

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO DIAGNÓSTICO INFANTIL DE TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Nathália Miranda de Oliveira¹, Alessandra Maria Rocha Rodrigues Maier², Andréa Grano Marques³

¹Acadêmica do Curso de Psicologia, Universidade Cesumar - UniCesumar, Maringá/PR. Bolsista PIBIC/ICETI-UniCesumar.
nath__90@hotmail.com

²Coorientadora, Docente do Curso de Medicina, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, UNICESUMAR, Maringá/PR.

³Orientadora, Docente do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, UNICESUMAR, Maringá/PR. Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI). Bolsista Produtividade em Pesquisa do ICETI.

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta sintomas de desatenção e hiperatividade ou impulsividade. Na atualidade o sofrimento psíquico tem sido entendido como transtorno e, como consequência, os comportamentos e os afetos têm sido medicalizados. O presente estudo de caso teve por objetivo investigar os aspectos psicossociais da família de uma criança diagnosticada com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. A amostra foi composta por uma criança com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, com idade de 11 anos, sexo masculino, que estava sendo atendida pela Associação de Proteção à Maternidade, à Infância e à Família de Maringá, localizada no município de Maringá-Paraná. Os pais foram contatados e após os esclarecimentos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada entrevista semiestruturada com a progenitora do sexo feminino, as perguntas versaram sobre o desenvolvimento da criança e a percepção do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, assim como a história da família e, posteriormente, foi empregada a técnica projetiva denominada Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias (DF-E) com a criança.

PALAVRA-CHAVE: Psicanálise; Promoção da Saúde; Técnicas Projetivas.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade tem sido um dos transtornos do neurodesenvolvimento com o maior aumento de diagnósticos na última década, sendo considerado como uma epidemia que atinge crianças em sua maioria em idade escolar (FERREIRA, 2016), cuja prevalência em crianças é de aproximadamente 5% (REZENDE, 2017). O aumento do número de diagnósticos implica no aumento da medicalização, ou seja, de crianças medicalizadas e, conseqüentemente, da patologização da infância. A patologização da infância é quando as características subjetivas de cada criança são entendidas como desajustes biológicos que precisam ser medicados e controlados, dessa forma, o desejo de filhos ideais e a promessa de soluções mágicas faz crescer consideravelmente a busca por tratamento medicamentoso (CRUZ; OKAMOTTO; FERRAZZA, 2016; MARIOTTO, 2015).

Há muitos atravessamentos por trás de um transtorno e, neste caso, o desejo de calar os sintomas e as agitações da criança é apresentado principalmente pela escola e pela família (LACET; ROSA, 2017). A intenção de silenciar as crianças e adequar os seus comportamentos são reduzidos a questões médicas e deixa-se de dar atenção ao que esse sintoma tem a dizer, assim, a busca por igualar os comportamentos infantis é realizada por meio da medicalização (LACET; ROSA, 2017).

Teixeira (2020) descreveu concepções sobre a função do(s) sintoma(s) apresentado(s) pelo sujeito e considerou que a criança demonstra as situações e os conflitos por ela vivenciados por meio de sintomas, desta forma a criança busca revelar o que está oculto na própria dinâmica familiar. A autora salientou que muitas vezes os progenitores ou cuidadores demoram para procurar ajuda de profissionais para a

compreensão do(s) sintoma(s) apresentado(s) e que quando chegam ao consultório estão exaustos e com a sensação de impotência diante da complexidade da situação.

Os fatores psicossociais podem influenciar na etiologia do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, assim como na intensidade e na continuação dos sintomas. Alguns desses fatores foram expostos por Pires (2011), e dentre eles destacam-se: ausência de relações estáveis parentais; transtornos econômicos e a falta de cuidado materno. Pires, Silva e Assis (2012) apontaram também que a vivência em famílias disfuncionais, podem antever o surgimento do transtorno sendo que uma das possíveis causas das disfunções está relacionada às questões sociais e econômicas. Em uma pesquisa realizada por Sousa (2020) foram descritos os fatores ambientais que podem estar associados ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, sendo elencados a baixa renda familiar e a educação severa ou hostil.

Estudo realizado por Koltermann (2018) que avaliou crianças de três a seis anos de idade comprovou que o nível socioeconômico influencia no desenvolvimento cognitivo infantil e também se configura como fator de risco para o aparecimento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, destacando três fatores associados ao aparecimento do transtorno, sendo eles: sexo, etnia e renda família. Segundo o mesmo autor pode-se verificar em pesquisas que o transtorno é relatado na maioria dos casos por famílias com baixa renda (KOLTERMANN, 2018).

