

O USO DA EPISTEMOLOGIA CONVERGENTE COMO MÉTODO DE DIAGNOSE APLICADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH): UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO¹

THE USE OF CONVERGENT EPISTEMOLOGY AS A DIAGNOSIS METHOD APPLIED TO CHILDREN AND TEENAGERS WITH ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD): A CLINIC CASE STUDY

Alfons Heinrich ALTMICKS²

RESUMO: Esta investigação teve por escopo evidenciar o uso de metodologias clínicas na Neuropsicopedagogia, mais especificamente, a Epistemologia Convergente, de Jorge Visca, como via de diagnose para casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Nesse sentido, procurou-se aplicar as etapas previstas no método de Visca a um caso clínico, o que dotou a pesquisa de uma natureza indicativo-experimental. Os instrumentos de obtenção de informações que pautaram a pesquisa, além daqueles previstos pela Epistemologia Convergente, foram a observação sistemática neutra e a utilização de um quadro conceitual classificatório da nosologia do TDAH, confeccionado em concordância com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), da *American Psychiatric Association*.

Palavras-Chave: Neuropsicopedagogia. Epistemologia Convergente. TDAH.

ABSTRACT: This investigation used clinical methods in Neuropsychic Pedagogy, specifically the convergent epistemology of Jorge Visca, as a way to diagnose Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) cases. Thus, it is an attempt to apply the steps predicted by Visca's method to a clinic case, which turned this research into an indicative-experimental research. The instrument that supported this paper were the neutral systematic observation and the use of a conceptual board for ADHD nosologic classification, built under the reference of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V, from American Psychiatric Association.

Keywords: Neuropsychic Pedagogy. Convergent Epistemology. ADHD.

INTRODUÇÃO

Face à inespecificidade da sua nosologia, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos distúrbios ethocognitivos mais difíceis de se diagnosticar³.

¹ Recebido em: fevereiro de 2020 | Aceito em: janeiro de 2022.

² Bacharel em Comunicação Social (UCSal) e em Pedagogia (FAZAG). Mestre em Ciências da Educação (USC) e Mestre em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social (UCSal). Doutorando em Educação e Contemporaneidade (UNEB). Docente integrante dos quadros da Universidade Católica do Salvador (UCSal). E-mail: altmicks@bol.com.br

³ Para fins deste artigo, o verbo “diagnosticar” deve ser entendido no seu sentido amplo, qual seja, como sinônimo de “identificar”, conquanto a diagnose clínica de transtornos do neurodesenvolvimento e de transtornos disruptivos só possa ser efetivada por profissionais dos campos da Neurologia e da Psiquiatria.

Frequentemente confundido com outras disfunções disjuntivas, disruptivas e ethocognitivas, como Depressão, Déficit Cognitivo Difuso (DCD), Transtorno Afetivo-Bipolar (TAB) e, até mesmo, Transtorno do Espectro Autista (TEA), o diagnóstico do TDAH demanda uma exaustiva atitude investigativa de toda uma equipe multidisciplinar para a sua efetivação. Normalmente, como vetor deste trabalho conjunto, cabe ao neuropsicopedagogo identificar, em primeira mão, os sintomas do TDAH e encaminhar a criança-paciente aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, que consubstanciarão o tratamento.

A dificuldade enfrentada pelo neuropsicopedagogo em identificar o TDAH é de ordem clínico-metodológica, uma vez que, a despeito de haver dezenas de métodos clínicos capazes de fazê-lo, a exemplo do método de sobreposição de sintomas, previsto no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” – (DSM-V), da American Psychiatric Association (APA) (2014), ou do método de eliminação de sintomas, comorbidades e fatores de risco compartilhados, da Association for Youth, Children and Natural Psychology (YCNP) (2013), estes pertencem ao rol das metodologias clínicas da Psicologia ou da Psiquiatria, não constando, portanto, do manancial formativo que habilita a prática do neuropsicopedagogo.

Segundo Condemarín (2006), a maior parte dos diagnósticos de TDAH provém na escola — obtida, sobretudo, do olhar atento do neuropsicopedagogo. Isso não é de se estranhar, afinal, a nosologia do TDAH está relacionada diretamente com cognição, aprendizado e comportamento, temas íntimos à prática clínica deste profissional. Parece auspicioso, no entanto, que não haja um método clínico padrão, para a diagnose desse transtorno. Com efeito, conforme salienta Santrock (2010), a Neuropsicopedagogia, como área de confluência teórica, possui grande abertura metodológica para lançar mão de uma enorme variedade de procedimentos clínicos de diagnose, mas culmina por ser vítima desta mesma pluralidade epistemológica, uma vez que não estabelece método próprio ou, pelo menos, não escolhe um, par excellence, dentre os disponíveis.

Sampaio (2009) acredita que a opção de diagnose do TDAH mais consonante com a formação do neuropsicopedagogo seria a Epistemologia Convergente, modelo teórico-clínico, criado pelo psicopedagogo argentino Jorge Visca, na década de 1970. Este modelo propõe uma diagnose fundamentada em três linhas teóricas: 1 – A Psicanálise Freudiana; 2 – A Epistemologia Genética Piagetiana; e 3 – a Psicologia Social, de Pichon Riviere. Ao adotar estas referências, Visca objetivou organizar um modelo de análise clínica que fosse, de fato, holístico e processual, gerando, assim, a possibilidade de compreender a interação dos aspectos afetivos, cognitivos e sociais tanto

Optou-se pelo uso do verbo “diagnosticar”, por se concebê-lo já constante da tradição semântica da Psicopedagogia — e, portanto, por apropriação, também da Neuropsicopedagogia.

no processo de constituição da inteligência e da construção da aprendizagem como no entendimento sobre o comportamento das crianças e dos adolescentes.

Da perspectiva adotada por Visca, a aprendizagem e comportamento são garantidos em uma relação triádica, que envolve as dimensões cognitiva, afetiva e social da criança/adolescente (VISCA 1991; 1995). Estas dimensões estão, irrevogavelmente, atreladas, de maneira que inteligência, aprendizado e comportamentos vão se construindo, a partir das ações imbricadas do sujeito em relação às especificidades do meio social (BERTOLDI, 2005). Por lançar um olhar multidimensional à criança ou ao jovem, a Epistemologia Convergente consegue identificar, com razoável acuidade, os distúrbios disjuntivos, disruptivos e ethocognitivos, dentre os quais, o TDAH.

