

A ANAMNESE COMO INSTRUMENTO NORTEADOR DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

VIEIRA, Ketlyn Eduarda¹
MARTINS, Maria Paula¹
MACHADO, Maryana Carolyne¹
DOS SANTOS, Pâmela¹
GOMES, Melina Britto²
AGUZZI, Dilce Helena Alves²
ROSA, Andreia Quadros²

RESUMO: O objetivo deste trabalho é compreender as etapas do processo de avaliação, desde a anamnese até o laudo diagnóstico. As sessões ocorreram na clínica escola CEPsi, após encaminhamento dos pais preocupados com a aprendizagem e o comportamento de F., já com parecer psicopedagógico prévio. Utilizou-se o método quali-quantitativo, destacando-se a importância da anamnese na integração de dados subjetivos e contextuais, o que possibilitou hipóteses diagnósticas consistentes, como o TDAH, e uma compreensão mais ampla do funcionamento emocional, familiar e escolar do paciente.

Palavras-chave: anamnese, diagnóstico, testes de avaliação

ABSTRACT: The objective of this study is to understand the stages of the assessment process, from the anamnesis to the diagnostic report. Sessions were conducted at the CEPsi school clinic following a referral by the child's parents, who were concerned about learning and behavioral issues and already had a prior psychopedagogical evaluation. A qualitative-quantitative research method was used, highlighting the importance of anamnesis in integrating subjective and contextual data, which allowed for consistent diagnostic hypotheses, such as ADHD, and a broader understanding of the patient's emotional, familial, and school functioning.

Keywords: anamnesis, diagnosis, assessment tests

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A infância é um período de intensas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. É nesse momento do desenvolvimento que muitos sinais importantes sobre o comportamento e o aprendizado da criança podem ser observados, servindo como ponto de partida para avaliações que possibilitam intervenções precoces e eficazes. Dentro desse contexto, a atuação em uma clínica escola permite não apenas o acompanhamento profissional desses casos, mas também a construção de um espaço de aprendizado prático e aprofundamento teórico para estudantes da área da psicologia. O presente estudo tem como foco a aplicação e importância da anamnese psicológica em uma criança do sexo masculino, com nove anos de idade, encaminhada para avaliação com queixa de problemas escolares na clínica escola CEPsi. A anamnese, por ser uma etapa fundamental do processo de avaliação, tem como objetivo reunir informações detalhadas sobre o histórico de vida, desenvolvimento

¹ Discentes do Curso de Psicologia, 1º semestres 01/2024- Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

² Docentes do Curso de Psicologia – Faculdade IDEAU – Bagé/RS.

e queixas apresentadas pela criança e por seus responsáveis. Por meio dessa escuta atenta e direcionada, é possível levantar hipóteses diagnósticas e planejar intervenções adequadas.

Durante o processo de avaliação, observou-se a presença de sinais relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e à Dislexia, condições que afetam significativamente o rendimento escolar e o comportamento infantil. Ambas as condições exigem uma investigação cuidadosa, pois apresentam características que podem se confundir e, se não forem corretamente compreendidas, podem impactar de maneira negativa o desenvolvimento da criança e sua relação com o ambiente escolar e familiar. O objetivo deste artigo é apresentar a aplicação da anamnese psicológica como ferramenta essencial no processo de avaliação de uma criança com queixas relacionadas à aprendizagem e ao comportamento.

A partir disso, serão descritas as etapas da anamnese, os principais pontos observados no caso em questão, a relevância da identificação precoce dos possíveis transtornos neuropsicológicos, e sobre os testes *WISC-IV* e o *HTP (House-Tree-Person)* aplicados durante o processo de avaliação. O artigo está estruturado em sessões que abordam o contexto da avaliação infantil, os procedimentos e testes utilizados na clínica escola, a análise dos dados coletados na anamnese e durante as sessões e as considerações finais sobre o impacto da avaliação na construção de um diagnóstico.

2. Referencial Teórico

2.1 A terceira infância e os desdobramentos do desenvolvimento infantil

A terceira infância, compreendida entre os seis e onze anos de idade, constitui-se como um período de transformações significativas no desenvolvimento físico, neurológico, cognitivo e psicossocial da criança. No contexto clínico, compreender as especificidades que caracterizam esse estágio, em especial por volta dos nove anos, é fundamental para interpretar manifestações comportamentais e subjetivas que emergem no *setting* terapêutico.

No que se refere ao desenvolvimento físico, observa-se um crescimento moderado e constante. (FRYAR *et al.*, 2016). Esse crescimento, ainda que discreto ao olhar cotidiano, torna-se visivelmente perceptível ao se comparar os extremos da faixa etária, em que crianças

mais velhas já apresentam características corporais próximas à puberdade. (ELLIS; ABRAMS; WONG, 1997).

O amadurecimento cerebral nessa fase é notório. Ocorrem mudanças estruturais marcantes, como a progressiva mielinização da substância branca e a "poda sináptica" da substância cinzenta, processo que consiste na eliminação de conexões neuronais pouco utilizadas, contribuindo para um funcionamento cerebral mais eficiente e adaptado às experiências da criança. (GOGTAY & THOMPSON, 2010). Consoante a Amso e Casey (2006), esses aprimoramentos favorecem maior velocidade no processamento de informações, incremento da atenção seletiva e avanços na autorregulação emocional..

Do ponto de vista cognitivo, segundo a teoria de Piaget (1952), a criança aos nove anos encontra-se no estágio operatório-concreto, no qual passa a utilizar operações mentais lógicas aplicadas a situações reais. Nesse período, são evidenciadas habilidades como conservação de quantidade, seriação, categorização e noções de causalidade. A criança é capaz de compreender relações espaciais e temporais com maior precisão, bem como utilizar raciocínio indutivo e, em certa medida, dedutivo. (PIAGET *et al.*, 1967).

O sono, igualmente, desempenha papel crucial no desenvolvimento integral da criança. A média ideal de horas de sono por noite entre os seis e treze anos é de aproximadamente dez horas. No entanto, estudos apontam que muitos indivíduos nessa faixa etária dormem menos do que o recomendado, comprometendo funções cognitivas e emocionais essenciais. (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2016). Fatores como o uso excessivo de dispositivos eletrônicos e a presença de televisão no quarto contribuem negativamente para a qualidade do sono. (CESPEDES *et al.*, 2014).