Diante deste cenário o objetivo do presente estudo foi investigar os aspectos psicossociais da família de uma criança diagnosticada com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, segundos Prodanov e Freitas (2013) o estudo de caso visa coletar e analisar as informações obtidas de um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade, com o objetivo de estudar sobre características variadas de sua vida, conforme o tema da pesquisa. Para Medeiros (2012) a pesquisa qualitativa é utilizada como um processo que proporciona ao pesquisador aproximar-se do entrevistado de forma que possa conhecer o mundo simbólico e particular das experiências subjetivas, visando compreender os processos inerentes a sua realidade.

A amostra investigada consistiu em uma criança com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, que será retratada durante todo o estudo como J., com idade de 11 anos, sexo masculino, atendido pela Associação de Proteção à Maternidade, à Infância e à Família de Maringá, localizada no município de Maringá-Paraná. Os pais foram contatados e após os esclarecimentos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada entrevista semiestruturada com a progenitora do sexo feminino, as perguntas versaram sobre o desenvolvimento da criança e a percepção do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, assim como a história da família e, posteriormente, foi empregada a técnica projetiva denominada Procedimento de Desenhos de Famílias com Estórias (DF-E) com a criança. As principais características do procedimento consistem em uma série de quatro desenhos que são propostos para a criança realizar: uma família qualquer, uma família ideal, uma família em que alguém não está bem e a própria família. Após a realização de cada desenho é sugerido a criança que elabore uma estória associada livremente e um título para a estória, ao final o avaliador faz um inquérito para compreender melhor as situações descritas pela criança (Trinca, 2013).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados obtidos por meio da entrevista com a mãe nos possibilitaram refletir sobre questões relacionadas ao campo social em que a criança esteve inserida desde o seu

nascimento. A família morava no Estado de Alagoas e migrou para Maringá, onde residem atualmente, em busca de melhores condições de vida. A mãe relatou que a rede de assistência à saúde da criança que compreende a Unidade Básica de Saúde, a escola e outros locais que frequentam, como a Associação de Proteção à Maternidade, à Infância e à Família de Maringá, proporcionam uma rede de cuidados e de apoio diferente do Estado de Alagoas.

Os fatores relacionados a renda são questões relevantes ao falar sobre o estado de Alagoas, segundo dados do IBGE, o estado de Alagoas está em 26^o no ranking nacional de Rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020). Segundo Santos (2018) houve um considerável crescimento de renda, levando em conta a melhor distribuição de renda e os programas sociais voltados para a transferência de renda, como o Bolsa Família, entretanto o nível de pobreza do estado ainda é muito alto. Além das questões de renda, um grave problema do estado são as altas taxas de mortalidade neonatal, segundo Medeiros et al. (2019) a mortalidade infantil está dividida em neonatal e pós-neonatal, sendo que cerca de mais de 70% dos óbitos são do período neonatal. Em 2016, o estado de Alagoas estava em 4^o posição de estados com maiores taxas de mortalidade neonatal (MEDEIROS et al., 2019).

A progenitora do sexo feminino narrou que moravam no Estado de Alagoas quando J. nasceu e, que com menos de um mês de vida o bebê precisou ficar internado em Unidade de Terapia Intensiva, em estado de coma por 2 dias. Esse episódio foi marcante na vida desta mãe por temer que o filho morreria, o mesmo pressentimento que teve ao receber o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pois num primeiro momento entendeu como sendo uma doença fatal.

O ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal pode ser um ambiente de intensos traumas tanto para a mãe quanto para o bebê, esse ambiente é considerado pelas mães como hostil, pois há a entrada de profissionais a todo momento, uso de aparelhos desconhecidos, alta iluminação e diferentes tipos de ruídos (MELO et al., 2016). Segundo Melo et al. (2016) as mães percebem o ambiente como sendo um local obscuro destinado a crianças com risco de vida, ou seja, que poderiam não sobreviver gerando inseguranças nos pais que acompanham seus filhos. Desta forma, esse momento traz significativas influências tanto na formação do vínculo entre a mãe e o seu bebê quanto na dinâmica familiar.