Então, começa a se delinear o tema que norteou esta investigação, qual seja, o uso da Epistemologia Convergente como método de diagnose, aplicado a crianças e adolescentes portadores de TDAH. Trata-se de uma investigação de natureza indicativo-experimental, porquanto o seu maior objetivo seja o de demonstrar a possibilidade do uso clínico da Epistemologia Convergente para a realização da diagnose do TDAH, em crianças e adolescentes. Como objetivos secundários, buscou-se: conceituar o TDAH, dentro da literatura que subsidia o campo da Neuropsicopedagogia, evidenciando a sua nosologia; indicar o uso clínico da Epistemologia Convergente, salutar opção metodológica, a subsidiar a prática neuropsicopedagógica; e descrever os seus procedimentos, de maneira a orientar neuropsicopedagogos que, porventura, desejem utilizá-los, clínica e epistemologicamente, na diagnose do TDAH.

CONCEITO, NOSOLOGIA E TIPOLOGIA DO TDAH

Louzã Neto (2010) aponta uma frequência de incidência do TDAH em torno de 4,5% das crianças e adolescentes no mundo e alerta para o fato de que o transtorno é descrito na literatura médica, desde o final do Século XIX, sem que haja consenso sobre sua terapêutica. Para o autor, as recorrentes mudanças de perspectiva sobre o TDAH respondem pela usual substituição da sua nomenclatura, que evoluiu de “Distúrbio de Impulso”, “Lesão Cerebral Mínima” e “Disfunção Cerebral Mínima” até o contemporâneo “Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade”, proposto pela American Psychiatric Association (APA) (2014).

Para Sthrol (2010), o TDAH é um distúrbio ethocognitivo de origem genética e congênita, caracterizado como um transtorno neurobiológico, provocado por um leve estreitamento do córtex pré-frontal, que causa uma inadequação neural para reprimir ou para dar consecução a ações ou projetos. Isso significa que o portador de TDAH tem imensa dificuldade de controlar seus impulsos de executar ou não executar determinada ação. Santrock (2010) admite que essa dificuldade pode

estar associada à incapacidade do cérebro, provocada pelo estreitamento do córtex-frontal, de disseminar neurotransmissores importantes, como a glicina e o ácido gama-aminobutírico (GABA), responsáveis pelas sinapses excitatória e inibitória e, conseqüentemente, por funções cognitivas essenciais, como atenção, organização, percepção, planejamento etc.

Barkley e Benton (2010) advogam a incidência de elementos socioafetivos como potencializadores da nosologia do TDAH. Com efeito, os sintomas apresentados pelos portadores de TDAH, constantemente, conduzem essas crianças e adolescentes a situações de marginalização afetiva e social, especialmente, porque os espaços sociais que frequentam são mantidos por um ethos comum, ao qual são inadaptáveis. Rompendo com as expectativas que lhes são lançadas — sobretudo, em relação ao seu comportamento e ao desenvolvimento da sua aprendizagem —, essas crianças e adolescentes se frustram e comprometem a sua autoestima, retroalimentando os sintomas TDAH.

Essa extensão conceitual, até o horizonte da marginalização socioafetiva, é corroborada por Sthrol (2010), para quem os sintomas do TDAH manifestam, na criança e no adolescente, um comprometimento, não apenas da cognição e do comportamento, mas também da autoestima, das habilidades sociais e da dinâmica familiar. A autora ainda adverte que o TDAH pode, igualmente, “[...] causar uma alta vulnerabilidade psicológica do paciente e [...] atrasos no amadurecimento ou disfunções permanentes que alteram o controle cerebral superior do comportamento”. (STHROL, 2010, p. 87).

Sthrol (2010) enumera algumas características da criança e do adolescente TDAH:

A criança com TDAH possui dificuldade de concentração, podendo distrair-se com facilidade, ouvindo qualquer barulho, ou mesmo distraído sozinho, esquece seus compromissos, perde ou esquece objetos nos lugares, possui dificuldade em seguir instruções, em se organizar, além de falar muito, interrompendo as pessoas enquanto conversa, não conseguindo esperar sua vez e respondendo as perguntas antes mesmo delas serem feitas por completas. (STHROL, 2010, p. 87)..

No seu “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição” (DSM-IV) (APA, 2014), publicação que categoriza e codifica os transtornos mentais, suas nosologias, profilaxias e estatísticas, a American Psychiatric Association (APA, 2014) caracteriza o TDAH como:

[...] um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de

outros e incapacidade de aguardar – sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento. (2014, p. 79).

Na mesma publicação, à guisa de nosologia, a American Psychiatric Association (2014) enumera os sintomas gerais do TDAH:

A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou no desenvolvimento. A desatenção manifesta-se comportamentalmente no TDAH como divagação em tarefas, falta de persistência, dificuldade de manter o foco e desorganização – e não constitui consequência de desafio ou falta de compreensão. A hiperatividade refere-se a atividade motora excessiva (como uma criança que corre por tudo) quando não apropriado ou remexer, batucar ou conversar em excesso. [...]. (2014, p. 105).

A tipologia estabelecida pela American Psychiatric Association (2014), para o TDAH, divide o distúrbio em três subtipos, a saber: 1 – predominantemente desatento; 2 – predominantemente hiperativo/compulsivo; e 3 – subtipo combinado. Esta tipologia não é aleatória; antes, provém de uma classificação sistemática, de lastro estatístico, com base na nosologia mais frequente para cada subtipo (STHROL, 2010; APA, 2014).

O subtipo predominantemente desatento, para crianças e adolescentes que demonstrem, pelo menos, seis sintomas da desatenção. Aqui se enquadram indivíduos que apresentam comportamentos desmotivados, com comprometimento mnemônico, déficit cognitivo, baixa acuidade perceptomotora, pouca autoconfiança e capacidade limitada de atenção. Sthrol (2010) acredita que este subtipo é mais característico do gênero feminino, o que pode vir a esconder os traços do TDAH, uma vez que: “[...] sua falta de atenção pode ficar despercebida por todos, já que é educada, tentando sempre cooperar, não causando problemas e não fazendo barulho”. (2010, p. 88).

O subtipo predominantemente hiperativo/impulsivo, para crianças e adolescentes que demonstrem, ao menos, seis sintomas de hiperatividade/impulsividade. Segundo Sthrol (2010), crianças e adolescentes que se enquadram neste subtipo são marcados por grande inquietação motora, além de ansiedade, dispersão, impulsividade, dificuldade de terminar tarefas, dificuldade de ordenar etapas de uma tarefa, desatenção, desorientação ocasional e problemas de sono. O paciente pode apresentar leve deficiência de habilidades cognitivas e, em alguns casos, pode demonstrar irritabilidade e propensão para comportamentos agressivos.