Diante da elevada prevalência de distúrbios do sono entre crianças em idade escolar — estimada em até 30% —, torna-se imprescindível a implementação de medidas sistemáticas de higiene do sono, com foco na promoção de rotinas estruturadas e ambientes propícios ao repouso noturno. (HALAL; NUNES, 2014). Índícios demonstram que muitos dos transtornos comportamentais relacionados ao sono decorrem da aquisição de hábitos inadequados, frequentemente perpetuados pela ausência de orientação parental adequada. (PINHEIRO *et al.*, 2013). A educação dos cuidadores quanto à importância do sono infantil, à eliminação de estímulos eletrônicos antes do deitar, bem como ao estabelecimento de horários regulares para iniciar o momento de recolhimento, constitui uma estratégia de intervenção eficaz, respaldada por múltiplos estudos. (FERREIRA, 2015, HALAL; NUNES, 2014).

Os autores supracitados, realçam técnicas comportamentais, como extinção gradual, consolidação de rotinas positivas e uso de diários de sono, mostraram-se efetivas tanto na redução da latência do sono quanto na diminuição dos despertares noturnos, refletindo não apenas na melhoria do padrão de sono das crianças, mas também em ganhos significativos na qualidade de vida dos pais. Programas educativos e ações de extensão universitária que visam disseminar esses conhecimentos entre pais e profissionais da infância vêm demonstrando aceitação satisfatória e resultados positivos, indicando a necessidade de sua ampliação no cenário nacional. (PINHEIRO *et al.*, 2013).

No que tange ao desenvolvimento motor, Muetzel *et al.* (2008), observa uma significativa melhoria na coordenação, no equilíbrio e nas habilidades motoras finas. Essas competências permitem à criança executar com precisão atividades como escrita, práticas esportivas e tarefas que demandam destreza. A participação em atividades físicas regulares e brincadeiras contribui não apenas para a saúde física, mas também para a socialização e a regulação emocional. (HOLMES, 2012). Mesmo as brincadeiras mais vigorosas, como correr, lutar simbolicamente ou perseguir colegas, são reconhecidas como formas espontâneas e saudáveis de interação social. (JARVIS, 2010; SMITH, 2005A).

Ao considerar-se o acompanhamento clínico de crianças nessa faixa etária, torna-se imprescindível compreender os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor e suas implicações emocionais. O terapeuta deve manter uma escuta atenta aos modos como a criança simboliza o mundo ao seu redor, reconhecendo as influências contextuais — familiares, escolares e culturais — que interagem com sua constituição subjetiva. A singularidade da infância, com seus conflitos e recursos psíquicos em formação, exige intervenções sensíveis e fundamentadas, capazes de sustentar o processo de elaboração e ressignificação de experiências vividas.

2..2 A anamnese como entrevista psicológica

Na prática clínica com crianças, a anamnese surge nas primeiras sessões como um processo de recordação do histórico de saúde-doença do paciente. Seu propósito central é dimensionar o contexto do sofrimento psíquico e verificar seu impacto na vida dos responsáveis e, principalmente, da própria criança. Nesse sentido, a entrevista psicológica se configura como uma sequência de questionamentos estratégicos, visando a formulação de

hipóteses diagnósticas e o planejamento de intervenções terapêuticas adequadas. (AFFONSO, 2005).

A entrevista representa uma técnica essencial na psicologia clínica, e a anamnese se estabelece como um instrumento fundamental na etapa inicial desse processo, otimizando a identificação de informações cruciais para a compreensão da queixa principal. Por meio da anamnese, o psicólogo coleta dados abrangentes do paciente, incluindo aspectos sociodemográficos, a queixa central, histórico de saúde física e mental, desenvolvimento pessoal e familiar, hábitos e uso de substâncias. (AFFONSO, 2005).

Consequente, investigam-se emoções, valores, crenças, projeções, dinâmica familiar e histórico de transtornos psiquiátricos, entre outros fatores relevantes para a análise do caso, com o objetivo de construir um diagnóstico completo. Esse levantamento inicial possibilita ao profissional reconhecer padrões de comportamento, fatores de risco e recursos internos que serão considerados no decorrer do tratamento. (DALGALARRONDO, 2018).

A entrevista, técnica científica fundamental e ferramenta primária do método clínico, utiliza a anamnese inicialmente para coletar "dados necessários para um diagnóstico pluridimensional do paciente". Essa coleta abrange informações sociodemográficas, a queixa principal e sua história, antecedentes de saúde física e mental (individuais e familiares), hábitos, uso de substâncias e a história de vida do paciente em suas diversas fases de desenvolvimento, além da avaliação das interações familiares e sociais. A anamnese, portanto, consiste em uma recuperação da memória e no processamento de informações preestabelecidas fornecidas pelo paciente, sintetizando seu histórico de saúde-doença e auxiliando o entrevistador na formulação da queixa principal com maior clareza e precisão. (DALGALARRONDO, 2018).

2.3 O teste HTP (House-Tree-Person) e sua aplicação

O Teste HTP (*House-Tree-Person*), ou Casa-Árvore-Pessoa, configura-se como uma técnica projetiva amplamente empregada no campo da avaliação psicológica. Desenvolvido por John N. Buck em 1948, o instrumento tem como objetivo acessar aspectos da personalidade por meio da análise interpretativa de desenhos elaborados pelo avaliado. A premissa fundamental da técnica reside na projeção, por parte do sujeito, de conteúdos inconscientes, conflitos intrapsíquicos e características do self ao representar graficamente uma casa, uma árvore e uma pessoa. (BUCK, 2003).

Segundo Pasian (2010), o HTP é considerado um recurso expressivo que possibilita ao psicólogo observar, de forma simbólica, como o sujeito percebe e se relaciona com elementos fundamentais de sua realidade. A casa, por exemplo, pode refletir as relações familiares e o sentimento de proteção; a árvore, os aspectos mais inconscientes ligados à vitalidade e estrutura emocional; e a figura humana, a autoimagem e os vínculos interpessoais.

Apesar de ser considerado um instrumento de aplicação simples e adaptável a diferentes faixas etárias, sua utilização demanda capacitação técnica e sensibilidade clínica por parte do profissional. Villemor-Amaral (2005) ressalta que a interpretação dos desenhos deve ser conduzida de forma contextualizada, levando em consideração o histórico de vida do sujeito, as condições do setting terapêutico e as informações complementares obtidas por meio de entrevistas e observações clínicas. Portanto, o teste HTP não deve ser analisado de forma isolada, mas integrado a um processo de avaliação mais amplo. Seu valor está na possibilidade de acesso a conteúdos subjetivos que nem sempre são facilmente verbalizados, contribuindo para uma compreensão mais profunda do funcionamento psicológico do indivíduo. (CUNHA, 2000).