O Brasil possui uma alta taxa de mortalidade, inclusive mortalidade neonatal e o estado de Alagoas é o que possui a taxa mais alta do país, de acordo com pesquisa realizada por Medeiros et al. (2019), entre os anos de 2008 até 2017 o estado registrou 5.647 óbitos. Há a ocorrência de uma queda significativa de óbitos, porém ainda é uma quantidade alta para a capacidade do país e isso pode ser um indicador de condições desfavoráveis de vida e de saúde da população (MEDEIROS et al., 2019). Ao se deparar com a possibilidade da morte de um filho recém-nascido, causados pela angústia e incertezas vivenciadas durante o período de internação, levam a uma preocupação do que pode acontecer com a criança tanto durante a internação e também após a internação (MELO et al., 2016).

É sabido que mãe-bebê possui uma relação unitária durante alguns meses após o nascimento da criança, essa relação é necessária para a maturação emocional do bebê e que nesse primeiro momento de vida do bebê a mãe precisa se dedicar aos cuidados básicos dessa vida recém-chegada. Lins (2015) apontou que Winnicott considerou que os cuidados maternos após o nascimento da criança faziam parte do que ele chamou de *Holding*, esse termo se refere a qualidade do ambiente que decorre de como a mãe segura o bebê no colo e atende as suas necessidades, o *Holding* é essencial para a maturação emocional do bebê.

Winnicott (1999), traz a família em seus escritos como sendo a matriz fundamental para o desenvolvimento da criança e considera que o ambiente satisfatório seria aquele

que proporciona o desenvolvimento adequado da criança, pois compreende que a saúde emocional depende do desempenho familiar com a prole.

A percepção que a mãe de J. tem desde seu nascimento perdurou ao longo do crescimento da criança que ao receber o diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade do filho pensou que seria uma doença letal, o que nos revelou que essa mãe tem uma visão de fragilidade em relação a essa criança. Levando em consideração a alta taxa de mortalidade do estado de origem da família é compreensível que a mãe tenha essa visão e que quando descobre um transtorno que até então não conhece entende que isso fará com que ele morra. A mãe revive o medo que teve de perder o filho nos primeiros momentos de vida da criança.

Quando os pais se mudaram para Maringá, a progenitora relatou que ficaram um período na casa de parentes, essa casa era residida por muitas pessoas em uma moradia pequena, que não comportava todos de forma satisfatória. A criança mostrou esse período de sua vida no último desenho, a solicitação foi que desenhasse a “sua própria família”, a criança desenhou quatro pessoas, uma casa e um mercado, como pode ser observado no desenho abaixo:



TÍTULO: “As pessoas mais azaradas do mundo”

ESTÓRIA: “como assim” – Explicado novamente, voltou a desenhar – “Eles foram passear e pensaram que iam fazer janta aí foram no mercado e tava fechado” (E aí, o que eles fizeram?) – “Eles voltaram no outro dia e tava fechado de novo” (Quem são essas pessoas?) “Meu pai, minha mãe e meu irmão”. “Ah não, é meu tio, minha tia e os filhos deles, um tem 7 anos e o outro é neném” (E como eles se sentiram?) “Muito azarados” “eu não sou bom com histórias”.

J. descreveu a família como sendo a mais azarada do mundo, e é possível articular que a criança faz menção ao período em que chegaram em Maringá e a família precisou se alojar na casa de alguns parentes. A criança pede para alterar os personagens, que antes informa que são seus pais e seu irmão, e depois muda para os tios. J. mostra no desenho e na história que o período em que chegaram na cidade foi confuso e com muitas situações que fizeram com que a criança ficasse confusa, e assim, podemos também entender que a situação não foi esclarecida à criança, dando espaço para que suas fantasias em relação à nova vida estivessem presentes. Uma possível questão imaginária, analisada de acordo com a história de vida da criança, é de que os tios se sentiam azarados por terem que receber a família vinda de Alagoas, essa criança percebe-se como estranhos e invasores de uma outra família.

Quando diz respeito a limites, os pais relatam que não conseguem impor a essa criança, a cuidadora se mostra participativa do tratamento da criança, mas quando é

necessário impor limites, não o faz. Em um momento, a criança relata que os pais não dão muita atenção, principalmente o pai, ainda relata que estes não se importam com suas coisas. Brigam quando a criança faz coisas “erradas” (consideradas pelos cuidadores como erradas) e que não dão atenção para as coisas “bem-feitas”. Benczik e Casella (2015) expõe que em alguns casos os pais sentem-se fracassados e/ou cansados com a criação dos filhos e esse cansaço faz com que lancem pouquíssimos esforços para solicitar aos filhos demandas que não são correspondidas, diante desse cenário, a criança se vê livre para fazer o que lhe vier à mente. Essa falta de supervisão e de como mencionamos em relação ao caso, a falta de limite imposta por esses progenitores são vistas como comportamentos hiperativos dos filhos e como falta de educação.