O subtipo combinado, para crianças e adolescentes que apresentem, no mínimo, seis sintomas de cada um dos subtipos anteriores. Costumam apresentar características dos subtipos supracitados. Além disso, são os indivíduos que mais padecem de problemas de comportamento e, portanto, os mais estigmatizados no interior das famílias e nos ambientes sociais, especialmente, na

escola. Phelan (apud SHTROL, 2010, p. 89) afirma: “Por causa de sua dificuldade com regras e com o autocontrole, a criança com TDA do Tipo Combinado é muitas vezes uma significativa força negativa na sala de aula”.

IDENTIDADE CLÍNICO-EPISTEMOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO E MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa sustenta, como guia metodológico, o enfoque indicativo-experimental. De acordo com Garin e Smithson (2011), este tipo de investigação possui, como principal característica, a imbricação das dimensões clínica e epistemológica, nos seus procedimentos. Os autores advertem que as pesquisas indicativo-experimentais são próprias do campo da Psicologia, tendo a sua origem, mais especificamente, na Psicanálise Freudiana, mas, sem embargo, podem também ser utilizadas em outros campos da Saúde e, até mesmo, em investigações de natureza sociológica. Diante desta opção, ganha força o seu caráter epistemológico, uma vez que as pesquisas indicativo-experimentais não ocorram fora de paradigmas que as legitimem. Obviamente, tais paradigmas norteadores constroem o pesquisador a pensar os procedimentos sugeridos, à luz de aportes teóricos que os consubstanciem.

Assim, por motivos óbvios, a opção epistemológica que subsidiou os procedimentos desta investigação foi a Epistemologia Convergente, do psicopedagogo argentino Jorge Visca (1991; 1995). A escolha desta linha teórico-científica deu-se por afinidade dos investigadores com o pensamento humanístico do autor, sobretudo, no que tange à sua proposta de atuar, no universo neuropsicopedagógico, com a especificidade socioafetiva do paciente, visando o eu bem-estar e o seu equilíbrio.

Conquanto a Epistemologia convergente represente um modelo teórico-clínico, fundamentado na Psicanálise Freudiana; na Epistemologia Genética Piagetiana; e na Psicologia Social, de Pichon Riviere, o seu processo diagnóstico é fundamentado na interação entre essas três dimensões — afetiva, cognitiva e social —, organizadas de maneira a privilegiar as suas contribuições relacionais. A Psicanálise contribui com importantes conceitos, tais como os de transferência, contratransferência, resistência e outros; a Epistemologia Genética, de Piaget, oferece os testes clínicos, o procedimento clínico e alguns conceitos fundamentais, como o de etapas de desenvolvimento, maturação biológica etc.; a Psicologia social aponta caminhos profiláticos e tratamentos reversivos e preventivos (VISCA, 1991; 1995).

Para dar subsídio aos procedimentos da Epistemologia Convergente, foi proposta, também, uma observação sistemática neutra dos comportamentos apresentados pelo paciente-caso

tanto nas dependências da escola quanto ao longo das sessões clínicas. Conforme Esteban (2003), esta técnica consiste em analisar as pessoas em seu ambiente natural, sem que haja interferência do observador. Na observação sistemática neutra, são feitas anotações pormenorizadas sobre tudo que o indivíduo realiza, comprovando-se, assim, algumas hipóteses sobre os comportamentos sinalizados pelos contribuintes da investigação.

INSTRUMENTOS DE OBTENÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES

No rol das contribuições da Epistemologia Convergente à Neuropsicopedagogia, a diagnose consta entre as mais expressivas aquisições clínicas, mas, também, configura um excelente aporte metodológico, uma vez que as suas etapas, em si mesmas, constituem excelente manancial de obtenção de informações sobre os pacientes. Garin e Smithson (2011) admitem que as contribuições oferecidas pelos procedimentos clínicos em Psicologia, Psiquiatria e campos afins, como a Psicopedagogia e a Neuropsicopedagogia, são inestimáveis à pesquisa científica, porquanto representem excelentes lastros de obtenção de informações, não apenas comprováveis, mas, também, subjetivas e, por conseguinte, difíceis de alcançar.

Para realizar o diagnóstico, na Epistemologia Convergente, Visca (1991; 1995) supôs seis etapas contínuas e hierárquicas : entrevista contratual com a família; ECOA — Entrevista Operativa Centrada na Aprendizagem; aplicação dos testes; anamnese; sistemas de hipóteses; e encaminhamento das ações terapêuticas. (VISCA, 1991, 1995).

Na entrevista conceitual, o neuropsicopedagogo tem o seu primeiro contato com a família do paciente. Neste momento, devem ser prioridades: a identificação da criança; o motivo da consulta; a expectativa da família e da criança sobre as atividades do neuropsicopedagogo; o esclarecimento sobre os procedimentos neuropsicopedagógico que serão adotados; e a definição de local, data e horário para a realização das sessões (VISCA, 1991, 1995).

A realização da EOCA tem a intenção de investigar o modelo de aprendizagem do paciente. A EOCA deve ser um instrumento simples, porém rico em seus resultados. Consiste em solicitar ao paciente que mostre ao neuropsicopedagogo o que ele sabe fazer, o que lhe ensinaram a fazer e o que aprendeu a fazer, utilizando-se de materiais dispostos sobre a mesa. Na EOCA, é importante também observar três aspectos que fornecerão um sistema de hipóteses a ser verificado em outros momentos do diagnóstico: 1 – A temática, ou seja, aquilo que o paciente diz, tendo sempre um aspecto manifesto e outro latente; 2 – A dinâmica, ou aquilo que o paciente faz: gestos, tons de voz, postura corporal etc.; e 3 – O produto, aquilo que o paciente deixa no papel (VISCA, 1991, 1995).

Da EOCA, o neuropsicopedagogo extrai o seu primeiro sistema de hipóteses e define sua linha de pesquisa. Logo após, são selecionados os testes piagetianos, para o diagnóstico operatório, os testes projetivos neuropsicopedagógicos e outros instrumentos de pesquisa complementares. Após a aplicação dos testes operatórios e das técnicas projetivas, o neuropsicopedagogo levanta o seu segundo Sistema de hipóteses e organiza a sua linha de pesquisa para a anamnese (VISCA, 1991, 1995).