A aplicação do teste HTP em crianças exige cuidados específicos, considerando seu nível de desenvolvimento cognitivo, emocional e simbólico. O procedimento é composto por duas fases principais: a fase do desenho e a fase da entrevista. (PASIAN, 2010). Na primeira etapa, a criança é orientada a desenhar, em folhas separadas, uma casa, uma árvore e uma pessoa, geralmente utilizando lápis preto. É fundamental que o ambiente seja acolhedor, livre de julgamentos, para que a criança se sinta segura em expressar-se graficamente. (VILLEMOR-AMARAL, 2005).

Após a realização dos desenhos, inicia-se a fase de investigação verbal. Nessa etapa, o psicólogo realiza perguntas específicas sobre cada figura desenhada, com o objetivo de obter mais informações sobre o significado atribuído pela criança aos elementos representados. Essa entrevista favorece a compreensão da perspectiva subjetiva da criança sobre suas produções e ajuda a evitar interpretações precipitadas ou baseadas unicamente em estereótipos. (CUNHA, 2000).

É importante destacar que o HTP, quando aplicado em crianças, funciona não apenas como instrumento diagnóstico, mas também como uma ponte comunicativa. Muitos conteúdos emocionais não são verbalizados diretamente pela criança, mas emergem de forma

simbólica no desenho e podem ser explorados de maneira cuidadosa pelo psicólogo. (MACHADO & ALCHIERI, 2007).

2..4 O diagnóstico de TDAH

Como mencionado antes, observou-se a presença de sinais relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), no laudo emitido pela neuropsicopedagoga, condição na qual afeta significativamente o rendimento escolar e o comportamento infantil. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade, é uma desordem comportamental frequente na infância (RICHTERS e COLS., 1995). Andrade e Scheuer (2004) apontam-no como o motivo de 30% a 50% dos atendimentos em saúde mental nos Estados Unidos. Em 2004, foi reconhecido oficialmente como "um dos problemas mais graves e importantes da saúde pública americana". (CALIMAN, 2008).

O diagnóstico do TDAH é determinado mediante a satisfação dos critérios estabelecidos pelo DSM V. Essas características são observadas considerando-se a persistência de sua manifestação e sua severidade em relação aos comportamentos tipicamente observados em indivíduos de nível equivalente de desenvolvimento. O subtipo é determinado pela quantidade de manifestações clínicas encontradas em cada modalidade. O subtipo predominantemente hiperativo-impulsivo (18% dos casos) ocorre quando há seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, mas menos de seis sintomas de desatenção. O subtipo predominantemente desatento (27% dos casos) é diagnosticado quando há seis ou mais sintomas de desatenção, mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade. O subtipo combinado (55% dos casos) é usado quando seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade são apontados. (SIMÃO & FERREIRA, 2007). São mais frequentes as pesquisas sobre os subtipos hiperativo-impulsivo e combinado. Já o subtipo desatento é mais comum em meninas (até 57,9%), e um número maior de meninos é diagnosticado com os subtipos desatento (28,6%) ou combinado (30,6%). (COUTO, 2010).

Mesmo considerando-se que o TDAH é um transtorno multifatorial de base neurobiológica, a ausência de uma bateria fixa de testes para avaliação, mas um roteiro do

DSM V que apresenta elementos basicamente comportamentais e passíveis de julgamento subjetivo, associado à inexistência de comprovação através da realização de testes físicos, neurológicos ou psicológicos, acirra a polêmica sobre o seu diagnóstico. Segundo Hernández (2007), "não existe nenhum marcador biológico que permita efetuar com certeza o diagnóstico de TDAH" (p. 127). O diagnóstico de TDAH torna-se um desafio - ou uma "armadilha" - com o risco de erros, falso positivo ou "overdiagnóstico".

Os sintomas que definem o transtorno (desatenção, impulsividade e hiperatividade) não constituem uma descrição médica clara e unificada, mas são traços comuns da natureza humana, que se tornam patológicos não devido a uma mudança qualitativa, mas temporal e de intensidade, julgamento esse que extrapola o campo científico para inserir-se em questões sociais e morais. (CALIMAN, 2008). Segundo Hernández (2007). O diagnóstico do subtipo desatento é ainda mais controverso, pois não há comportamentos evidentes, como nos outros dois subtipos. As manifestações clínicas que geralmente conduzem ao seu diagnóstico podem também ser causadas por outros fatores, como déficits sensoriais e intelectuais, distúrbios no sistema reticular, disfunções cerebrais frontais e límbicas, danos cerebrais perinatais no lobo frontal, hábitos de sono, outras patologias e elementos externos, como fatores psicossociais, situação familiar caótica, sistema de ensino inadequado etc. Torna-se importante, portanto, investigar e descartar primeiramente todas as outras possíveis causas de desatenção. (SOUZA e COLS., 2007).

Crianças com TDAH apresentam dificuldades nas relações sociais por externarem comportamentos mais intrusivos, argumentativos e agressivos, além de apresentarem baixa tolerância à frustração, rejeição de pares e baixa auto estima, colocando-as em maior risco de exclusão social, problemas de adaptação acadêmica, se estendendo para a vida adulta. (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Dentro desse cenário, deve-se buscar caracterizar e compreender como o contexto influencia o desenvolvimento escolar de crianças com TDAH.

As formas de interação da criança com o diagnóstico de TDAH, adquirem conteúdo psicológico através de uma dinâmica entre padrões de comportamento e a natureza dos ambientes em que acontecem, e a qualidade desta fusão determinará se ocorrerá o potencial para competência ou para a disfunção, constituindo fatores de risco ou proteção ao desenvolvimento escolar. (LEME *et al.*, 2016). Assim, família e escola podem atuar como

fator protetivo no desenvolvimento de crianças. O envolvimento dos pais na rotina com os filhos com TDAH foi considerado potencializador do funcionamento social saudável. (RAY et al., 2017). Em relação ao contexto escolar, uma metanálise apontou que o tempo de formação, os valores e as opiniões dos professores acerca do TDAH podem ter efeito importante na eficácia do tratamento.

Deste modo reforça-se a necessidade de diagnósticos realizados por equipe multiprofissional, com base no relato de diferentes informantes e adoção de tratamentos combinados, com foco em terapias de manejo comportamental, orientações aos contextos dos quais as crianças participam e adição de medicação se necessário. (GHOSH *et al.*, 2017). Pois um diagnóstico elaborado com cuidado é necessário, sendo importante para poder tratar. E é recomendado que o diagnóstico de TDAH envolva investigação clínica e interdisciplinar, utilizando multi-informantes sendo estes pais, escolas e a criança. (RIBEIRO *et al.*, 2017).