Além da sensação de cansaço, os pais sentem-se estressados quando estão enfrentando o desafio de serem cuidadores de crianças com o diagnóstico de TDAH, não só aos cuidadores, mas também, as crianças que vivenciam a situação e compartilham o sofrimento de suas famílias (REZENDE, 2017). O autor ainda evidencia que os cuidadores de crianças com esse diagnóstico precisam se empenhar na organização e nas tarefas rotineiras (REZENDE, 2017). Além dos pontos citados, é necessário que os cuidadores estejam alinhados e que consigam impor e manter limites aos filhos, a fim de não justificar seus comportamentos pelo diagnóstico e corroborar com o discurso patologizante.

J. enquanto isso, mostra em seus desenhos uma família que tenta dar suporte a criança, mas pouco participativa em suas questões, inclusive a criança não consegue imaginar ou expressar o que sua família está fazendo ou pensando. Um dado importante nas investigações é que a criança se negou a fazer o segundo desenho, “uma família ideal”, mostrando que não há recursos disponíveis para projetar uma família além da sua, real. Outra questão considerável, é quando a criança repetidas vezes diz que não sabe fazer, ou que não é bom com histórias. Esse dado nos mostra o que a criança conta sobre os pais não ligarem quando faz algo “certo” e brigarem quando faz algo errado, Araújo (2017) expõe que um dos sentimentos subjetivos de crianças diagnosticadas com o transtorno estão relacionados a insegurança, Mitjáns Martínez (2017 apud ARAÚJO; CAMPOLINA, 2017) relata que quando uma criança internaliza os seus “problemas de aprendizagem”, inevitavelmente isso se torna um ponto de barreira para o seu desenvolvimento.

Quando J. fala que não é bom, ou que não sabe e até mesmo se nega a fazer um desenho, podemos propor uma análise voltada para o sentimento que a criança internaliza sobre a suposição que fizeram de si, como uma criança que possui dificuldades, ou, uma criança que possui TDAH e por isso não consegue fazer, ou que por conta do TDAH possui determinado comportamento. Assim, os processos singulares de uma criança passam a ser entendidos como disfunções orgânicas, que encontrariam soluções médicas a questões sociais e subjetivas (CRUZ, OKAMOTO, FERRAZZA, 2016).

Diante dos pontos abordados, percebemos com esse estudo que os fatores desencadeantes de um transtorno estão para além de questões biológicas, fisiológicas ou hereditárias, conforme o que foi apresentado, fatores socioeconômicos e sociais, como altas taxas de mortalidade e a forma como os cuidadores compreendem os comportamentos influenciam atitudes familiares que necessitam de atenção. Quando um sintoma aparece, a pressa em eliminá-lo com medicalização e dar fim ao incomodo que gera e que muitas vezes denunciam algo errado manifestam a necessidade de voltar o olhar para além do sintoma que é dado a ver, e realizar tentativas de compreender quais fatores estão influenciando ou que influenciaram o surgimento, agravamento ou continuação do transtorno.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos aspectos apresentados, entende-se que as questões psicossociais, como: Questões socioeconômicas inferiores e as altas taxas de mortalidade

neonatal que a família vivenciou durante um tempo considerável em Alagoas possui grande importância na vida dessa família. É preciso levar em consideração toda a história de vida da família, não apenas o sintoma demonstrado pela criança, que passa a ser um reflexo de situações experimentadas, mas também, a forma como essa família entende os comportamentos e os sintomas da criança. Assim, entendemos a medicalização como tendo o papel de calar o que as crianças estão percebendo do meio e transformando em sintoma, já que ainda não possuem recursos psíquicos para elaborar e expor em palavras.

Muito se fala sobre as causas do tdah serem hereditárias e/ou biológica, ainda não há comprovações sobre o cunho hereditário. Por isso, é importante levar em consideração todos os aspectos envolvidos em uma estrutura familiar: questões financeiras, qualidade do ambiente, condição de cuidado com a criança, entre outras questões.