A anamnese é uma das peças fundamentais do diagnóstico. Através dela, são reveladas informações do passado e presente do paciente, juntamente com as variáveis existentes em seu meio. O neuropsicopedagogo deve, então, observar a visão da família sobre a história da criança, seus preconceitos, expectativas, afetos, conhecimentos e tudo aquilo que é depositado sobre o paciente. Encerrada a anamnese, o neuropsicopedagogo levanta o seu terceiro sistema de hipóteses. A anamnese deve ser confrontada com todo o trabalho do diagnóstico para se fazer a devolução e o encaminhamento (VISCA, 1991, 1995).

Com base nas três camadas de hipóteses, extraídas das etapas anteriores, o neuropsicopedagogo está apto a desenvolver o seu sistema de hipóteses, que apontará os caminhos terapêuticos para o paciente (VISCA, 1991, 1995). Nos casos em que, sobre o paciente atendido, recair a suspeita de TDAH, mais um instrumento deve ser confeccionado: um quadro conceitual classificatório de nosologia, o qual listará a nosologia mais comum aos subtipos de TDAH. Para esta investigação, o quadro conceitual classificatório de nosologia do TDAH levou em conta as características estabelecidas para os três subtipos de TDAH, contidas no “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição” (DSM-IV) (APA, 2014): o subtipo predominantemente desatento, o subtipo predominantemente hiperativo/compulsivo e o subtipo combinado.

De acordo com o “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição” (DSM-IV) (APA, 2014), o paciente pode ser diagnosticado como TDAH do subtipo predominantemente desatento se apresentar mais do que seis sintomas, abaixo descritos, por um período maior do que seis meses: a) demonstrar frequente desatenção nas atividades escolares; b) demonstrar frequente desatenção nas atividades lúdicas; c) demonstrar frequente dificuldade de seguir instruções; d) demonstrar frequente dificuldade para organizar tarefas; e) demonstrar frequente resistência a envolver-se em tarefas de esforço mental continuado; f) esquecer, frequentemente, as atividades previstas; g) perder, frequentemente, itens necessários ao cumprimento de atividades; h) distrair-se, frequentemente, com estímulos alheios às atividades; e i) não escutar, frequentemente, quando o chamam (SHITROL, 2010; APA, 2014).

Para ser diagnosticado como TDAH do subtipo predominantemente hiperativo/compulsivo, o paciente deve apresentar mais do que seis sintomas, abaixo descritos, por um período maior do que seis meses: a) demonstrar frequente agitação nas mãos ou nos pés ou tornar-se irrequieto na cadeira; b) demonstrar frequente comportamento de se levantar, em situações em que deveria permanecer sentado; c) demonstrar frequente comportamento de subir em moveis ou escalar objetos e estruturas; d) demonstrar frequente dificuldade em envolver-se em atividades de lazer que suponham o silêncio e a quietude; e) demonstrar frequente comportamento de interromper atividades alheias; f) demonstrar frequente dificuldade de aguardar a sua vez; g) apresentar frequente estado de excitação e agitação; h) falar frequentemente em demasia; i) responder precipitadamente, antes que as perguntas tenham sido concluídas. (SHTROL, 2010; APA, 2014).

O paciente deve ser diagnosticado como TDAH do subtipo combinado, caso apresente mais do que seis sintomas de cada uma das categorias anteriores, por um período maior do que seis meses (SHTROL, 2010; APA, 2014). Com base nesta nosologia, foi elaborado o quadro conceitual classificatório na nosologia do TDAH.

Outrossim, alguns sintomas previstos por Sthrol (2010) foram acrescidos, de maneira a tornar o quadro classificatório o mais fiel possível à realidade comportamental do TDAH, especialmente no subtipo predominantemente hiperativo/compulsivo. Os sintomas listados pela autora são: a incidência de problemas de sono; a ocorrência de estados ocasionais de desorientação; e eventuais comportamentos marcados por irritabilidade e agressividade.

SELEÇÃO DO CASO

O estudo de caso, como a própria nomenclatura o insinua, caracteriza-se por uma investigação profunda e detalhada de um único caso, de forma a esgotá-lo nas suas possibilidades interpretativas. Em Neuropsicopedagogia clínica, o caso selecionado deve ser unitário e específico. É importante que o investigador descreva minuciosamente o caso escolhido para a sua investigação, ressaltando as suas idiosincrasias. Goode e Hatt (1968) advogam que é exatamente nas especificidades que reside a importância do estudo de caso, pois o investigador será amparado na sua pesquisa pelas particularidades do caso — posteriormente confrontadas com outros casos, até o entendimento do fenômeno geral.

Provindo da cidade de Euclides da Cunha, Microrregião do Semiárido II, estado da Bahia, o caso selecionado para a consecução da investigação é o de M.J.R.C.⁴, uma criança de 14 anos, do sexo masculino, que convive com a mãe, com o padrasto e com a irmã de 16 anos, portadora de distúrbio cognitivo não-identificado. A mãe é doméstica, e o padrasto está atualmente desempregado. O pai biológico reside no mesmo município que o núcleo familiar, porém não nutre contato com o filho. M.J.R.C. frequenta a sala de aula regular de uma escola pública, na sede do município, na qual, cursa o 5^a ano do ensino fundamental. O paciente-caso entrou na escola aos 4 anos, tendo estudado, por todo o tempo, em instituições públicas de ensino. O padrão econômico familiar é baixo, não ultrapassando um salário mínimo e meio.

A professora responsável pela classe em que M.J.R.C. está inscrito afirma que, desde o início do ano escolar, o paciente-caso se mostra desatento, indisciplinado e, por vezes, agressivo. Afirma também que o paciente-caso sente muitas dificuldades para aprender. Conforme as ações comportamentais de M.J.R.C., a professora, frequentemente, deixa-o de castigo. Nas ocasiões em que o paciente-caso mostra-se, excessivamente, inquieto em classe, a professora o retira da sala de aula e o conduz à secretaria, para que a coordenadora ou a diretora da instituição o admoeste. M.J.R.C. já foi suspenso da escola por duas vezes. Trata-se de um aluno inquieto, ansioso e, ocasionalmente, agressivo. Orientado pela professora do 4^a ano do ensino fundamental, a família procurou ajuda neuropsicopedagógica.