2.1.6 A aplicação da Escala Wechsler de Inteligência para crianças (WISC-IV)

Destacam Effgem *et al.* (2017), além dos prejuízos escolares já citados, que as crianças com TDAH podem apresentar possíveis problemas cognitivos na atenção, nas funções executivas ou na memória. Os estudos, ao evidenciarem as relações entre indicadores de desatenção e hiperatividade e desempenho inferior em testes de funções executivas, passam a incluir as funções executivas nos modelos de explicação atuais de TDAH.

Messina e Tiedemann (2009) citam as funções executivas como responsáveis pela habilidade associada à memória de trabalho e funções correlatas, como planejamento, organização, atenção seletiva e controle inibitório. Estas são capacidades que permitem a um indivíduo perceber estímulos do seu ambiente, responder adequadamente, mudar de direção de modo flexível, antecipar objetivos futuros, considerar consequências e responder de modo integrado, utilizando todas as capacidades para alcançar um objetivo final.

A memória de trabalho ou memória operacional, como é denominada por Wechsler (2013, p. 04), “é a habilidade de manter-se consciente de uma informação recebida, desenvolver uma atividade, saber manipulá-la e, a partir dela, produzir um resultado”. Caracteriza-se por ser um componente essencial para a organização perceptual e para outros

processos cognitivos relevantes e, principalmente, caracteriza-se pelo fato de analisar a atenção, a concentração e a memória, assim como está intimamente relacionada ao aprendizado e às realizações. Em seus estudos, Alves, Neme e Cardia (2015) destacam que crianças com TDAH podem ter mais dificuldades que seus pares sem o transtorno em atividades que exijam a memória operacional.

Inseridas na avaliação neuropsicológica, as Escalas Wechsler de Inteligência para Crianças têm se mostrado como o instrumento capaz de fornecer um maior número de informações que podem auxiliar no diagnóstico de TDAH e no momento de traçar um plano de tratamento. (WECHSLER, 2013). Graeff e Vaz (2008) já apontavam que o fator de distratibilidade (Índice de Resistência à Distração – WISC-III), composto pelos subtestes de Dígitos e Aritmética, poderia auxiliar a hipótese diagnóstica de TDAH.

Lançada no Brasil em 2013, a 4ª versão da Escala Wechsler de Inteligência para Crianças, trouxe algumas mudanças em relação à edição anterior (WISC-III), quanto ao conteúdo do instrumento, simplificando a estrutura fatorial, reformulando a constituição dos subtestes, incluindo novas provas e redefinindo os construtos subjacentes. O tradicional “Índice Fatorial Resistência à Distração”, da versão anterior, recebeu a denominação de Working Memory, que já era utilizado pelo WAIS – III. (VIDAL, FIGUEIREDO, NASCIMENTO, 2011). O fator que envolve a avaliação da atenção denominou-se Índice de Memória Operacional (IMO), constituído pelos subtestes Dígitos e Sequência de Números e Letras, tendo o subteste Aritmética como suplementar.

Sendo assim, é fundamental investigar a existência da intercorrelação entre queixas, hipóteses diagnósticas e o diagnóstico final do TDAH, o que é pertinente em razão da observância de concordância ou, muitas vezes, discordância existentes entre o relato apresentado pelos pais e o diagnóstico final da criança. Um outro objetivo consiste em destacar a importância da observação clínica frente aos resultados da aplicação de testes padronizados para o diagnóstico deste transtorno. A partir disso, busca-se compreender com maior precisão quais os fatores afetam o diagnóstico do TDAH, observados por meio da análise dos resultados da aplicação do WISC-IV e sua discrepância com a observação clínica. (SILVA, 2023).

3. Metodologia

Conforme Laville e Dionne (1999), visando integrar dados objetivos e subjetivos na análise da dinâmica psicológica do paciente, foi adotado o método quali-quantitativo. Consequente, a presente pesquisa teve como objetivo compreender o funcionamento psicológico do F.B.G., a partir de entrevistas lúdicas, encontro com os responsáveis, diálogos com a escola, aplicação de testes psicológicos e da realização da anamnese.

O avaliado F. é uma criança do sexo masculino, com nove anos de idade, atualmente matriculado no 4º ano do Ensino Fundamental de uma Escola Estadual. A família procurou atendimento na Clínica-Escola de Psicologia (CEPsi), após dificuldades escolares significativas, especialmente no período do 3º ano do Ensino Fundamental, quando o paciente esteve em risco de reprovação escolar devido ao baixo desempenho e rendimento escolar.

Diante desse cenário, os responsáveis buscaram inicialmente uma avaliação psicopedagógica. A profissional consultada apresentou uma impressão diagnóstica contendo hipóteses de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Dislexia Mista, Discalculia e Disgrafia. A partir dessa avaliação inicial, os pais foram orientados a buscar uma avaliação psicológica mais aprofundada para investigação diagnóstica e direcionamento adequado das intervenções. O processo avaliativo foi conduzido em uma clínica-escola vinculada a uma instituição de ensino superior privada, situada na região oeste do estado do Rio Grande do Sul. Foram realizadas dez sessões presenciais, com duração aproximada de uma hora cada, no período de 12/03/2025 a 06/05/2025 respeitando os princípios éticos e técnicos da atuação psicológica.

A fim de esclarecimento e segurança, antes do início da avaliação psicológica, foi apresentado e assinado pelos responsáveis legais do paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste documento, foram elucidadas as finalidades da atividade, destacando-se que a avaliação seria realizada em uma clínica escola vinculada a uma instituição de ensino superior, realizados por estagiários do curso de Psicologia, sob supervisão de profissionais da área, com objetivos voltados à formação acadêmica (estágio supervisionado) e à produção de conhecimento científico (pesquisa). Também foram esclarecidas as condições de sigilo, voluntariedade e possibilidade de retirada do consentimento a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento do paciente.

Durante o processo, para fim de coleta de dados foram utilizados instrumentos diversos, incluindo testes projetivos, como o HTP (*House-Tree-Person*), que possibilitaram o acesso a aspectos da personalidade e da vivência subjetiva do paciente, bem como

instrumentos psicométricos padronizados. Dentre estes, destaca-se a aplicação da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-IV), com o intuito de avaliar o funcionamento cognitivo e o perfil intelectual de F.

