes progressivas coloridas de Raven: Escala especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.
- Assunção, P.F. (2011). Estresse em cuidadores de crianças com deficiência física: Uma revisão bibliográfica (p. 192). *Resumos do Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Curitiba, 8.
- Bellé, A.H., Pelisoli, C., & Bosa, C. (2007). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade na infância: Caracterização, diagnóstico e tratamento. In M. G. Caminha & R. M. Caminha (Org.), *A prática cognitiva na infância* (pp. 200-220). São Paulo: Roca.
- Braga, L. W. (1995). *Cognição e paralisia cerebral: Piaget e Vygotsky em questão*. Salvador: SarahLetras.
- Braga, L. W. (2008). Método SARAH: Princípios e aplicação. In L. Braga, & A. C. Paz Junior (Org.), *Método SARAH: Reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral* (pp. 1-16). São Paulo: Santos.
- Benczik, E.B.P., & Casella, E.B. (2015). Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. *Revista Psicopedagogia*, 32(97), 93-103.
- Breslau, N. (1985). Psychiatric disorder in children with physical disabilities. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24(1), 87-94.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: Tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre: Artmed.
- Brossard-Racine, M., Hall, N., Majnemer, A., Shevell, M. I., Law, M., Poulin, C., & Rosenbaum, P. (2012). Behavioural problems in school age children with cerebral palsy. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(1), 35-41.
- Desidério, R., & Miyazaki, M.C.D.O. (2007). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Orientações para a família. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11(1), 165-178.
- Domitrovic, N., & Caliman, L.V. (2017). As controvérsias sócio-históricas das práticas farmacológicas com o metilfenidato. *Psicologia & Sociedade*, 29, 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e163163.pdf>.
- Duran, R.V.D.R., & Goodman, R. (2000). Morbidade psiquiátrica em crianças com alterações neurológicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suppl. 2), 52-54.
- Freitas, P.M., Rocha, C.M., & Haase, V.G. (2014). Análise dos preditores do estado psicológico das mães de crianças com paralisia cerebral. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 453-473.
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function: Professional manual*. *Canadian Journal of School Psychology*, 34(1), 73-78.
- Gross-Tsur, V., Shalev, R.S., Badihi, N., & Manor, O. (2002). Efficacy of methylphenidate in patients with cerebral palsy and attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*, 17(12), 863-866.
- Lopez-Villalobos, J.A., Lopez-Sanchez, M.V., & Andres-De Llano, J. (2019). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCrea*, 8, 95-105.

- Lyszkowski, L.C., & Rohde, L.A. (2011). Treinamento de pais no tratamento do TDAH na infância. In Caminha, M.G. & Caminha, R.M. (Org.), *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil* (pp. 241-280). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Malloy-Diniz, L.F., Mattos, P., Abreu, N., & Fuente, D. (2016) O exame neuropsicológico: o que é e para que serve. In L.F.Malloy-Diniz, P. Mattos, N. Abreu, & D. Fuente. (Org.), *Neuropsicologia: Aplicações clínicas* (pp. 21-34). Porto Alegre: Artmed.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A, Rohde, L. A. & Pinto, D. (2006). 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.
- Mazzoni, H.M.O, & Tabaquim, M.D.L. M. (2015). Distúrbio de conduta e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Uma análise diferencial. *Encontro: Revista de Psicologia*, 13(18), 29-44.
- Miranda, M.C., Muskat, M., & Mello, C.B. (2013). *Neuropsicologia do desenvolvimento: Transtornos no neurodesenvolvimento*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Neufeld, C. B., & Cavenage, C.C. (2010). Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 3-36.
- Oliveira,C.T., & Dias, A.C.G. (2018). Psicoeducação do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade: O que, como e para quem informar? *Trends in Psychology*, 26(1), 243-261.
- Peron, N.B., & Sartes, L.M.A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: Revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 42-49.
- Ribeiro, P. S. (2016). TCC e as funções executivas em crianças com TDAH. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 126-134.
- Shank, L.K., Kaufman, J., Leffard, S., & Warschausky, S. (2010). Inspection time and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with cerebral palsy. *Rehabilitation psychology*, 55(2), 188-193.
- Silva, S.L., Rodrigues, F.V., & Pereira, D.A. (2012). Pressupostos e experiências de atendimentos de reabilitação neuropsicológica ecológica. In J. Abrisqueta-Gomez & cols., *Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica* (pp. 334-342). Porto Alegre: Artmed.
- Sisto, F.F.; Martinelli, S.C. (2004). *Escala de Autoconceito Infanto-Juvenil (EAC-IJ)*. Manual São Paulo: Vetor.
- Symons, F.J., Tervo, R.C., Kim, O., & Hoch, J. (2007). The effects of methylphenidate on the classroom behavior of elementary school –Age children with cerebral palsy: A preliminary observational analysis. *Journal of Child Neurology*, 22(1), 89-94.