INFORMAÇÕES OBTIDAS DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Na entrevista contratual, a genitora de M.J.R.C. trouxe informações de suma importância para o conhecimento da história pessoal do paciente-caso. A história pessoal do paciente supõe uma reconstituição da sua vida, de modo a construir um lastro hipotético, sobre o qual os problemas apresentados pelo paciente-caso ganham significado (VISCA, 1995). Na Epistemologia Convergente, a história pessoal do paciente tem relevância, diante do caráter multidimensional, proposto por Visca (1991; 1995), cujo objetivo é traçar o contexto em que os sintomas surgem, assumindo um caráter holístico e multidisciplinar para a proposta clínica.

A gestação de M.J.R.C. não foi planejada. A genitora afirmou que se sentiu decepcionada, porque já tinha uma filha especial. Houve acompanhamento médico e realização do pré-natal. O

⁴ De modo a contemplar a necessidade de proteger a identidade da criança, em conformidade com o que rege tanto a legislação brasileira quanto o Código de Ética do Profissional de Psicopedagogia, o aluno atendido será, doravante, chamado pelo acrônimo M.J.R.C. ou de paciente-caso, ou ainda, simplesmente, de paciente.

casal vivenciava, à época, conflitos conjugais, especialmente, por motivos financeiros. A maior parte da renda da família advinha de um benefício socioassistencial de um salário mínimo, com complementação de pequenos serviços, realizados pelo pai. A genitora de M.J.R.C. relata que, possivelmente, a notícia da gestação repercutiu de forma negativa na vida do casal, motivando a separação. Após a separação do casal, o pai biológico se afastou, deliberadamente, da família, não voltando a manter contato com os filhos.

A criança nasceu aos nove meses, no hospital municipal, em parto normal. Na sua incipiente alimentação, fez uso somente do aleitamento materno. Na primeira infância de M.J.R.C., a relação materno-infantil, desde a ligação simbiótica primária até a fase de separação-indivuação, que se estende dos doze/dezoito meses aos trinta e seis meses, ocorreu naturalmente. Após o desmame, M.J.R.C. teve dificuldades para engolir alimentos sólidos. Quanto aos padrões de comportamento motores, M.J.R.C. sustentou a cabeça e sentou sozinho aos 6 meses, engatinhou aos nove meses e andou com um ano de idade.

No que diz respeito à linguagem, a genitora não recorda sobre as primeiras palavras e/ou quando se deu o balbucio. Quanto ao aprendizado de normas, a idade em que ocorreu o controle do esfíncter foi, aproximadamente, de um ano. M.J.R.C. não teve acesso a livros ou a contação de histórias. Sobre os aspectos sociais, em relação à ligação afetiva com a irmã, segundo menciona a genitora, nunca demonstrou competição pelo afeto materno, ajudando-a, quando possível, a cuidar da irmã, que é portadora de distúrbio cognitivo não identificado.

OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA NEUTRA EM SALA E NO PÁTIO DE RECREAÇÃO

Na sala de aula, foi observado que a professora utiliza o método tradicional, preocupando-se em transmitir o conteúdo planejado, como mencionado por ela em entrevista, destacando a necessidade do cumprimento do conteúdo — uma vez que, no município, houve um período de greve da categoria, o que acarretou a reprogramação do conteúdo a ser ministrado. Foi sugerido à professora, que a mesma conjecturasse sobre a possibilidade de mesclar o método tradicional com o método construtivista, assegurando colher o que o aluno sabe e tornando a aprendizagem significativa, assim como com apresentação de vídeos-aulas, o uso de atividades lúdicas, debates em sala de aula e outras estratégias que incentivassem a participação do aluno na aula e garantiriam a sua permanência em sala de aula.

Quanto a M.J.R.C., observou-se que, a todo momento, mostrava-se inquieto em sala de aula, beliscando os colegas, jogando bolinhas de papel, não conseguindo se concentrar, levantando-

se e andando pela sala de aula e interrompendo as atividades dos colegas. O paciente-caso não copiava as atividades expostas no quadro e não demonstrava interesse em nada do que a professora propunha ou realizava. A forma utilizada, pela professora, para “disciplinar” o aluno era retirá-lo da sala de aula. Nos intervalos, não se comportava diferente, brigando com os colegas, beliscando e correndo sem parar.

EOCA – ENTREVISTA OPERATIVA CENTRADA NA APRENDIZAGEM

O paciente M.J.R.C. foi apresentado ao consultório, mostrou-se acanhado, no começo da sessão, mas logo escolheu uma mesa para se sentar. Diante do material apresentado, escolheu o brinquedo educativo “Torre inteligente” que abandonou, em 5 minutos, desistindo de completar o jogo. Logo em seguida, diante do material exposto, mostrou-se preocupado em não ter tempo para manusear todos os objetos. Ficou muito feliz em saber que aquela sala foi reservada só para ele “Eu sou importante [sic]”, expressou-se. Decidiu desenhar, em folha de papel ofício, a casa dele.

A EOCA foi iniciada com a identificação do paciente; M.J.R.C., 14 anos, estudante do 5º ano do ensino fundamental. Sobre o seu atraso escolar, o paciente afirma: “Já repeti várias vezes as séries escolares, minha disciplina favorita é Matemática, pois as contas são fáceis e difíceis, desde a 1ª série, mas as disciplinas que não gosto é [sic.] Geografia, Português e História, porque acho muito difícil”. M.J.R.C. continuou a responder aos questionamentos realizados, até que o tema do seu futuro foi posto em pauta, ao que o paciente-caso afirmou: “Quero ser policial, porque acho melhor pra mim, quero prender bandido”.

A entrada do aluno na escola atual foi, segundo ele, por expulsão da antiga escola, mas destaca que houve outras expulsões. Quando indagado se sabia porque estava naquele ambiente conosco, disse que sim e não, mas afirmou que achou bom para ele, “[...] mas vim, porque minha mãe disse que iria ser bom, e ela tem razão”. Uma das perguntas subsequentes da EOCA indagou a opinião do paciente, em relação a fazer algo para um aluno que se parecesse com ele, em sala de aula, o que ele aconselharia. Aos pais, ele aconselhou a “[...] tomar conta do filho, porque o filho é muito danado e que se não resolver denunciaria ao Ministério Público, porque o promotor resolve [sic.]. Aos professores, ele afirmou que deveriam “[...] deixar o aluno de castigo, sem recreio”.

Foi observado, durante a aplicação da EOCA, que o paciente-caso falava muito, durante todo o tempo da sessão. Interrompia frequentemente os entrevistadores e, em algumas ocasiões, foi incapaz de concluir os seus raciocínios. Tinha consciência do que é real e do que é imaginário, conversava com um tom de voz adequado, tinha atenção e concentração, possuía hábitos de higiene e zelo com os materiais, os quais sabia usar, conhecendo a utilidade de cada um. A sua atitude

corporal era irrequieta, movendo-se demasiadamente e fazendo iminência de se levantar em cinco. Em relação ao que registrou no papel, desenhou e escreveu, mas demonstrou insatisfação com os seus feitos, sentindo-se incapaz para a execução do que foi proposto. Os seus desenhos traziam elementos de agressividade.