Nesse sentido, foi imprescindível a técnica da entrevista lúdica utilizada durante as sessões, além dos instrumentos mencionados, com o objetivo de facilitar o vínculo, favorecer a expressão espontânea e observar comportamentos em situações de jogo estruturado e simbólico. (OAKLANDER, 2009). Durante essa etapa, foram utilizadas atividades como o jogo “Cara a Cara”, jogo da forca, “loja de vendas” (jogo simbólico), tabuleiro do “Detetive”, sessões de desenho livre, além de atividades com blocos de “Jenga”. Esses momentos proporcionam importantes observações sobre aspectos relacionais, atenção sustentada, linguagem, raciocínio, habilidades sociais e estratégias de resolução de problemas. (VYGOTSKY, 2007).

Outra técnica utilizada foi a anamnese realizada com os pais, que teve como objetivo obter informações sobre o histórico de vida do paciente. Também foram conduzidas entrevistas com a professora e a diretora da escola frequentada pelo paciente. Essas entrevistas tiveram como finalidade confirmar e complementar as informações obtidas anteriormente, especialmente no que diz respeito ao comportamento de F. no contexto escolar, seu desempenho acadêmico e suas relações interpessoais.

A avaliação psicológica do paciente F. foi conduzida com o objetivo de garantir uma compreensão abrangente, integrada e contextualizada das queixas apresentadas pelos responsáveis e observadas no ambiente escolar. Ao longo do processo, buscou-se articular diferentes fontes de informação e métodos avaliativos, de modo a promover uma análise cuidadosa e fundamentada do funcionamento cognitivo, emocional, comportamental e social da criança. Com base nesse percurso, foi possível obter subsídios técnicos consistentes para a formulação de hipóteses diagnósticas e, conseqüentemente, para a proposição de encaminhamentos e intervenções adequadas às necessidades identificadas.

4. Análise dos Resultados

O presente relatório tem como escopo a exposição e análise de um processo de avaliação psicológica desenvolvido no âmbito da Clínica-Escola de Psicologia (CEPsi), tendo como foco uma criança do sexo masculino, com nove anos de idade, encaminhada por uma

instituição da rede pública municipal de ensino. O encaminhamento foi acompanhado de parecer técnico emitido por profissional da área de neuropsicopedagogia, no qual constava uma hipótese diagnóstica inicial envolvendo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Dislexia Mista, Disgrafia e Discalculia.

A partir dessa demanda, foram conduzidos dez encontros clínicos, com a finalidade de realizar uma investigação diagnóstica minuciosa, por meio de entrevistas, observações sistemáticas, aplicação de instrumentos psicológicos validados e atividades lúdico-estruturadas. Na sessão introdutória, procedeu-se à realização da anamnese com os responsáveis legais do infante. Embora previamente orientados de que o primeiro atendimento teria caráter exclusivo com os cuidadores, estes compareceram acompanhados da criança, exigindo, portanto, readequação do plano de atendimento. As entrevistas foram realizadas de forma individualizada, sendo o primeiro entrevistado o genitor, de 37 anos, com ensino médio completo e atuante como pedreiro. Este relatou que “o filho é fruto de uma gestação intencional e bem planejada”, sendo o único descendente do casal. Assinalou, ainda, distúrbios no padrão de sono, com episódios de agitação noturna, sendo comum o adormecer entre 23h e 00h.

Na sequência, a genitora trouxe informações complementares referentes ao período gestacional e aos marcos iniciais do desenvolvimento. Segundo seu relato, a criança apresenta traços comportamentais intensamente extrovertidos e hiperativos, correlacionando com os diagnósticos anteriores de TDAH e Dislexia Mista. A rotina descrita envolve frequência escolar no turno matutino, retorno domiciliar para o almoço, realização das tarefas escolares e, à tarde, permanência sob os cuidados maternos, sendo que a mãe atua como manicure em regime domiciliar. À noite, pai e filho costumam compartilhar atividades lúdicas, como partidas de futebol, e dormem no mesmo cômodo, geralmente com a televisão ligada, em virtude do temor que o menino associa à escuridão.

No decorrer da entrevista anamnésica, foram reportados episódios clínicos de relevância, tais como síncope, quedas, manifestações de tensão (ex.: onicofagia e escoriações labiais), além de dificuldades acadêmicas notórias nas disciplinas de Língua Portuguesa e Matemática. A genitora também relatou um episódio alarmante de violência psicológica no ambiente escolar anterior à escola atual, no qual o filho foi submetido, de maneira arbitrária, a períodos de isolamento em uma sala escura, durante os intervalos, ao longo de mais de um dia. Tal vivência motivou a transferência da criança para uma nova instituição de ensino. A

vivência de episódios de violência ou negligência no contexto escolar pode ser caracterizada como um agente desencadeador de estresse tóxico, acarretando consequências relevantes no âmbito do desenvolvimento cognitivo e emocional infantil. Consoante a Papalia (2021), adversidades enfrentadas nesse ambiente impactam diretamente o rendimento acadêmico e comprometem competências socioemocionais, além de poderem agravar manifestações clínicas associadas a transtornos como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e a Dislexia.

Na segunda sessão, prosseguiu-se com a escuta materna, sendo reiteradas as dificuldades no desempenho escolar, bem como a presença de condutas autoritárias, reações exacerbadas diante de frustrações (como crises de irritabilidade e gritos) e uma constante busca por atenção. A estrutura familiar revelou-se caracterizada por uma postura superprotetora dos cuidadores, com resistência em permitir a participação do menor em atividades sociais desacompanhado ou sua permanência fora do lar. A criança possui um aparelho celular há aproximadamente dois anos e manifesta instabilidade emocionais quando suas demandas afetivas não são prontamente atendidas. De acordo com Cunha (2000), manifestações como irritabilidade, respostas emocionais exacerbadas e limitações na gestão de frustrações podem estar relacionadas a contextos familiares marcados pela superproteção. Esse tipo de ambiente tende a comprometer o amadurecimento de mecanismos autônomos de autorregulação emocional, o que, consequentemente, favorece o agravamento de condições clínicas como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e os transtornos específicos de aprendizagem.

Foi narrado um episódio de agressividade - na instituição de ensino anteriormente vinculada, no qual o paciente empurrou uma colega, além da demonstração de elevada sensibilidade emocional, com crises de choro diante de contrariedades. Observa-se também limitação na verbalização de emoções e histórico de exclusão social e de ridicularização por parte de pares - da entidade educacional ora frequentada. Como estratégia de regulação emocional, foi seguida por ambos os genitores a elaboração de um diário, a fim de promover a externalização simbólica das experiências internas. Conforme observado por Vieira (2007), o diário configura-se como um recurso mediador no desenvolvimento moral e afetivo, ao possibilitar que a criança registre vivências significativas em situações de interação social. Esse instrumento revela-se eficaz no ambiente familiar, ao favorecer processos reflexivos e a elaboração simbólica de tensões emocionais e conflitos interpessoais. Nesse sentido, a prática

cotidiana de relatar no diário situações percebidas como injustas, incorretas ou emocionalmente perturbadoras contribui para que as crianças desenvolvam maior sensibilidade a questões relacionadas a direitos fundamentais, justiça e bem-estar coletivo.