Por fim, com essa pesquisa foi possível perceber que a patologização e a medicalização de afetos estão sendo cada vez mais comuns e contribuem para uma forma de não ouvir a criança sobre seus conflitos. Deixar de ouvir uma criança é transformá-la em um ser não social, sem capacidade de compreender ao seu redor e reduzi-los a sujeito sem consciência.

REFERÊNCIA

ARAÚJO, Camila Z. L.; CAMPOLINA, Luciana O. **O TDAH e as produções subjetivas da criança: problematizando o diagnóstico com pais e professores.** 2017. 66 f. Relatório final (iniciação científica) – Centro Universitário de Brasília, Brasília-DF, 2017.

BENCZIK, Edyleine B. P.; CASELLA, Erasmo B. Compreendendo o impacto do TDAH na dinâmica familiar e as possibilidades de intervenção. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 32, n. 97, p. 93-103, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862015000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jul. 2021.

CRUZ, Murilo G. A.; OKAMOTO, Mary Y.; FERRAZZA, Daniele A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Interface**, v. 20, n. 58, p. 703-714, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n58/703-714/>> Acesso em: 04 de jul de 2021.

FERREIRA, Janaina G. O. **TDAH e diagnóstico: impactos na educação e nos dias atuais.** Frutal: Prospectiva, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente. Brasil: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pesquisa/48/48986?indicador=48986&tipo=ranking>> Acesso em: 16 de jul de 2021.

KOLTERMANN, Gabriella. **Sintomas de tdah, desempenho neurocognitivo e nível socioeconômico em crianças de 3º e 4º anos do ensino fundamental.** 2018. 70 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

LACET, Cristine; ROSA, Miriam D. Diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e sua história no discurso social: desdobramentos subjetivos e éticos. **Psic. Rev.**, v. 26, n.2, p. 231-253, 2017. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27565/24036>> Acesso em: 04 de jul de 2021.

LINS, Maria I. A. **Consultas terapêuticas: Uma prática clínica de D. W. Winnicott.** 2º Reimp. São Paulo: Casa do psicólogo, 2015

MARIOTTO, Rosa M. Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa M. **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência.** São Paulo: Escuta, 2015.

MEDEIROS, Marcelo. Pesquisas de Abordagem Qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 14, n. 2, p. 224-225, 2012.

MEDEIROS, Valéria A. B et al. PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL EM ALAGOAS NO PERÍODO DE 2008 A 2017. **Revista Ciência Plural**, V.5, n.2, p. 16-31, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16212/11968>> Acesso em: 04 de jul de 2021.

MELO, Rosana A. et al. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Id on Line Rev. Psic.**, [S.l.], V.10, N. 32. p. 88 – 103, Nov-Dez/2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/569/786>> Acesso em: 15 de jul de 2021.

PIRES, Thiago O. **“Fatores psicossociais relacionados ao transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em escolares do município de São Gonçalo”.** 2011. 83 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PIRES, Thiago O.; SILVA, Cosme M. F. P.; ASSIS, Simone G. Ambiente familiar e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 46, n. 4, p. 624-632, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/yDfwgymmXn36qkdHQQxmRWCw/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 22 de jul de 2021.

PRODANOV, Cleber C.; FREITAS, Ernani C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2º ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013.

REZENDE, Fernanda P. **Estresse, estilo parental e percepção de suporte familiar no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.** 2017. 47f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2017.

SANTOS, Anderson M A. Evolução Temporal da Pobreza no Estado de Alagoas: uma análise do período 2001-2012. **Rev. Paranaense de desenv.**, Curitiba, v. 39, n. 134, p. 37-53, jan/jun. 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547951>> Acesso em: 16 de jul. de 2021.

SOUSA, Anthony F. et al. **Attention deficit hyperactivity disorder.** In: Rey JM & Martin A (eds), JM Rey’s IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Edição em Português de: CAMPOS, Felipe M. M.; SILVA, Flávio D. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2020. Disponível

em: <<https://iacapap.org/content/uploads/D.1-ADHD-Portuguese-2020.pdf>> Acesso em: 15 de jul de 2021.

TEIXEIRA, Gilvânia G. Psicanálise com crianças: O lugar do sintoma da criança na família. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 06, Vol. 06, pp. 75-85. Junho de 2020. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/sintoma-da-crianca>> Acesso em: 15 de jul de 2021.

TRINCA, Walter. **Formas de investigação clínica em psicologia**: procedimento desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 2013.

WINNICOTT, Donald. **Tudo começa em casa**. Tradução Paulo Sandles. 3º ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.