APLICAÇÃO DAS PROVAS PROJETIVAS

De acordo com a teoria piagetiana, M.J.R.C. estaria no Estágio da Inteligência Operatória Formal, fase em que a criança consegue raciocinar hipoteticamente; e não apenas sobre objetos materiais. Nesse estágio, a criança adquire a capacidade de fazer combinações e de buscar respostas a um problema de forma sistemática e metódica (PALANGA, 2001). Nesse sentido, as provas aplicadas partiram de verificações necessárias e seguiram a ordem da pesquisa piagetiana, conforme a organização da faixa etária em que M.J.R.C. se encontra — 14 anos. O paciente-caso obteve êxito na prova de conservação de volume e administrou satisfatoriamente as provas para o pensamento formal.

Na prova de conservação da quantidade da matéria, M.J.R.C. escolheu a bola esquerda como sendo a maior. Depois o investigador mudou o formato da bola para minhoca, e o paciente-caso continuou afirmando ser a maior. Mudando novamente o formato para achatado, M.J.R.C. continuou dizendo ser a maior. Dividindo a bola maior em várias bolinhas pequenas, ele continuou a afirmar que contém a maior quantidade. Ao ser questionado se haveria a mesma quantidade de bolinhas, ele as contou e disse que as paralelas estavam iguais, não observando as da extremidade. Depois de retiradas as bolas da extremidade, afastando-as, o paciente-caso disse ter mudado a quantidade. Para a avaliação, a sua resposta, quanto ao nível, deu-se no nível 1 — não há conservação, o paciente não atingiu o nível operatório nesse domínio.

Na conservação de pequenos conjuntos discretos de elementos, M.J.R.C. não observou os conjuntos da extremidade. Sobre a divisão das cores das bolinhas, o paciente-caso afirmou haver mais bolinhas azuis do que vermelhas, quando modificadas espacialmente; e afirmou haver mais vermelhas do que azuis, quando ajuntadas. Resposta: Nível 1. Na conservação de peso, no que diz respeito à igualdade inicial, disse possuírem o mesmo peso; na modificação do elemento experimental (alargamento), disse que a vermelha irá pesar mais, quando achatada diz que a amarela está mais pesada, quando dividida em bolinhas diz que a amarela está mais pesada. Resposta: Nível 1.

Aplicada a Conservação de quantidade de líquidos, M.J.R.C. disse que os vasos A1 e A2 eram iguais; que o vaso alto B tinha mais líquido, que o vaso baixo C tinha menos líquido; e que os

4 vasinhos iguais D1, D2, D3, D4 tinham mais líquido que os outros. Resposta: Nível 1. Na conservação de comprimento, a corrente estirada foi apresentada por ele como a maior. Resposta: Nível 1. Na quantificação de Inclusão de Classes reconheceu que eram flores, mas não sabia nomear o tipo da flor. Disse que havia mais rosas que margaridas. Foi perguntado se desse as rosas, o que sobraria, respondeu que dando as rosas, sobrariam as flores, mas se dar as flores sobrariam as margaridas. Quando terminou o teste, M.J.R.C. se deu conta de que rosa e flores são a mesma coisa. Alcançou o nível 2 ou intermediário: as respostas apresentaram oscilações, instabilidade ou não foram completas. Em um momento conservam, em outro não. Na seriação de palitos com a inclusão do palito, disse que começariam a subir. Resposta: Nível 2.

Na aplicação das provas operatórias, foi possível investigar o nível cognitivo em que M.J.R.C. se encontrava: em todas as provas, não alcançou o nível 3, demonstrando defasagem cognitiva. Assim, os resultados das atividades realizadas demonstraram que são, de modo geral, consistentes com a teoria de Piaget (PALANGANA, 2001). O paciente-caso se aproximou rapidamente do período das operações formais, gerando respostas lógicas e criativas para uma proposta hipotética.

ANÁLISE CLÍNICA DOS RESULTADOS OBTIDOS

Na entrevista contratual, a genitora informou que M.J.R.C desenvolveu normalmente a motricidade, apresentando estabilidade motora, o que foi confirmado nas provas projetivas relacionadas à motricidade e ao movimento corporal. Ela também se queixou do comportamento agitado do paciente-caso e da sua dificuldade para dormir. M.J.R.C. vive em um meio familiar conflituoso, conforme relatado por genitora em entrevista. O paciente não tem contato com o pai biológico, embora este viva na mesma localidade. Em relação ao grau de afetividade, a genitora afirmou amá-lo. Há conflitos com o padrasto, pois este não concorda com o comportamento de M.J.R.C., especialmente, em relação à mãe, a quem desobedece e, por vezes, trata agressivamente.

É sabido que as vivências nos contextos sociais e culturais diversos afetam o modo como M.J.R.C. estrutura dá significado ao seu mundo. Corroborando a teoria piagetiana (PALANGANA, 2001), entende-se que fatores culturais influenciam o desenvolvimento cognitivo, bem como as interações sociais criterizam a maneira como as mentes infantis se desenvolvem. Durante as provas realizadas na clínica, o paciente-caso deu indícios de que as suas vivências, nos contextos sociais e culturais em que habita, afetam o modo como estrutura seu mundo, demonstrando isso quando age com agressividade, uma referência experimentada nas suas vivências familiares, conforme sinalizado por genitora em entrevista. Entende-se o grau de dificuldade de relação social

apresentada por ele, quando se observa o seu convívio escolar: quando não atendido pelos colegas, reage com violência verbal ou física, xingando, batendo ou beliscando os demais.

Quanto às atitudes e comportamentos de M.J.R.C., em relação à aprendizagem, a professora reconheceu as suas dificuldades na escrita, reconhecendo, em entrevista realizada, que percebia essa dificuldade, sobretudo, quando analisava o caderno do aluno. A docente afirmou, também, que sempre notou as dificuldades de atenção e concentração, demonstradas pelo paciente-caso nas atividades realizadas na sala de aula. M.J.R.C. apresentava-se inquieto, em todos os momentos da aula, levantando-se e andando pela sala.