No entanto, a mãe observou registros contendo expressões ofensivas e relatos de insultos recebidos no ambiente escolar, o que reforça a continuidade de vivências de rejeição e estigmatização social. Atualmente, o infante participa de aulas de futebol e interage com colegas durante os intervalos, apresentando comportamentos que oscilam entre teimosia, emotividade e condutas autônomas no cumprimento das rotinas diárias.

Outro ponto sensível refere-se à qualidade do sono, frequentemente fragmentado e acompanhado por episódios de fala durante o repouso. Os resultados oriundos da revisão temática efetuada por Bernardo et al. (2024) com as evidências apresentadas por Halal e Nunes (2014), Pinheiro et al. (2013) e Ferreira (2015), observa-se uma convergência significativa em torno do papel central do sono no desenvolvimento infantil e na modulação dos sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O estudo de Siqueira et al., evidenciou que o tempo excessivo de tela está intimamente associado a distúrbios do sono, os quais, por sua vez, agravam sintomas como impulsividade, desatenção e hiperatividade. Nesse contexto, as intervenções voltadas à higiene do sono — como a eliminação de estímulos eletrônicos antes do horário de dormir, a implementação de rotinas consistentes e o ambiente adequado para o repouso — revelam-se estratégias fundamentais e complementares às medidas propostas no artigo temático. A literatura complementar reforça que a orientação adequada aos cuidadores e o investimento em programas educativos sobre a importância do sono são eficazes não apenas para reduzir a latência do sono e os despertares noturnos, mas também para promover benefícios significativos na qualidade de vida familiar. Portanto, é possível afirmar que o manejo do tempo de tela e a promoção de uma cultura de sono saudável constituem medidas sinérgicas e interdependentes na prevenção e controle dos sintomas do TDAH na infância.

Cabe mencionar, de forma complementar, que a genitora revelou que, em algumas ocasiões, manteve relações sexuais com o cônjuge no mesmo ambiente em que o filho dormia, o que suscita importantes implicações éticas e psicológicas sobre os limites da intimidade familiar e o bem-estar infantil, sendo, como já mencionado, o sono.

Com base nas informações obtidas ao longo das sessões, bem como na aplicação dos instrumentos psicológicos Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC) e

House-Tree-Person (HTP), aliados à observação clínica em contextos lúdicos (utilizando jogos como “Cara a Cara”, jogos de memória e desenho livre), foi possível delinear um panorama abrangente do funcionamento cognitivo, afetivo e interpessoal do paciente. Em atendimentos subsequentes, os responsáveis foram orientados a reunir documentos adicionais para subsidiar uma análise diagnóstica mais precisa e abrangente.

A análise subsequente visa apresentar, de forma sistematizada, os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos psicológicos, articulando-os às bases teóricas pertinentes ao campo da avaliação psicológica infantil.

4.1 Uma visão ampliada dos resultados do WISC-IV (Escala Wechsler de Inteligência para Crianças):

A Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (WISC-IV) foi aplicada com o objetivo de avaliar o perfil cognitivo do paciente, contribuindo para a compreensão das queixas de desatenção e impulsividade manifestadas pela família e escola. O QI Total (QIT) obtido foi de 68, assim indicando um desempenho intelectual abaixo da média para sua faixa etária.

Conv. da Soma dos Pontos Ponderados em Ponto Composto

Escala	Soma dos Pontos Ponderados	Ponto Composto	Rank Percentil	Intervalo de Confiança 95 %
Compreensão Verbal	12	ICV 63	1	58-73
Organização Perceptual	27	IOP 94	34	87-102
Memória Operacional	2	IMO 45	<0.1	42-56
Velocidade de Processamento	17	IVP 92	30	84-102
QI Total	58	QIT 68	2	64-74

Para obter intervalo de confiança de 90%, deve-se consultar as Tabelas A.2, A.3, A.4, A.5 e A.6 do Manual de Instruções para Aplicação e Avaliação.

Tabela 01 - resultados do WISC-IV. Fonte: os autores (2025).

A análise dos índices específicos revelou importantes discrepâncias no funcionamento cognitivo do paciente F, conforme demonstra a tabela 01. O Índice de Compreensão Verbal (ICV) foi de 63, evidenciando dificuldades significativas nas habilidades de linguagem, raciocínio verbal e compreensão de conceitos, o que pode impactar sua expressão verbal e entendimento de instruções. Em contraste, o Índice de Organização Perceptual (IOP) apresentou um escore de 94, dentro da média, indicando desempenho adequado em tarefas que envolvem raciocínio visual, resolução de problemas não verbais e percepção espacial. Essa discrepância entre ICV e IOP é estatisticamente significativa e evidencia um funcionamento cognitivo heterogêneo.

O Índice de Memória Operacional (IMO), com escore de 45, foi o mais comprometido entre os índices, sugerindo dificuldades expressivas na sustentação da atenção, manipulação de informações na memória de curto prazo e controle mental, funções essas, diretamente relacionadas ao funcionamento executivo. Já o Índice de Velocidade de Processamento (IVP) foi de 92, dentro da média, demonstrando que F é capaz de processar estímulos visuais simples com rapidez e precisão, quando não há exigência significativa de atenção sustentada. Durante os dias de aplicação do teste, foram observados diversos comportamentos que interferem de forma negativa, afetando no desempenho e resultados do paciente. No último dia de avaliação, F relatou estar com sono, o que pode ter prejudicado sua concentração em tarefas que exigem maior esforço mental. Além disso, demonstrou ansiedade em diversos momentos, especialmente em tarefas mais complexas, e chegou a se auto afirmar como “muito bom” em atividades como os blocos (subteste Cubos), evidenciando uma tentativa de autoafirmação ou compensação frente ao desafio cognitivo. Este interrompeu o teste, para relatar um acontecimento do seu dia, também.