Segundo a teoria piagetiana, para que ocorram mudanças significativas no processo de aprendizagem do aluno, é necessário que o educador esteja sensível e atento às diferenças individuais, porque as crianças diferem em seu ritmo de desenvolvimento intelectual. O que se observa no caso de M.J.R.C. é a ausência de atividades individuais, por parte da professora. O comportamento do paciente-caso a deixava irritada, e, no momento do intervalo, quando M.J.R.C. não seguia as normas estabelecidas em sala de aula, era punido, ficando em sala no momento de recreação.

CONFRONTO DA ANÁLISE CLÍNICA E OBSERVAÇÃO NEUTRA COM O QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CONCEITUAL DA NOSOLOGIA DO TDAH

Quando da entrevista contratual, uma das queixas manifestadas pela genitora de M.J.R.C. foi sobre a inquietude da criança, bem como sobre o seu desassossego interior, que culminava por lhe subtrair o sono. Na observação, foi notado que o paciente-caso se mostrava agitado em sala de aula, sem concentração, levantando-se e andando pela sala de aula e impedindo os colegas de realizar as atividades propostas pela professora. Além disso, o paciente-caso não se interessava por nada do que a professora sugeria. No pátio, ao longo dos intervalos, M.J.R.C. mantinha o mesmo comportamento agitado e difuso.

Na EOCA, foi percebido que o paciente-caso não conseguiu manter a sua atenção no brinquedo educativo, nem em diversas outras atividades lúdicas propostas. A sua ansiedade era tamanha, que não completava o interesse por nenhum instrumento lúdico ou atividade proposta. Também foi notado, na EOCA, que o paciente-caso falava ininterruptamente e não conseguia concluir todos os raciocínios, exibindo, durante todo o tempo, uma atitude corporal inquieta, a ponto de precisar ser contido pelos investigadores. O mesmo padrão de comportamento foi mantido, ao longo da aplicação das provas operatórias.

Diante da coleta de informações, por meio os instrumentos utilizados, é possível inferir que M.J.R.C. se enquadra em sete sintomas previstos para o portador de TDAH (subtipo predominantemente hiperativo/compulsivo), conforme o “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição” (DSM-IV) (APA, 2014), quais sejam: demonstra frequente agitação nas mãos ou nos pés ou tornar-se irrequieto na cadeira; demonstra frequente comportamento de se levantar, em situações em que deveria permanecer sentado; demonstra frequente dificuldade em envolver-se em atividades de lazer que suponham o silêncio e a quietude; demonstra frequente comportamento de interromper atividades alheias; apresenta frequente estado de excitação e agitação; fala frequentemente em demasia; e responde precipitadamente, antes que as perguntas tenham sido concluídas.

Ao se levar em conta a nosologia prevista por Sthrol (2010), o paciente-caso apresenta, ainda, os sintomas de problemas de sono, leve deficiência de habilidades cognitivas e irritabilidade e propensão para comportamentos agressivos. Embora essa nosologia não esteja prevista no “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição” (DSM-IV) (APA, 2014), ela é corroborada por uma gama autores, a exemplo de Condemarin (2006), Barkley e Benton (2010), Louzã Neto (2010), Santrock (2010) e Bonadio (2013). Assim, de acordo com a nosologia da American Psychiatric Association (APA) (2014), M.J.R.C. apresenta sete de nove sintomas de TDAH (subtipo predominantemente hiperativo/compulsivo). Ao se acrescentar a nosologia prevista por Sthrol (2010), o paciente-caso apresenta dez sintomas, dentre os treze sintomas previstos.

ELABORAÇÃO DO SISTEMA DE HIPÓTESES

É necessário levar em consideração a fase na qual o paciente-caso se encontra. A fase da adolescência é marcada por grandes transformações, experimentando tensões e crises, mantendo-se por um tempo desestabilizada (PALANGANA, 2001). Com os 14 anos, M.J.R.C. está mais interiorizado. Sente-se motivado, em seu raciocínio intelectual, interessado em colocar suas dúvidas e ideias. Conforme Cardoso (2001), o adolescente enfrenta o mundo dos adultos para o qual não está totalmente preparado. Desprende-se de mundo infantil, em que vivia cômoda e prazerosamente, em direção à assunção da sua futura condição de adulto. Assim, começa a questionar a sua dependência em relação aos pais, o atendimento às suas necessidades básicas e os papéis sociais estabelecidos.

A afetividade constitui um fator preponderante para a aprendizagem bem-sucedida, especialmente, no que tange à construção da autonomia. No caso de M.J.R.C., há a ausência de

afetividade, por parte do pai, que não mantém contato com o mesmo. O padrasto, por sua vez, trata-o com indiferença. Esse déficit afetivo provoca comprometimento na sua cognição e dificulta a aquisição de aprendizagem. Sabe-se que os primeiros cinco anos de vida são decisivos para o bom desenvolvimento do cérebro, pois, nesse período, instalam-se diferentes habilidades, indispensáveis à aprendizagem escolar (PALANGANA, 2001). Diante disso, foi constatado, por meio de entrevista com a genitora de M.J.R.C., e comprovando pela realização das provas projetivas, que houve prejuízo na estimulação do desenvolvimento do paciente-caso, principalmente, nos primeiros cinco anos de vida, o que promoveu empobrecimento na aprendizagem do mesmo.

As dificuldades de aprendizagem de M.J.R.C. são encaradas como problemas permanentes, o que pode ser comprovado na fala da sua genitora, “Ele é assim mesmo, sempre foi assim” [sic.], e na escola, quando a professora afirma “A dificuldade dele é a falta de limite dos pais, que sempre permitem que ele faça o que quer” [sic.]. É imperioso que a genitora e a professora estejam atentas, para identificar sinais de persistência dos sintomas e encaminhar M.J.R.C. ao diagnóstico. No mínimo, isso evitará a ansiedade e a frustração do paciente-caso, o que compromete o seu rendimento escolar. Foi observado que não há estímulo da família, em relação à importância da escola, o que faz com que M.J.R.C. não possa descobrir que a vida escolar é prazerosa e que sua formação depende da trajetória na instituição de ensino, nesse sentido M.J.R.C. não encontrou o prazer de aprender.

Sobre a dimensão comportamental, sustenta-se como hipótese que M.J.R.C., possivelmente, é portador de TDAH (subtipo predominantemente hiperativo/compulsivo), porquanto o seu comportamento se enquadre em sete das nove categorias previstas pelo “Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais – Quarta Edição” (DSM-IV) (APA, 2014) para a identificação da nosologia do distúrbio, nesta tipologia. Ao serem acrescidos os sintomas previstos por Sthrol (2010), quais sejam, problemas de sono, leve deficiência cognitiva, ocasional desorientação e irritabilidade ou propensão para comportamentos agressivos, o paciente-caso passa a apresentar dez, dentre treze sintomas previstos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em Neuropsicopedagogia clínica possibilita a imersão do investigador numa prática reflexiva, com vistas à produção de um saber totalizante e da praxis. O processo de investigação clínica envolve também o entendimento acerca da realidade escolar, considerando tanto elementos subjetivos como elementos culturais, desde uma perspectiva mais ampliada, desconstruindo um trabalho iminentemente pragmático, em prol de um trabalho coletivo que

valoriza a dimensão social, no processo de constituição humana. Desta forma, as vivências da pesquisa em Neuropsicopedagogia proporcionam uma grande quantidade de conhecimentos, que enriqueceram o pesquisador, como neuropsicopedagogo. Descobre-se, então, que a melhor forma de aprendizagem é transformar as experiências vividas, sejam elas boas ou ruins, em atos que tornam os seres humanos melhores e mais justos do que, efetivamente, o são.

Diante do assunto investigado, qual seja, o uso da Epistemologia Convergente como método de diagnose, aplicado a crianças e adolescentes portadores de TDAH, o rico aprendizado proporcionado por esta pesquisa, por si, já justificaria a sua confecção. Entretanto, diante da dificuldade de se encontrar abordagens científicas de casos clínicos em Neuropsicopedagogia, esta investigação ganha ainda mais relevância — o que não invalida, obviamente, o seu caráter modesto e os seus flagrantes limites.

Sob o tema da diagnose do TDAH, o maior objetivo desta investigação foi demonstrar a possibilidade do uso clínico da Epistemologia Convergente para a realização da diagnose do TDAH, em crianças e adolescentes. Acredita-se que o tema tenha sido contemplado, na medida em que a descrição das etapas e procedimentos clínicos, realizada no decorrer da sua dissertação, assim o asseverou. Com efeito, utilizando-se de procedimentos clínicos, previstos na Epistemologia Convergente, de Jorge Visca (1991; 1995), o pesquisador pôde determinar a utilização desta metodologia na materialização de um diagnóstico de TDAH.

Acredita-se, também, que os objetivos secundários, previstos para esta investigação, igualmente, foram atingidos, pois o TDAH foi conceituado, a partir da literatura que subsidia o campo da Neuropsicopedagogia, bem como a sua nosologia foi esclarecida. O uso clínico da Epistemologia Convergente, por sua vez, foi pormenorizado e identificado como subsídio à prática neuropsicopedagógica. Por fim, foram descritos os procedimentos da Epistemologia Convergente, como contributo à diagnose do TDAH.

Para finalizar, reflete-se sobre os desafios a serem enfrentados pelo neuropsicopedagogo, devendo o mesmo romper com a visão conservadora e isenta de contextualização, acerca do paciente. Atualmente, diante das relações modeladas, o neuropsicopedagogo deve compreender os vínculos entre a pessoa humana e a sociedade, adquirindo condições de superar uma visão dispersiva e ideológica, cercada pelo mito da neutralidade da sua prática. É preciso repensar o papel do neuropsicopedagogo, ressignificando a sua realidade, transformando-a, por mediações simbólicas, no centro do processo de humanização, consubstanciando, assim, uma praxis inovadora.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. 5 eds. Porto Alegre: Artmed. 2014. P. 948.
- ASSOCIATION FOR YOUTH, CHILDREN AND NATURAL PSYCHOLOGY. ***Overcoming ADHD Without Medication; A Guidebook for Parents and Teachers***. Newark, NJ: NorthEast Books & Publishing, LLC, 2013. P. 116.
- BARKLEY, Russell A.; BENTON, Christine M. ***Taking charge of adult ADHD***. Nova Iorque: Guilford Press, 2010. P. 305.
- BERTOLDI, Sandra. *¿Es posible pensar la disciplina psicopedagógica en términos de “campo”?* In: GUTIÉRREZ, Alicia (comp). ***La perspectiva de Pierre Bourdieu***. Estudios de Casos en la Patagonia. Neuquén: Editorial Educo - REUN-UNCo, 2005. Pp 89-100.
- BERTOLDI, Sandra; VERCELLINO, Soledad. *Reflexión epistemológica en Psicopedagogía: Relevancia y condiciones de posibilidad*. **Revista Pilquen - Sección Psicopedagogía**. Rio Negro, Misiones, AR. Año XV, N° 10, pp 1-9, jan./jun., 2013.
- BONADIO, Rosana Aparecida Albuquerque; MORI, Nerli Nonato Ribeiro. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: diagnóstico da prática pedagógica**. Maringá: Eduem, 2013. P. 251
- CARDOSO, Marta Rezende (Org.). **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2001. P. 140.
- CONDEMARÍN, Mabel et al. **Transtorno do Déficit de Atenção: estratégias para o diagnóstico e a intervenção psico-educativa**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2006.
- ESTEBAN, Maria Paz Sandín. ***Investigación Cualitativa en Educación; Fundamentos y Tradiciones***. Madrid: McGraw Hill, 2003. P. 280.
- GARIN, Paul; SMITHSON, Debra. ***Experimental indicative method in the practice and research of Psychology***. Londres: LBC, 2011. P. 219.
- GOODE, William Josiah; HATT, Paul. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Editora Nacional, 1968.
- LOUZÃ NETO, Mário Rodrigues. **TDADH: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade ao longo da vida**. São Paulo: Artmed, 2010. P. 389.
- MERRIAM, Sharan B. ***Qualitative research and case study applications in education: Revised and expanded from case study research in education***. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
- PALANGANA, Isilda Campaner. **Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky: a relevância do social**. 3ª ed., São Paulo: Summus, 2001. P. 169.
- SAMPAIO, Simaia. **Manual prático do diagnóstico psicopedagógico clínico**. Rio de Janeiro: Wak, 2009. P. 172.
- SANTROCK, John W. **Psicologia Educacional**. São Paulo: AMGH Editora Ltda., 2010. P. 692.

STROH, Juliana Bielawsk. TDAH – diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. Construção Psicopedagógica. São Paulo-SP, 2010, Vol. 18, n.17, pg. 83-105.

VISCA, Jorge. *El diagnostico operatorio em la practica psicopedagogica*. Buenos Aires: Ag.Serv,G,. 1995.

VISCA, Jorge. **Psicopedagogia**: novas contribuições. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.