A análise estatística revelou discrepâncias significativas entre os índices, especialmente entre IOP e IMO (diferença de 49 pontos), reforçando um perfil de funcionamento desarmônico. Esse padrão é compatível com quadros de Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), sobretudo na apresentação hiperativa/impulsiva, como já sugerido pela avaliação neuropsicopedagógica. Nesse sentido, os resultados obtidos por meio do WISC-IV são coerentes com a hipótese levantada, previamente pela avaliação neuropsicopedagógica, a qual sugeriu a presença de TDAH com apresentação predominante hiperativa/impulsiva. A queixa inicial de dificuldades de concentração e fuga de atividades

que exigem esforço mental foi corroborada especialmente pelos baixos escores nos índices de IMO (45) e ICV (63), indicando dificuldades significativas de atenção, controle inibitório e raciocínio verbal. A discrepância entre esses índices e os domínios preservados, como IOP (94) e IVP (92), reforça o perfil heterogêneo típico de crianças com TDAH. Assim, os achados do WISC-IV fortalecem a hipótese diagnóstica proposta pela psicopedagoga e ampliam a compreensão sobre as áreas de maior vulnerabilidade e potencial da criança, contribuindo para um plano de intervenção mais direcionado.

4.1.2 Os resultados do teste HTP (*House-Tree-Person*)

O HTP é um teste projetivo que busca a obtenção de informações relativas a como o paciente experiencia sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar. É solicitado ao paciente que desenhe uma casa, uma árvore e uma pessoa, após são feitas questões referentes a cada desenho, a partir disso é possível interpretar os desenhos e as respostas com o intuito de explorar a personalidade, emoções, percepções e conflitos internos. Os desenhos de casa, árvore e pessoa representam respectivamente, a segurança e o ambiente familiar, o crescimento pessoal e conexões sociais, as características pessoais e os relacionamentos. (BUCK, 2003).

Na sua versão atual, o HTP oferece um manual contendo padronização de aplicação e de registro das respostas oriundas do inquérito posterior a cada desenho. Além disso, oferece um protocolo com uma lista de conceitos interpretativos para cada desenho, associados a possíveis características psicopatológicas da personalidade. Em relação à aplicação, a mesma exige que sejam considerados alguns critérios relevantes, como o adequado conhecimento técnico e teórico do aplicador, sobretudo no que se refere às técnicas projetivas, um ambiente facilitador para a aplicação, a adequada administração do *rapport*; e aplicação individual, especificamente no contexto clínico. Quanto à interpretação, o HTP propõe avaliar o desenho a partir dos seguintes aspectos: proporção, perspectiva, detalhes, qualidade da linha e uso adequado de cores, no caso dos desenhos cromáticos. (BUCK, 2003).

O paciente teve o viés de realizar os três desenhos na ordem, a qual foi solicitada e realizada no tempo médio de cinco minutos. Ao analisar os resultados para a realização do laudo, observou-se desenhos imaturos e com poucos detalhes, assim de acordo com o manual de interpretação dos resultados do presente teste, a figura da casa, conforme imagem 01

desenhada pelo avaliando sugere: sentimentos de cautela devido a falta de referências do exercício, integridade do ego mantido, pouca disponibilidade para interações sociais, pensamentos de devaneios com esforço para manter o mundo da fantasia sob controle, necessidade de controle sob os relacionamentos, apresenta certa timidez, e pouco contato com a realidade concreta.

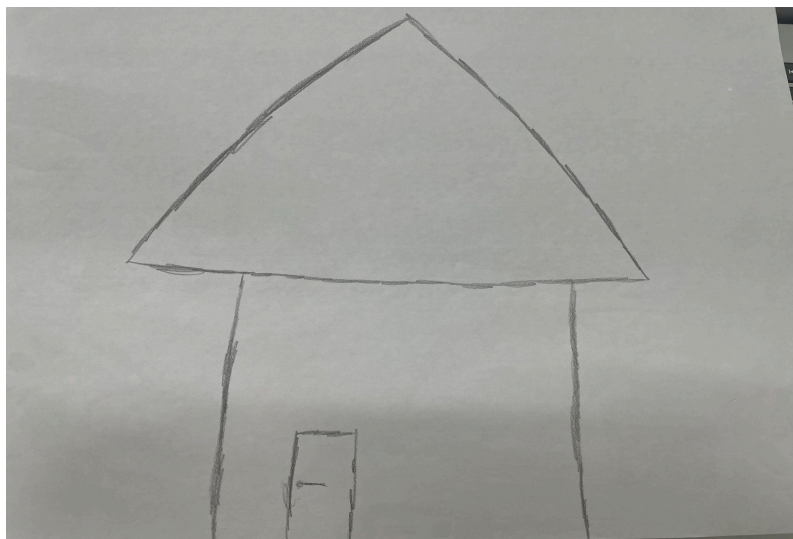


Imagem 1: desenho da casa

O desenho da árvore, de acordo com a imagem 2 apresentou sentimentos de insegurança e inadequação, sem perspectiva de futuro ou crescimento pela falta de detalhes como frutos, folhas e galhos, e possível conteúdo ansiógeno. O que foi observado durante a aplicação do teste devido sua agitação ao realizá-lo.



Imagem 2: desenho da árvore

Contudo, sobre o desenho da pessoa, de acordo com a imagem 3, esta foi representado pelo sexo feminino apesar do examinando ser do sexo masculino. O examinando mencionou ao realizar o figura, que se inspirou no cabelo de uma das estagiárias presentes na sessão, outrossim apresentou sentimentos de indiferença e timidez devido a poucos detalhes na feição do desenho e certa tensão. Novamente F, evidenciou o sentimento de inadequação, falta de confiança na própria capacidade, realização infantil e certa agressividade em seus traços.

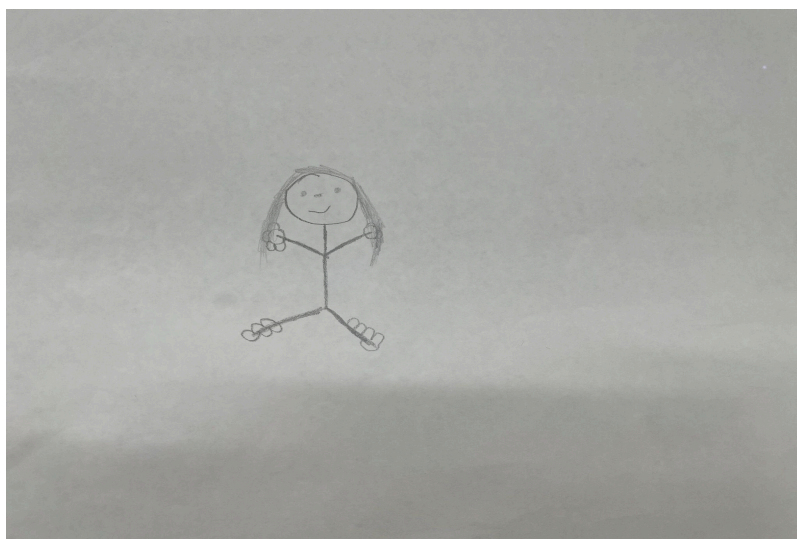


Imagem 3: desenho da pessoa

Dessa forma, com ambos os testes foi possível observar as poucas interações sociais presentes na vida do paciente o que gera sua timidez ocasionando a superproteção de seus pais. Assim como seu comprometimento em relação ao funcionamento cognitivo explicando seu rendimento escolar e a queixa pela procura da Clínica-escola de Psicologia (CEPsi) por suas dificuldades em sala de aula.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises desenvolvidas ao longo desta pesquisa evidenciam, de maneira clara, a centralidade da anamnese psicológica no processo de avaliação infantil, destacando-a como etapa essencial para o levantamento de informações subjetivas, históricas e contextuais que fundamentam o processo diagnóstico. No caso estudado, a escuta clínica dos responsáveis e os dados obtidos por meio das entrevistas com profissionais da escola permitiram ao avaliador

uma compreensão mais rica e complexa da criança, indo além dos sintomas aparentes e abrangendo aspectos do desenvolvimento global, dos vínculos familiares e das relações interpessoais.

A articulação entre as informações obtidas na anamnese, os resultados dos instrumentos aplicados (WISC-IV e HTP) e as observações clínicas em contextos lúdicos possibilitou a formulação de hipóteses diagnósticas consistentes, com destaque para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), subtipo hiperativo/impulsivo, em consonância com pareceres anteriores. A análise dos resultados também indicou dificuldades significativas em áreas como atenção, memória operacional e linguagem verbal, com indícios de sofrimento emocional e baixa autoestima, frequentemente associados a quadros de exclusão social e experiências escolares negativas.

Torna-se evidente, portanto, que o processo de avaliação psicológica, quando realizado com rigor técnico e sensibilidade clínica, transcende a simples aplicação de testes e assume um papel interventivo, ao proporcionar escuta, acolhimento e reflexão crítica sobre o contexto de vida do sujeito avaliado. A avaliação psicológica não deve ser entendida como um fim em si mesma, mas como parte de um processo contínuo de cuidado, que visa subsidiar intervenções interdisciplinares, orientar os familiares e sensibilizar as instituições educacionais sobre as necessidades específicas da criança. Neste sentido, recomenda-se que a avaliação seja sempre realizada por equipe multiprofissional, com uso de diferentes fontes de informação (multi-informantes), e com respeito às diretrizes éticas que regem a atuação em Psicologia. Além disso, reforça-se a necessidade de considerar fatores ambientais, culturais e emocionais na construção diagnóstica, evitando reducionismos e estigmatizações. A promoção da saúde mental infantil exige não apenas diagnósticos precisos, mas também o compromisso ético com a transformação das condições que geram sofrimento psíquico.

Por fim, recomenda-se que futuras investigações aprofundem a relação entre os aspectos neuropsicológicos identificados durante a avaliação e os impactos das experiências escolares e familiares no desenvolvimento infantil. Considerando os achados deste estudo, mostra-se especialmente relevante ampliar pesquisas sobre a interface entre padrões de sono, tempo de exposição a telas, dinâmica familiar e dificuldades de aprendizagem, uma vez que esses fatores revelam-se interdependentes e influenciam diretamente o funcionamento cognitivo e emocional da criança. Compreender o sujeito em sua integralidade permanece como um dos maiores desafios da prática psicológica, sendo também sua principal contribuição. Para tanto,

é imprescindível que a avaliação seja conduzida com rigor metodológico, sensibilidade clínica e compromisso ético, assegurando a validade dos resultados obtidos e promovendo o bem-estar do sujeito avaliado.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Rosa Maria Lopes; TEIXEIRA, Thais. Desenhos livres com estórias e cenas lúdicas na psicoterapia infantil on-line. **Cadernos de Pós-graduação**, v. 21, n. 1, p. 115-131, 2022.

BUCK, John N. **HTP: A method of projecting personality through drawings**. Los Angeles: Western Psychological Services, 2003.

CUNHA, Luciana R. **Psicodiagnóstico infantil: aspectos teóricos e práticos**. In: CUNHA, Luciana R. (Org.). **Psicodiagnóstico: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 143–169.

HALAL, Camila SE; NUNES, Magda L. Educação em higiene do sono na infância: quais abordagens são efetivas? Uma revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**, v. 90, p. 449-456, 2014.

HANSEN, Janete et al. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da Psicologia Evolucionista. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 2, p. 133-143, 2007.

JULIANI, Lilian Cristiane Almirão; SOUZA, Taciana Cristina Alves; FORNAZARI, Silvia Aparecida. O BRINCAR NA PSICOTERAPIA ANALÍTICO COMPORTAMENTAL INFANTIL: RELATOS DE UMA EXPERIÊNCIA. **Simpósio de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente**, 2017.

MACHADO, W. L.; ALCHIERI, J. C. HTP como ferramenta projetiva na avaliação psicológica infantil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 345–352, 2007.

OAKLANDER, Violet. **Descobrendo crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes**. Summus editorial, 1980.

PAPALIA, Diane E.; MARTORELL, Gabriela. **Desenvolvimento Humano-14**. McGraw Hill Brasil, 2021.

PASIAN, Sonia R. **Avaliação Psicológica e Projetiva: fundamentos clínicos e educacionais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PASIAN, S. R. **Testes gráficos: fundamentos, pesquisas e aplicações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

PINHEIRO, Débora Cristina Aquino et al. **Durma bem, meu bem!: um projeto de extensão voltado à promoção de hábitos saudáveis de sono na infância**. 2013.

RAFIHI-FERREIRA, Renatha El; PIRES, Maria Laura Nogueira; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. **Intervenção comportamental para problemas de sono na infância**. 2015.

SIQUEIRA, Eliege; LINS, Igor; FACHIN, Laércio Pol. A relação entre TDAH e o tempo de tela na infância: um protocolo de revisão de escopo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 5124-5147, 2024.

VIEIRA, Fátima. O diário de turma como instrumento curricular para a construção social da moralidade: os juízos sociais de crianças e adultos sobre incidentes negativos da vida em grupo. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 14, n. 15, 2007.

VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa de. **O uso de técnicas projetivas no contexto clínico: teoria e prática**. São Paulo: Vetor, 2005.

VYGOTSKY, Lev Semenovich et al. **A formação social da mente**. São Paulo, v. 3, 1984.